



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

O PAPEL DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA MELHORIA DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

**A experiência do portal de agendamento online para a
vacinação contra a Covid-19**

L Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Daniel Alexandre Teixeira da Silva

Junho de 2023



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

O PAPEL DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA MELHORIA DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

**A experiência do portal de agendamento online para a
vacinação contra a Covid-19**

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar, realizado sob a
orientação científica do Professor Doutor Adalberto Campos Fernandes e a
coorientação do Professor Doutor Tiago Correia

Junho de 2023

Agradecimentos

Começo por agradecer aos meus orientadores, os Professores Doutores Adalberto Campos Fernandes e Tiago Correia, por terem aceitado orientar-me, pela disponibilidade e pelo estímulo na aprendizagem. É um orgulho ter partilhado este caminho com dois Professores de excelência nacional e internacional no quadro da saúde.

Ao incrível corpo docente do Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Foi um gosto ter podido aprender com este grupo tão competente.

Aos meus colegas um agradecimento profundo, pela oportunidade de conhecer vários seres humanos incríveis e todos com uma imensa motivação em tornar melhor o setor da saúde.

À minha família, à minha esposa, aos meus pais e aos meus sogros, que foram o meu esteio motivacional.

Nas horas mais difíceis a família foi sem dúvida um crucial apoio para garantir que a motivação e foco não desvaneciam. Agradeço em particular à Cláudia e ao João por terem sido companheiros nas constantes partilhas de ideias e por terem sempre uma palavra amiga, de encorajamento e sugestões pertinentes.

Um trabalho dedicado ao meu filho João Paulo, uma graça de todos os dias.

Agradeço a Deus pela sua orientação e bondade, que sempre me guiou, me deu a força de vontade e a saúde necessária para que fosse possível ultrapassar este desafio.

Resumo

Introdução: Partindo de um contexto pandémico provocado pelo coronavírus SARS CoV-2 e da infeção epidemiológica por COVID-19, que gerou uma maior pressão no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde esta investigação pretende analisar o papel dos sistemas de informação na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, focando-nos mais concretamente no portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 e a possibilidade de o mesmo ser replicado em outras iniciativas baseadas nos sistemas de informação.

Metodologia: Esta pesquisa inscreve-se num paradigma qualitativo materializado na realização de entrevistas semiestruturadas aplicadas a presidentes de Juntas de Freguesia, recorrendo-se, complementarmente, a notas de campo que foram sendo elaboradas nos contatos mantidos com diferentes 'stakeholders'. Como instrumento de análise de dados foi utilizado, fundamentalmente, o método de análise de conteúdo.

Resultados: Os resultados obtidos colocaram em evidência que os sistemas de informação e, em concreto, a experiência do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, podem contribuir para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

Discussão/Conclusões: Este trabalho vem demonstrar vantagens da aplicação de plataformas de informação para a tomada de decisão dos gestores e dos utentes no campo da saúde. As conclusões permitem, igualmente, salientar a pertinência da criação de um portal de agendamento eletrónico ao serviço dos utentes para a marcação de consultas hospitalares, tanto das primeiras consultas como para as consultas subsequentes. Adicionalmente, as conclusões permitem ainda perspetivar a possibilidade de os ensinamentos do processo implementado no contexto da Covid-19 serem mobilizados noutros contextos da saúde.

Palavras-chave: Covid-19, vacinas, sistemas de informação, acesso aos cuidados de saúde, inovação aberta

Classificação JEL: I1; O3

Abstract

Introduction: Starting from a pandemic context caused by the SARS CoV-2 coronavirus and the epidemiological infection by COVID-19, which generated greater pressure on the health system and on the National Health Service, this investigation aims to analyze the role of information systems in improving access to health care, focusing more specifically on the online scheduling portal for vaccination against Covid-19 and the possibility of its being replicated in other initiatives based on information systems.

Methodology: This research is part of a qualitative paradigm embodied in semi-structured interviews applied to presidents of Parish Councils, resorting, in addition, to field notes that were being elaborated in the contacts maintained with different 'stakeholders'. As a data analysis instrument, the content analysis method was fundamentally used.

Results: The results obtained showed that information systems and, in particular, the experience of the online scheduling portal for vaccination against Covid-19, can contribute to improving access to health care.

Discussion/Conclusions: This work demonstrates the advantages of applying information platforms for decision-making by managers and users in the health field. The conclusions also allow highlighting the pertinence of creating an electronic scheduling portal at the service of users for scheduling hospital appointments, both for the first appointments and for subsequent appointments. Additionally, the conclusions also allow for the possibility of the lessons learned from the process implemented in the context of Covid-19 being mobilized in other health contexts.

Keywords: Covid-19, vaccines, information systems, healthcare access, open innovation

JEL Classification: I1; O3

Índice	
Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	4
1.1 – A pandemia Covid-19 e as implicações para os cuidados de saúde	4
1.1.1 – A Covid-19 no mundo e em Portugal	6
1.1.2 – A Covid-19 e os desafios no acesso aos cuidados de saúde em Portugal	16
1.2 – Sistemas de informação em saúde e as possibilidades de inovação aberta (<i>open innovation</i>)	20
1.2.1 – Os sistemas de informação em saúde – O estado da arte	21
1.2.2 – A importância das plataformas de informação para a tomada de decisão e para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde	25
1.2.3 – As plataformas de vacinação no âmbito da Covid-19 – O caso específico de utilização em quatro estados europeus	27
1.2.4 – Inovação aberta e as possibilidades de melhoria no campo da saúde	43
Capítulo II – Metodologia	45
2.1 – Questões centrais e objetivos	45
2.2 – Instrumentos de recolha de dados	46
2.2.1 – A entrevista semiestruturada	46
2.2.2 – Análise documental	49
2.2.3 – Notas de campo	50
2.3 – Tratamento e análise de dados	51
Capítulo III – Análise dos dados	52
3.1 – Análise documental e notas de campo	52
3.2 – Análise das entrevistas	54
3.2.1 Trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde no combate à pandemia	55
3.2.1.1. Os constrangimentos na ação	55
3.2.1.2. A criação de uma rede de respostas num cenário de incerteza	57
3.2.2. A multiplicidade da ação das juntas de freguesia no combate à pandemia	62
3.2.3 A plataforma de agendamento da vacinação Covid-19	68
3.2.4 Contributos dos Sistemas de Informação para a gestão dos processos de saúde	73
Capítulo IV – As vozes dos participantes: análises e considerações	76
Conclusão	85
Bibliografia	90
ANEXOS	100
ANEXO 1 – Matriz de categorização	101
ANEXO 2 – Guião de base das entrevistas	106

Índice de Quadros

Quadro 1 – Número de casos de Covid-19 no mundo, até 16.01.2023	6
Quadro 2 – Número de mortes por Covid-19 por país/região, até 16.01.2023.....	7
Quadro 3 – Número total de doses de vacinas administradas no mundo, até 16.01.2023	8
Quadro 4 – Apoios estatais para as pessoas e para as empresas no âmbito da Covid-19, em Portugal	14

Índice de Figuras

Figura 1 – Valores dos contratos do PRR relacionados com a "Transição digital", destinados à Administração Pública em Portugal continental, por setor público de governação.....	23
Figura 2 – Distribuição dos investimentos da transição digital no SNS	24
Figura 3 – Layout do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, em Portugal	28
Figura 4 – Evolução por idades na distribuição da disponibilidade de agendamentos para vacinação através da plataforma, entre abril e agosto de 2021	30
Figura 5 – Percentagem de vacinação Covid-19 com esquema primário completo, por faixas etárias, em Portugal, em 07.11.2022	32
Figura 6 – Percentagem de vacinação Covid-19 com esquema primário completo e, pelo menos, uma vacina de reforço, por faixas etárias, em Portugal, em 07.11.2022 .	32
Figura 7 – Layout do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, na Comunidade de Madrid, Espanha.....	34
Figura 8 – Cartão onde constam as vacinas Covid-19 dadas ao cidadão e onde, por trás, com o patrocínio do NHS, informa do endereço eletrónico onde é possível saber mais sobre as vacinas Covid-19 e sobre o que fazer depois da vacinação.....	36
Figura 9 – Layout do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, no Reino Unido	36
Figura 10 – Layout de mensagem que surge no portal de agendamento da vacina, no Reino Unido, quando o cidadão completou as doses de vacinação estabelecidas	37
Figura 11 – Lembrete, via SMS, da possibilidade de o cidadão se vacinar, no reino Unido	37
Figura 12 – Lembrete, via SMS, de agendamento, cancelamento e necessidade de remarcação da vacina Covid-19	37
Figura 13 – Layout do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, na Suécia.....	40

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Evolução das consultas presenciais de enfermagem.....	19
Gráfico 2 – Evolução das consultas presenciais médicas	20
Gráfico 3 – Dados relativos à utilização do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 e peso (%) no volume global de vacinação realizada entre abril e agosto de 2021	30

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Scorecard de alguns estados europeus relativos à prestação dos cuidados de saúde em matéria de acesso, transparência e privacidade dos dados.....	41
Tabela 2. Elementos relativos às entrevistas, por ordem cronológica de realização ...	48

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AH1 – Administradora Hospitalar do Centro Hospitalar de Setúbal

AH2 – Administrador Hospitalar do Centro Hospitalar de Setúbal

AH3 – Administrador Hospitalar do Centro Hospitalar de Setúbal

AML – Área Metropolitana de Lisboa

CEAH – Curso de Especialização em Administração Hospitalar

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CVC's – Centros de Vacinação Covid-19

CRP – Constituição da República Portuguesa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNI – Documento Nacional de Identidad

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESPII – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

IA – Inteligência Artificial

IoT – Internet of things

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira em Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

PEM – Prescrição Eletrónica de Medicamentos

P1 – Presidente da Junta de Freguesia da Costa de Caparica

P2 – Presidente da Junta de Freguesia de Laranjeiro e Feijó

P3 – Presidente da Junta de Freguesia de Montijo e Afonsoeiro

P4 – Presidente da Junta de Freguesia de Alcântara

P5 – Presidente da Junta de Freguesia de Campo de Ourique

P6 – Presidente da Junta de Freguesia de Pegões

P7 – Presidente da Junta de Freguesia de Massamá e Monte Abraão

P8 – Presidente da Junta de Freguesia de Aqualva e Mira Sintra

RHV – Recursos Humanos e Vencimentos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SIS – Serviços de Informática da Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

SAM – Sistema de Apoio Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI – Sistemas de Informação

SICO – Sistema de Informação dos Certificados de Óbito

SI.VIDA – Sistema Informático do VIH

SIGLIC – Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

TS1 – Técnica Superior do Centro Hospitalar de Setúbal

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UE – União Europeia

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidades de Saúde Familiar

Introdução

Delimitação e justificação do estudo

No contexto de uma situação pandémica provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e da infeção epidemiológica por COVID-19, que gerou, no quadro português, uma maior pressão no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS), ficou patente a necessidade de serem criados mecanismos que promovessem a eficiência na prestação dos serviços de saúde, aliando uma maior agilização a uma melhor organização da resposta na prestação dos cuidados.

Os sistemas de informação mostraram ser um exemplo na resposta ao combate ao novo coronavírus SARS-CoV-2, do qual particularizamos o projeto do *Portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19*. Através do referido Portal, conseguiu-se antecipar os fluxos exacerbados de procura pela vacinação, tirando pressão administrativa dos profissionais de saúde e potenciando o seu foco na vacinação da população.

Na presente investigação, focamos o nosso olhar numa análise detalhada e interpretativa de um contexto que engloba os cuidados de saúde e os sistemas de informação, partindo da experiência do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, quer numa perspetiva diacrónica quer síncronica, e a possibilidade de o mesmo ser replicado em outras iniciativas baseadas nos sistemas de informação, que promovam uma melhor resposta nos cuidados de saúde.

O nosso propósito inicial orientou-se por duas questões gerais de investigação, traduzidas na *análise do papel que os sistemas de informação podem ter para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e da possibilidade de a experiência do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 contribuir para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde*. Estas questões de investigação inicialmente formuladas foram, posteriormente, desdobradas em três eixos de pesquisa que configuram o âmbito da investigação e delimitaram o nosso percurso investigativo, a saber:

a) *Caracterização dos mecanismos de monitorização do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 e os seus efeitos;*

b) *Avaliação dos resultados da iniciativa do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19;*

c) Estudo da possibilidade de replicar o portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 em outras áreas de resposta dos cuidados de saúde (ex.: consultas hospitalares, primeiras consultas, rastreios).

Esta pesquisa inscreve-se num paradigma qualitativo materializado na realização de entrevistas semiestruturadas aplicadas a presidentes de Juntas de Freguesia, recorrendo-se, complementarmente, a notas de campo que foram sendo elaboradas nos contatos mantidos com diferentes 'stakeholders'. Como instrumento de análise de dados foi utilizado, fundamentalmente, o método de análise de conteúdo.

Estrutura organizativa

O presente trabalho estrutura-se em quatro capítulos, sendo o primeiro constituído pelo quadro teórico de referência, onde, por um lado, convocamos o contexto da pandemia Covid-19 e as implicações para os cuidados de saúde, no mundo e, com particular acuidade, em Portugal, e, por outro, analisamos os sistemas de informação e as possibilidades equacionadas no âmbito da perspetiva da inovação aberta (*open innovation*) no campo da saúde.

Neste contexto, procedemos, desde logo, ao enquadramento do estado da arte dos sistemas de informação e do papel que desempenham na tomada de decisão e na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, a par da análise do caso específico da utilização de plataformas de vacinação no âmbito da Covid-19 em quatro estados europeus, Portugal, Espanha, Reino Unido e Suécia. Rematamos com a convocação da teoria da inovação aberta e as possibilidades de melhoria no campo da saúde.

Dedicamos o segundo capítulo às opções metodológicas, em que apresentamos a estratégia de investigação concebida e os instrumentos de recolha de dados, dando uma particular ênfase à entrevista, complementada pela pesquisa documental e por notas de campo. Relativamente ao tratamento e análise de dados fazemos assentar a nossa pesquisa na técnica de análise de conteúdo.

O capítulo III reflete as características mais evidenciadas pelos protagonistas quanto ao trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde no combate à pandemia, ao papel das Juntas de Freguesia, à plataforma de agendamento da vacinação contra a Covid-19 e aos contributos dos sistemas de informação para a gestão dos processos de saúde.

Finalmente, no capítulo IV, apresentamos aquelas que se afiguram como as dimensões de análise mais marcantes em termos do que pode ser ponderado como um

balanço das vozes dos participantes, a par de desenvolvimentos e utilidades futuros para a plataforma de agendamento da vacinação contra a Covid-19.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1 – A pandemia Covid-19 e as implicações para os cuidados de saúde

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada para a existência de vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China.

A confirmação da existência deste novo tipo de coronavírus foi feita pelas autoridades chinesas, em 07.01.2020, temporariamente designado 2019-nCoV e, desde 11.02.2020, denominado SARS-CoV-2, responsável por causar a doença Covid-19, que apresentava proximidade genética com os coronavírus encontrados em morcegos.

Em 30.01.2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus consistia numa Emergência de Saúde Pública¹ de Importância Internacional² (ESPII)³, o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI)⁴, com vista a interromper a propagação do vírus.

Em 11.03.2020, a OMS determinou que a Covid-19 constituía uma pandemia, em face do seu carácter transmissivo global e sustentado, cujo processo de difusão e de transmissão ocorria, simultaneamente, em vários países, regiões ou continentes⁵. Em menos de quatro meses, o vírus espalhou-se em todos os continentes, com exceção da Antártida, “*criando múltiplas epidemias nacionais assíncronas de Covid-19*” (Fronteira, et al., 2021). Foi neste quadro que Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS, destacou a contenção como modo de combate à Covid-19, salientando a seriedade do

¹ O conceito de saúde pública pode ser definido como a ciência e arte de prevenir doenças, prolongando a vida e promovendo a saúde e o bem-estar físico e mental (Winslow, 1920) e, mais recentemente, como a promoção de esforços organizados da sociedade suscetíveis de terem impacto sobre a saúde humano no sentido mais amplo (Colin, 2004).

² De acordo com o RSI, a ESPII é considerada um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata.

³ Antes desta declaração da OMS, apenas tinha declarado a ESPII em seis momentos: pandemia H1N1 (25.04.2009), disseminação internacional de poliovírus (05.05.2014), surto de ébola na África Ocidental (08.08.2014), vírus zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congénitas (01.02.2016) e surto de ébola na República Democrática do Congo (18.05.2018).

⁴ O Regulamento Sanitário Internacional – Regulamento n.º 2 da OMS foi aprovado, em 25.05.1951, durante a 4.ª Assembleia Mundial da Saúde, como o primeiro código internacional juridicamente vinculante, tendo sido aprovada a sua ratificação, em Portugal, pelo Decreto-Lei n.º 39193, de 2 de maio. Durante a 22.ª Assembleia Mundial de Saúde, em 25.07.1969, uma versão ampliada e atualizada do RSI, assinada em Boston, tendo iniciado a sua vigência em 01.01.1971 e tendo sido aprovado para ratificação, em Portugal, pelo Decreto-Lei n.º 299/71, de 13 de julho. O RSI foi modificado pelos Regulamentos Adicionais de 23.05.1973 e 20.05.1981, durante a 26.ª e a 34.ª Assembleias Mundiais de Saúde, respetivamente. Em 23.05.2005, foi adotada a nova redação do RSI, pela 58.ª Assembleia Mundial de Saúde, tendo entrado em vigor em 15.06.2007 e sido tornada pública, em Portugal, pelo Aviso n.º 12/2008, de 23 de janeiro. Esta nova redação alargou o seu âmbito a todas as ameaças ou riscos de saúde pública que possam interferir com o tráfego e o comércio internacionais.

⁵ De Campos (2020) salienta, no entanto, o facto de a definição de pandemia defendida pela OMS comportar algumas limitações, dado sobrevalorizar o critério da propagação comparativamente com o critério da gravidade.

acontecimento ao considerar que “[p]andemia não é uma palavra para ser usada de forma leve ou descuidada. É uma palavra que, se mal utilizada, pode causar medo irracional ou aceitação injustificada de que a luta acabou, levando a sofrimento e morte desnecessários” (Nunes & Henriques, 2020).

Como denota Fernandes (2021, pp. 20-21), “[a] história das pandemias está profundamente interligada com a história da humanidade”, tendo, ao longo dos tempos, ocorrido “(...) sucessivos acontecimentos de natureza pandémica, que condicionaram, em grande medida, o desenvolvimento dos povos” e resultando, em geral, da “(...) dinâmica dos contatos entre humanos e animais, [d]a mobilidade das populações e [d]a concentração demográfica”. É neste contexto que o autor conclui pela “(...) relação significativa entre as crises de saúde e as transformações sociais” na “evolução das pandemias”⁶.

Apesar de já terem passado cerca de três anos desde a tomada de consciência do surgimento da Covid-19, “(...) o debate internacional continua envolto em controvérsia, desde logo a respeito da origem e timing da contaminação, passando pela genética do vírus e comorbilidades associadas, já para não falar das muitas opções para mitigar as cadeias de transmissão” (Correia, 2020).

Como acrescenta este mesmo autor (Correia, 2020), “(...) à persistência de dúvidas na pesquisa fundamental acresce a persistência de dúvidas nas abordagens epidemiológicas, o que tem alimentado importantes discussões entre a comunidade científica, mas também conduzido a decisões políticas nem sempre claras ou devidamente fundamentadas”, a que acresce “a necessidade de perceber até que ponto os processos políticos relacionados com o SARS-CoV-2 desafiam os habituais quadros teóricos de análise da emergência, agendamento, formulação, implementação e avaliação das políticas públicas”.

Configurando a Covid-19 o contexto para a nossa investigação, situar-nos-emos, de seguida, na mais recente pandemia que o ser humano vivenciou, descrevendo o

⁶ Para um maior desenvolvimento sobre as pandemias na história da Humanidade, designadamente, a *praga de Atenas*, igualmente conhecida como a *praga do Egito* (entre os anos de 430 a.C. e 427 a.C.), a *peste Antonina*, também conhecida como a *praga de Galeno* (entre os séculos II e III), todas na Antiguidade Clássica, a *peste de Cipriano* (entre os anos 250 e 444), a *praga de Justiniano* (por volta do ano 541, prolongando-se por cerca de dois séculos), a *lepra* ou *doença de Hansen* (no século XI), a *Peste Negra* (no século XIV e com efeitos até ao século XIX), a transmissão de doenças em diferentes geografias, pelos europeus aos povos colonizados, desde a expansão marítima, em particular às populações do antigo Império Maia, bem como nos diferentes territórios das Caraíbas (a partir do século XV), a *grande praga de Londres* (em 1665), *epidemias de gripe na Rússia* (em 1729 e em 1732), o *grande surto de cólera* (no início do século XIX), a *gripe espanhola*, igualmente conhecida por *gripe pneumónica*, *peste pneumónica* ou simplesmente *pneumonia* (entre 1918 e 1919), a *Gripe Asiática* (em 1957) e a pandemia da gripe A como uma variante da gripe suína (em 2009), vide, designadamente, Fernandes (2021), Coelho (1980), Marques (2016), Abreu (2018), Almeida (2013), Ferreira (2020) e Ujvari (2022). Atualmente, o Ébola, o Zika, o Dengue e o Chikungunya são doenças transmissíveis que persistem no mundo.

quadro pandémico da mesma no mundo e, em particular, em Portugal, rematando com os desafios que implicou para o acesso aos cuidados de saúde.

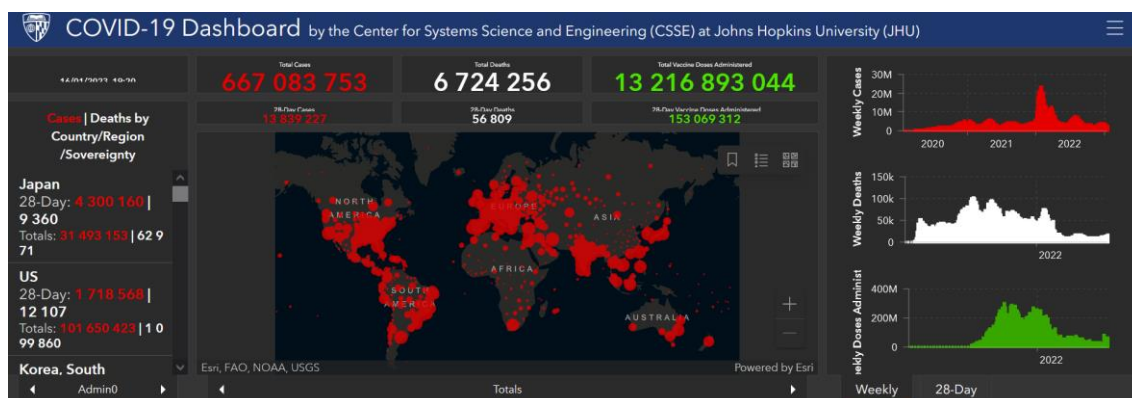
1.1.1 – A Covid-19 no mundo e em Portugal

A Covid-19 consistiu numa pandemia que implicou o repensar por parte da sociedade sobre o seu modo de vida e as suas prioridades, em face da crise profunda e singular que provocou ao nível económico-financeiro, político, social e, em concreto, no quadro da saúde.

Nos últimos anos, desde que o OMS declarou que a Covid-19 constituía uma pandemia, grande parte dos países em todo o mundo determinaram, em vários momentos, um quase absoluto enclausuramento das sociedades e dos países entre si, com o encerramento das fronteiras. Este quadro obrigou a um isolamento profundo do ser humano, ao “*desligamento*” e “*interrupção das relações sociais*”, bem como ao “*aprofundamento drástico das vulnerabilidades socioeconómicas*”, que “*quebrou a regularidade dos laços e das ligações sociais em copresença e proximidade física*” e que colocou em causa todo o modo de vida das sociedades globalizadas, gerando “*um conjunto de processos disruptivos decorrentes do confinamento e do prolongamento de um conjunto de restrições sociais e cívicas no período posterior*” (Cândido, Tavares, & Carmo, 2020, p. 1), com recurso à restrição de direitos e liberdades, em especial no que respeita a direitos de circulação e liberdades económicas.

Situando-nos no quadro dos números, ao nível mundial, apresentamos, de seguida, a totalidade de casos de Covid-19 que surgiram, até 16.01.2023:

Quadro 1 – Número de casos de Covid-19 no mundo, até 16.01.2023



Fonte: Coronavirus Resource Center da Johns Hopkins University

Do *quadro 1* resulta que, até 16.01.2023, surgiram 666.083.753 casos de Covid-19 registados, dos quais 101.650.423 nos EUA, 39.657.663 em França, 37.605.135 na

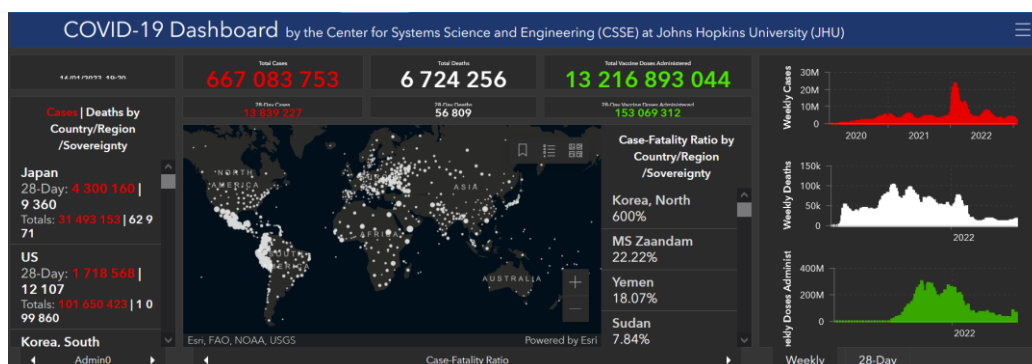
Alemanha, 36.628.099 no Brasil, 25.363.742 em Itália, 24.475.895 no Reino Unido, 21.552.364 na Rússia, 13.711.251 em Espanha, 5.557.941 em Portugal, 4.863.690 na China⁷ e 2.687.840 na Suécia. Importa, no entanto, ter presente que nem todos os países e regiões têm a mesma capacidade procedimental e estrutural de deteção e registo de casos. Daí que, por exemplo, a incidência na maioria do continente africano e numa parte do continente asiático seja tão diminuta. Adicionalmente, mesmo nos países dito mais desenvolvidos, nem todos os casos foram contabilizados, já que foi existindo, ao longo do tempo, uma alternância de exigência no que diz respeito à obrigatoriedade de testagem, a par de fases em que a mesma poderia ser gratuita ou não.

No início de 2023, o número de casos voltou a aumentar na China, em face de as autoridades chinesas terem abandonado a chamada política “covid zero”⁸ – após protestos em larga escala, realizados em várias cidades –, que levou à sobrelotação do sistema hospitalar do país.

Ao nível mundial, os países seguiram metodologias de resposta à Covid-19 distintas: (i) erradicação das cadeias de transmissão (foram os casos da Nova Zelândia, da Islândia e da Tailândia), (ii) gestão das cadeias de transmissão (foi o caso de Portugal e da maioria dos restantes países europeus), (iii) ausência de controlo das cadeias de transmissão (foram os casos do Brasil e dos EUA, bem como da Suécia e do Reino Unido, de certo modo, numa fase inicial) e (iv) incapacidade de gestão das cadeias de transmissão (foram os casos dos países africanos e da Índia).

No quadro infra podemos verificar o número de mortes por Covid-19, até 16.01.2023:

Quadro 2 – Número de mortes por Covid-19 por país/região, até 16.01.2023



Fonte: Coronavirus Resource Center da Johns Hopkins University

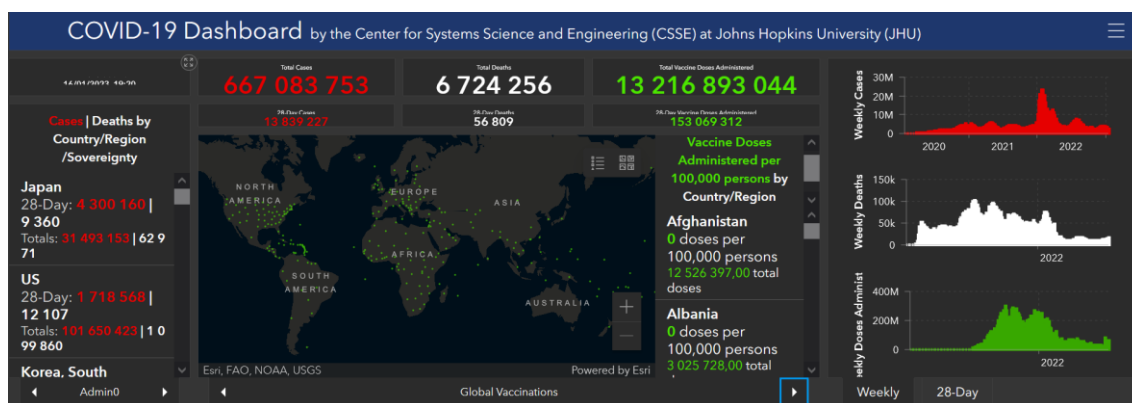
⁷ No caso da China, foi particularmente questionada a veracidade dos números declarados.

⁸ A política “covid zero” vigorou na China, ao longo de quase três anos, em que várias cidades impuseram um regime de testes de ácido nucleico obrigatório para toda a população, com uma frequência quase diária.

Do *quadro 2* resulta que, até 16.01.2023, dos 667.083.753 casos de Covid-19 registados no mundo, 6.724.256 resultaram em mortes. Ao nível de países, podemos salientar as 10.99.860 mortes que ocorreram nos EUA, 695.343 no Brasil, 386.498 na Rússia, 215.633 no Reino Unido, 185.993 em Itália, 164.504 em França, 163.775 na Alemanha, 117.759 em Espanha, 25.805 em Portugal, 22.645 na Suécia e 18.242 na China.

Importa, ainda, atentar no quadro infra, onde podemos observar, o número total de doses de vacinas administradas no mundo, até 16.01.2023:

Quadro 3 – Número total de doses de vacinas administradas no mundo, até 16.01.2023



Fonte: Coronavirus Resource Center da Johns Hopkins University

Do *quadro 3* resulta que, ao nível mundial, até 16.01.2023, foram administradas 13.216.893.044 doses de vacinas para combater a Covid-19, das quais salientamos 3.488.058.000 na China, 662.276.437 nos EUA, 498.527.141 no Brasil, 192.337.174 na Alemanha, 184.226.161 na Rússia, 171.684.135 no Reino Unido, 155.976.331 em França, 149.340.886 em Itália, 110.577.887 em Espanha, 27.992.050 em Portugal e 25.537.528 na Suécia.

No quadro da União Europeia, a Comissão Europeia e os Estados-membros adotaram uma abordagem comum, de modo a garantir o acesso equitativo e a preços acessíveis para toda a União, o mais cedo possível, através da compra antecipada com produtores individuais de vacinas, a um determinado período e a um determinado preço, tendo a distribuição de vacinas começado no final de 2020. Adicionalmente, a Comissão Europeia integrou o Mecanismo Covax, contribuindo com financiamento, de modo a garantir o acesso às vacinas Covid-19 em países em desenvolvimento (Comissão Europeia, 2021).

Em Portugal, a contaminação por SARS-CoV-2 teve início a 02.03.2020, através de dois casos importados de Itália e Espanha (Entidade Reguladora da Saúde, 2020), “após duas semanas de alguma expectativa de que o vírus pudesse não chegar ao país

e inércia na antecipação de medidas” (Correia, 2020). Com a multiplicação dos casos de contágio, a 16.03.2020 o governo decretou o encerramento das escolas – cerca de um mês depois, as aulas eram retomadas na modalidade de ensino à distância, em todo o país, o que implicou uma verdadeira alteração de paradigma⁹. Também nessa data foi registada a primeira morte, por Covid-19, em Portugal.

A maior incidência de casos, numa fase inicial, ocorreu na Área Metropolitana de Lisboa (AML) e na região norte, regiões de maior concentração da população, tendo sido estabelecido como origem da cadeia de transmissão o estrangeiro, “*quer por via da atividade profissional (a ligação ao setor industrial da moda e do calçado) quer por via do lazer (a circunstância de viagens durante as férias do carnaval)*”, o que implicou, inclusive, nesta fase precoce, a colocação de uma cidade na região centro sob quarentena obrigatória, com a restrição das entradas e saídas de pessoas através da monitorização policial (Correia, 2020).

Em 18.03.2020, é declarado o Estado de Emergência em todo o país – o que não ocorria desde 1975 –, através do Decreto do Presidente da República n.º 14/2020, de 18 de março¹⁰, que impactou com o quotidiano dos cidadãos e das empresas, desde a possibilidade de confinamento compulsivo de pessoas no domicílio ou em estabelecimentos de saúde, o estabelecimento de cercas sanitárias, a interdição de deslocações (excluídas as deslocações para o emprego, para assistência à saúde e aquisição de bens de primeira necessidade) e a restrição na mobilidade internacional de pessoas, que incluiu o estabelecimento de um acordo bilateral com Espanha para o encerramento das fronteiras terrestres e uma forte redução das deslocações aéreas dentro do espaço Schengen e com países terceiros. Permitiu, igualmente, a requisição pública e privada da atividade, de modo a garantir a produção e o abastecimento de bens e serviços necessários ao normal funcionamento do país, a par do encerramento ou limitação de funcionamento de atividades consideradas prejudiciais à contenção das cadeias de transmissão, da limitação da liberdade de reunião e manifestações, incluindo a celebração de atividades coletivas de culto religioso e obrigatoriedade de adoção do regime de teletrabalho.

⁹ Em setembro de 2020, o ano letivo no ensino básico e secundário retomou as aulas presenciais, sendo obrigatório o uso de máscara nas escolas, tendo voltado ao modelo de ensino à distância no início de 2021 e, novamente, ao sistema presencial, em abril de 2021. A propósito do impacto na pandemia na educação, vide, designadamente, Martins (2020).

¹⁰ A declaração do estado de emergência foi renovada pelos Decretos do Presidente da República n.ºs 17/2020, de 2 de abril, e 20-A/2020, de 17 de abril.

Ao longo dos meses, com a evolução da pandemia e a aprendizagem sobre a mesma, as autoridades governamentais e de saúde foram alternando a sua tomada de posição perante a necessidade de uso de máscara e de testagem dos cidadãos.

O combate ao novo vírus passou a ocupar o papel central da resposta do SNS¹¹, das autoridades de segurança e dos decisores políticos, tendo-se verificado uma mudança de paradigma na forma de organização da sociedade, em face da necessidade de conter a proliferação da infeção.

Depois do confinamento de março e abril de 2020, foi decretada uma reabertura gradual do país, em maio do mesmo ano, em linha com os restantes países do sul da Europa¹². Neste sentido, em 02.05.2020, Portugal transitou do estado de emergência para o estado de calamidade, reduzindo as medidas de confinamento para conter a pandemia de Covid-19, tendo ocorrido um retrocesso para estado de emergência, através do Decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020, de 6 de novembro¹³.

Em 27.12.2020, o plano nacional de vacinação contra a Covid-19 iniciou no Hospital de São João, no Porto¹⁴.

No início de 2021, teve lugar a eleição do Presidente da República, tendo sido assegurada a livre circulação no dia das eleições e a votação nos lares de idosos.

Em 30.04.2021, o Governo, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 45-C/2021, de 30 de abril¹⁵, declarou a situação de calamidade, no âmbito da pandemia da

¹¹ Com a Constituição da República Portuguesa de 1976, estatui-se no artigo 64º, nº 1 que “[t]odos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, acrescentando-se na alínea a) do nº 2 do mesmo preceito que “[o] direito à proteção da saúde é realizado: a) [a]través de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito” (até 1989 constava na norma a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito). O SNS foi, finalmente, criado pela Lei nº 56/79, de 15 de setembro, diploma que dispunha no seu artigo 6º, nº 2, que “[o] SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social”. Importa ainda referir os seguintes diplomas: a Lei nº 48/90, de 24 de agosto, que aprovou a Lei de Bases da Saúde, e o Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. A Lei nº 48/90 foi, entretanto, revogada pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, que aprovou a Lei de Bases da Saúde.

¹² A título de exemplo, em junho de 2020, a I Liga de Futebol pôde recomeçar, embora à porta fechada.

¹³ A declaração do estado de emergência foi renovada pelos Decretos do Presidente da República n.ºs 59-A/2020, de 20 de novembro, 61-A/2020, de 4 de dezembro, 66-A/2020, de 17 de novembro, 6-A/2021, de 6 de janeiro, 6-B/2021, de 13 de janeiro, 9-A/2021, de 28 de janeiro, 11-A/2021, de 11 de fevereiro, 21-A/2021, de 25 de fevereiro, 25-A/2021, de 11 de março, 31-A/2021, de 25 de março, e 41-A/2021, de 14 de abril.

¹⁴ Embora, numa fase inicial, tenha sido determinado que a prioridade seria vacinar os profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação de cuidados a utentes, bem como a trabalhadores e residentes em lares e instituições similares e profissionais e internados em unidades de cuidados continuados, a que se seguiram idosos com mais de 80 anos e pessoas entre os 50 e os 79 anos com comorbilidades graves (insuficiência cardíaca, doença coronária, insuficiência renal e doença respiratória crónica), houve alguns casos de vacinação indevida envolvendo, designadamente, autarcas, funcionários do INEM, da Segurança Social e da Santa Casa da Misericórdia.

¹⁵ A Resolução do Conselho de Ministros foi alterada pelas Resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 46-C/2021, de 6 de maio, 59-B/2021, de 14 de maio, 62-A/2021, 21 de maio, 64-A/2021, de 28 de maio, e parcialmente revogada pelas Resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 52-A/2021, de 11 de maio, 59-

doença Covid-19, continuando a definir medidas excepcionais e específicas quanto a atividades relativas aos estabelecimentos de comércio a retalho, de prestação de serviços, estabelecimentos de restauração, bem como ao acesso a serviços e edifícios públicos, apesar de ter determinado um elenco menos intenso de restrições, suspensões e encerramentos do que aquele que se encontrava vigente.

Em 30.07.2021, o Conselho de Ministros, através da Resolução n.º 101-A/2021, de 30 de julho, determinou a aplicação de medidas extraordinárias com vista à mitigação da transmissão do vírus SARS-CoV-2 e da doença Covid-19, dando orientações quanto à progressão do levantamento de medidas restritivas, a qual teria em conta, entre outros fatores e indicadores, os patamares de percentagem da população com vacinação completa.

Em 20.08.2021, o Governo, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 114-A/2021, de 20 de agosto¹⁶, declarou a situação de contingência no âmbito da pandemia da doença Covid-19 e, em face se ter sido atingido, em 18.08.2021, o patamar de 70% da população com vacinação completa, alterou os limites ao número de pessoas por grupo que poderia permanecer em estabelecimentos de restauração e similares, de lotação aos eventos de natureza familiar, incluindo casamentos e batizados, e aos eventos culturais em recintos de espetáculo de natureza fixa, bem como de lotação no transporte coletivo de passageiros – terrestre, fluvial e marítimo –, passando a ser possível a utilização, pelos passageiros, dos bancos dianteiros no transporte em táxi e no transporte individual e remunerado de passageiros em veículos descaraterizados a partir de plataforma eletrónica. Adicionalmente, determinou que as lojas de cidadão passassem a prestar atendimento presencial sem necessidade de marcação prévia.

Em 29.09.2021, o Governo, através do Decreto-Lei n.º 78-A/2021, de 29 de setembro¹⁷, alterou as medidas excepcionais e temporárias relativas à pandemia da doença Covid-19, em concreto, aliviaram a necessidade de uso de máscara, passando a ser obrigatório apenas para o acesso ou permanência a determinados ambientes fechados, tendo ainda determinado a dispensa da devolução, por não reutilização, dos manuais distribuídos para o ano letivo 2020-2021, dos manuais escolares distribuídos gratuitamente.

B/2021, de 14 de maio, 62-A/2021, 21 de maio, 64-A/2021, de 28 de maio, 70-A/2021, de 4 de junho. A Resolução do Conselho de Ministros foi revogada, na sua totalidade e na redação à data, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 96/2022, de 24 de outubro.

¹⁶ Que revogou a Resolução do Conselho de Ministros n.º 101-A/2021, de 30 de julho.

¹⁷ O referido diploma foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 66-A/2022, de 30 de setembro.

Ainda no referido dia, o Governo, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 135-A/2021¹⁸, de 29 de setembro, alterou as medidas no âmbito da situação de alerta, tendo eliminado a recomendação da adoção do regime de teletrabalho, sem prejuízo da manutenção das regras quanto ao desfasamento de horários, alterado o regime relativo à testagem, eliminando, nomeadamente, o disposto quanto à testagem em locais de trabalho com 150 ou mais trabalhadores e o limite em matéria de venda e consumo de álcool, retomando os bares e discotecas a sua atividade, embora com acesso dependente de apresentação de Certificado Verde Digital Covid da União Europeia (UE), suprimido as limitações em matéria de lotação e horários de funcionamento dos estabelecimentos comerciais e certos eventos e celebrações, bem como dos estabelecimentos de restauração e similares, eliminando-se a necessidade de apresentação do referido Certificado Digital ou teste com resultado negativo para acesso a estabelecimentos de restauração e similares e a estabelecimentos turísticos ou de alojamento local.

No início de outubro de 2021, a maioria das restrições que ainda permaneciam foram levantadas, em face de 85% da população se encontrar vacinada.

Em 21.04.2022, o Governo, através do Decreto-Lei n.º 30-E/2022, de 21 de abril¹⁹, estabeleceu medidas excecionais e temporárias no âmbito da pandemia da doença Covid-19, tendo limitado a obrigatoriedade do uso de máscara aos estabelecimentos e serviços de saúde, das estruturas residenciais ou de acolhimento ou serviços de apoio domiciliário para populações vulneráveis ou pessoas idosas, bem como unidades de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCI) e, ainda, transportes coletivos de passageiros, incluindo o transporte aéreo, bem como no transporte de passageiros em táxi ou TVDE. A obrigatoriedade do uso de máscaras ou viseiras na utilização de transportes coletivos de passageiros, incluindo o transporte aéreo e ainda táxis e TVDE, bem como em farmácias e em locais em que tal seja determinado em normas da Direção-Geral da Saúde (DGS), foi eliminada pelo Decreto-Lei n.º 57-A/2022, de 26 de agosto.

Ao longo dos últimos três anos, a Covid-19 implicou, como vimos, uma alteração sistémica, designadamente, da vida em sociedade, da economia, do mundo do trabalho, com recurso maciço ao teletrabalho, e do sistema educativo, com a necessidade de recorrer a aulas online.

¹⁸ Alterada pelas Resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 142-A/2021, de 29 de outubro, e 157/2021, de 27 de novembro.

¹⁹ Este diploma foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 66/2022, de 30 de setembro.

É neste quadro que Fronteira *et al.* (2021) [atenção à página] salientam “a falha em considerar a natureza sindémica dessa pandemia [que] contribuiu para enfraquecer os processos de formulação de políticas e as respostas de saúde pública”, já que, de acordo com os autores, “a coexistência de doenças endémicas e epidémicas, DNT, DTN e outras doenças infecciosas (humanas e animais), bem como as fragilidades dos sistemas sociais, os desafios ambientais há muito negligenciados, o nível de alfabetização em saúde e as questões culturais não foram considerados e, agora, os desafios parecem maiores do que antes, pois o COVID-19 interage de forma sindémica com todos esses problemas”.

Como assinala Costa (2020, p. 4 e 6),

“[q]uando no início do ano de 2020 a pandemia Covid-19 se disseminou no planeta, encontrou a sociedade humana mundial com um panorama de desigualdades sociais muito acentuadas”, nomeadamente “económicas, educativas, de género, étnico-raciais; desigualdades no trabalho, nas liberdades, nos direitos, de cidadania, e outras”, tendo a pandemia agravado as “desigualdades sociais no mundo e, na maior parte dos casos, em cada país (...): os mais desfavorecidos e vulneráveis estão a ficar ainda mais desfavorecidos e mais vulneráveis”.

No quadro de países de maior desenvolvimento humano, onde se inclui Portugal, os impactos da pandemia denotaram-se em especial na categoria social dos trabalhadores de baixas remunerações e baixas qualificações, como “*trabalhadores manuais e de serviços – operários industriais, trabalhadores dos transportes, da construção civil, da manutenção urbana, dos serviços pessoais*”, e, de igual modo, nos jovens adultos, “quanto ao emprego, quanto aos rendimentos, quanto ao prosseguimento de estudos superiores, quanto à autonomia pessoal”, nos trabalhadores independentes, já que, “[c]om o confinamento de pessoas e atividades, muitos ficaram sem atividade profissional e sem rendimentos de qualquer origem. Parte deles ficou colocada em situação de «pobreza instantânea»”, nos idosos, os “mais diretamente atingidos pela doença, pela sua maior vulnerabilidade à doença e pela sua maior vulnerabilidade às suas consequências mais gravosas (...), pelas condições de existência social de muitos deles, quer devido a situações económicas de baixos rendimentos, quer devido a situações de laço social fragilizado, envolvendo dependência e/ou isolamento”, nas crianças e jovens em idade escolar, dadas as “dificuldade em prosseguir quer as aprendizagens escolares, quer a socialização interpares, ambas fundamentais nos percursos sociais de crescimento”, e, finalmente, nas mulheres, “em especial as que trabalham em atividades de baixas qualificações e baixos rendimentos – também particularmente afetadas pela crise pandémica, em termos de agravamento de desigualdades sociais: quer pela suspensão ou

encerramento de atividades económicas em que estão em maioria, por exemplo na hotelaria, restauração e serviços pessoais; quer pelo prosseguimento de atividades profissionais de esforço e risco agravado, sem recurso a teletrabalho, nomeadamente em serviços de saúde, lares de idosos, apoios domésticos, entre outros; e, ainda, pelo trabalho familiar ainda mais sobrecarregado nas situações de confinamento” (Costa, 2020, pp. 7-9).

Perante os desafios que a Covid-19 colocou à sociedade, a resposta que o Estado social deu à crise revelou-se fulcral para “a contenção das desigualdades sociais em agravamento, e, desejavelmente, para as reduzir” (Costa, 2020, p. 10), designadamente, em Portugal, através dos seguintes apoios dirigidos para as pessoas e para as empresas, que assinalamos no *quadro 4* infra:

Quadro 4 – Apoios estatais para as pessoas e para as empresas no âmbito da Covid-19, em Portugal

Apoios estatais			
Pessoas		Empresas	
Denominação do apoio	Descrição	Denominação do apoio	Descrição
<i>Adaptar Social+</i>	Sistema de incentivos à adaptação da atividade das respostas sociais ao contexto da doença Covid-19	<i>Adaptar</i>	Sistema de incentivos à adaptação da atividade empresarial ao contexto da doença Covid-19
<i>Apoio à renda</i>	Regime excecional para as situações de mora de arrendatários habitacionais no pagamento de rendas devidas	<i>Apoiar</i>	Sistema de incentivos à liquidez
<i>Apoio extraordinário aos artistas, autores, técnicos e outros profissionais da cultura</i>	Apoio, sob a forma de subsídio, no valor de 1 Indexante de Apoio Social (IAS)	<i>Apoiar+ Simples</i>	Apoio aos empresários em nome individual sem contabilidade organizada com trabalhadores a cargo
<i>Apoio extraordinário de proteção social para trabalhadores em situação de desproteção económica e social</i>	Apoio aos trabalhadores em situação de desproteção económica e social e que não tenham acesso a qualquer instrumento ou mecanismo de proteção social	<i>Apoio excecional aos artesãos e às unidades produtivas artesanais</i>	Incentivo à manutenção da atividade das empresas artesanais
<i>Apoio extraordinário à redução da atividade económica de trabalhador independente</i>	Apoio aos trabalhadores abrangidos exclusivamente pelo regime dos trabalhadores independentes, em situação comprovada de paragem total da sua atividade ou da	<i>Apoio extraordinário à retoma progressiva de atividade em empresas</i>	Mecanismo criado pelo Governo para apoiar a manutenção dos postos de trabalho nas empresas onde se verifique uma quebra de faturação

	atividade do respetivo setor, em consequência do surto de Covid-19		
<i>Garantia Digital</i>	Assegurar que até 2023 todos os desempregados têm oferta de formação na área digital	<i>Apoio Simplificado para Microempresas à Manutenção dos Postos de Trabalho</i>	Apoio financeiro, a conceder pelo IEFP, IP, às microempresas em situação de crise empresarial
		<i>Ativar.PT</i>	Apoio financeiro aos empregadores que celebrem contratos de trabalho com desempregados inscritos no IEFP
		<i>Financiamento e compensações aos operadores de transportes essenciais</i>	Apoio para compensar os operadores de transportes de passageiros pela realização dos serviços de transporte público
		<i>Fundo de apoio para a recuperação da atividade física e desportiva</i>	Apoio direcionado para a recuperação das organizações desportivas constituídas como associações sem fins lucrativos, tendo em conta a importância dos clubes desportivos enquanto células base do sistema desportivo
		<i>Fundo de capitalização de Empresas</i>	Visa o fortalecimento e a recuperação ágil e eficaz da solvência das empresas que, sendo viáveis a médio e longo prazo, veem os respetivos balanços e os mercados em que atuam afetados pelos efeitos da pandemia
		<i>Linha de apoio à economia Covid-19: Agências de viagens e operadores turísticos</i>	Empréstimos bancários de curto e médio prazo, exclusivamente para o financiamento das necessidades de tesouraria
		<i>Linha de apoio à economia Covid-19: Empresas exportadoras da indústria e do turismo</i>	Linha de apoio ao emprego e manutenção dos postos de trabalho de dois setores fortemente afetados pela pandemia: o da indústria e o do turismo
		<i>Mareess</i>	Apoio ao reforço de emergência de equipamentos sociais e de saúde
		<i>Medida excecional e temporária de proteção dos postos de trabalho</i>	Medidas de caráter extraordinário e temporário, que visam

			apoiar a manutenção dos postos de trabalho e mitigar situações de crise empresarial
--	--	--	---

Fonte: elaboração própria

Com a Covid-19 e os seus efeitos, houve a necessidade de impulsionar rapidamente o processo de transformação digital da sociedade. A este propósito,

“[n]as universidades, de maneira praticamente instantânea, o ensino tornou-se – provisoriamente – ensino à distância, com apoio em plataformas digitais. Vastos setores económicos e administrativos foram rapidamente reorganizados com recurso maciço ao teletrabalho. O comércio eletrónico aumentou significativamente. Nas relações de família, amizade e sociabilidade, as comunicações eletrónicas multiplicaram-se e intensificaram-se. Tem surgido uma variedade de iniciativas comunicacionais, criativas, lúdicas e de experimentação nos estilos de vida. Na saúde, cresce rapidamente a utilização de novas tecnologias digitais por médicos e outros profissionais da saúde – e, com a pandemia Covid-19, surgiram as aplicações controversas de monitorização da infeção e da doença. Estão também a surgir, cada vez mais, instrumentos de base digital para a monitorização da mobilidade das pessoas e na monitorização de vários dos seus atos quotidianos” (Costa, 2020, pp. 10-11).

Também na saúde ocorreu um grande impacto em face da Covid-19, como veremos de seguida, situando-nos no quadro português.

1.1.2 – A Covid-19 e os desafios no acesso aos cuidados de saúde em Portugal

O enquadramento que realizámos supra denota o contexto singular e atípico que a Covid-19 provocou na sociedade, o que permite, de seguida, analisar os desafios que acarretou para o acesso aos cuidados de saúde, em Portugal, num quadro de *“aumento do número de infetados, de internamentos hospitalares e de óbitos relacionados, direta e indiretamente, com a doença em questão”* (Entidade Reguladora da Saúde, 2020). Esta situação excecional, criada pela epidemia SARS-CoV-2 e pela infeção epidemiológica por COVID-19, alterou significativamente o sistema de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2020, p. 1) e colocou *“em evidência as vulnerabilidades do mundo moderno face a riscos emergentes”*, pondo *“à prova os dispositivos de saúde pública em todo o mundo”* (Fernandes, 2021, p. 26).

Como denota Fernandes (2021, p. 27),

“[a] crise associada ao Covid-19 mostrou a necessidade de estratégias de saúde inclusivas e multissetoriais”, ficando “(...) evidente a importância de respostas articuladas, centradas nas pessoas, tendo em vista a eficácia dos resultados num contexto de planeamento dos recursos, a fim de salvaguardar a proteção específica da saúde através da cobertura geral e universal dos cuidados de saúde”.

Ao longo dos últimos três anos, o acesso aos cuidados de saúde deparou-se com desafios únicos, com a suspensão, durante um longo período, da atividade programada não urgente, onde se incluem consultas, cirurgias e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Maia, 2020) – entretanto já retomada e mais normalizada –, a par da *“descompensação no acompanhamento de doenças crónicas, na produção de diagnósticos e no agravamento da saúde mental”* (Correia, 2020, pp. 26-27). Por diversas vezes, foram surgindo nos órgãos de comunicação social portugueses referências ao *entupimento* dos Centros de Saúde, à *sobrecarga dos Médicos de Família*, às *cirurgias que continuam a ser canceladas*, aos hospitais que *desmarcam os contactos presenciais com doentes não urgentes* por falta de recursos e pela impossibilidade de responder a todas as solicitações relacionadas e não relacionadas com a COVID-19.

Em linhas gerais, durante a pandemia foram criados hospitais de campanha e foi adotado o uso da máscara, os serviços foram reorganizados e os espaços foram adaptados, houve lugar a uma enorme aquisição e distribuição dos equipamentos de proteção individual (EPI's) e só nos primeiros meses de 2020 foram contratados mais de 5.500 profissionais para o SNS (Correia, 2020, p. 28). Em matéria de comunicação, houve apresentações diárias e, por vezes, bidiárias da situação pandémica verificada em Portugal, sendo ainda de realçar o contributo de personalidades públicas que, munidos de informação partilhada pela DGS, realizaram campanhas de sensibilização da população, de modo a promover a literacia em saúde²⁰ e reduzir a afluência às urgências hospitalares das situações que não justificavam (Direção-Geral de Saúde, 2020).

No que concerne aos profissionais de saúde, estes manifestaram-se assoberbados com tarefas diretamente relacionadas com a gestão da COVID-19, impossibilitados de cumprirem as suas agendas e atividade clínica programada, mobilizados

²⁰ Podemos definir literacia em saúde como *“a capacidade de usar as competências de aceder, compreender e avaliar a informação em saúde, aplicando-as no dia-a-dia para a tomada de decisão em diferentes contextos, tendo em conta as escolhas possíveis.”* Incluindo *“a capacidade de participar na defesa e na governança para a saúde”* (Loureiro, 2015).

frequentemente para outras tarefas noutros locais (Aires & Oliveira, 2021), com efeitos nefastos para a sua vida pessoal.

Como salienta Correia (2020, p. 28),

“[a] situação que vivemos tem mostrado que qualquer sistema de saúde tem pontos fortes e fracos. No caso português, o ponto forte tem sido a produção de diagnóstico, o que envolve a disponibilidade de testes, de equipas de colheita, de uma rede laboratorial público-privada que tem estado acima de qualquer crítica, de normas para o seguimento dos casos suspeitos, dos que aguardam confirmação e dos casos confirmados, e de meios tecnológicos (por exemplo, as falhas na linha de Saúde24 durante os meses de março e abril foram resolvidas com relativa prontidão e eficácia). O ponto fraco tem sido o acompanhamento dos casos confirmados e a manutenção do funcionamento do SNS para os casos «não-Covid-19». Estas situações têm muito a ver com a política de recursos humanos no SNS, em concreto a falta de profissionais, a má distribuição de profissionais por especialidades, regiões e valências de cuidados (primários, secundários e continuados) e desequilíbrios na organização e divisão do trabalho entre grupos profissionais (Correia et al., 2018)”.

No Relatório do Conselho Nacional de Saúde sobre a pandemia de Covid-19 e os desafios para a saúde dos portugueses, de 2022, resulta que, em 2020, realizaram-se menos 50.000 cirurgias urgentes, uma redução de 8,3%, e menos 700.000 cirurgias programadas, comparativamente ao verificado no período de 2016 a 2019. Adicionalmente, verificou-se uma quebra do número de consultas médicas nos cuidados de saúde primários e hospitalares, uma redução da proporção de utentes com acesso a consultas médicas nos cuidados de saúde primários, redução no número de internamentos hospitalares e no total de dias de internamento e pouco menos de $\frac{3}{4}$ das consultas realizadas dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido, valor que voltou a subir acima de valores pré pandemia em 2021. Apesar disso, como denota o relatório, registou-se um aumento de mais de 100% nas teleconsultas (2022, pp. 64, 68).

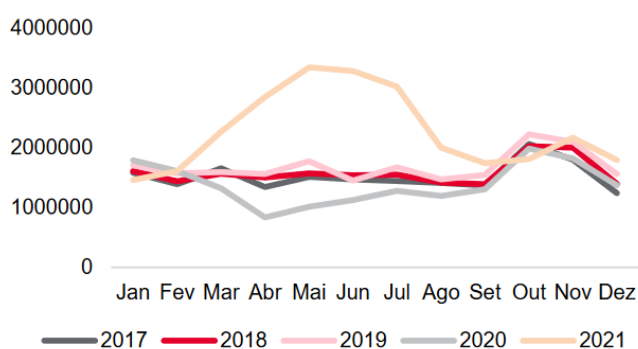
Particularmente no que respeita aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), em que os profissionais de saúde ficaram responsáveis pela vigilância da grande maioria dos doentes suspeitos ou confirmados com infeção pelo SARS-CoV-2, ocorreu uma profunda reestruturação no modo de trabalho, com implicação na redefinição do acesso por parte dos utentes e na criação de meios alternativos de contato e de prestação de serviços. Adicionalmente, também os hospitais e outras estruturas e entidades prestadores de cuidados de saúde viram completamente alteradas as suas dinâmicas de funcionamento.

Este contexto levou a que as consultas programadas não tenham ocorrido e que os utentes não tenham tido facilidade no acesso aos cuidados de saúde, a que acresce

o facto de muitos terem optado por não aceder aos serviços de saúde por medo do contágio pelo vírus (Barros, 2020). A este propósito, ainda durante 2020, já Correia (2020, p. 24) considerava “ineficazes” ou “contraproducentes” algumas medidas que tinham sido implementadas, como “a sobrecarga de funções dos médicos de medicina geral e familiar no acompanhamento de doentes Covid-19, de doentes não-Covid-19 e de utentes institucionalizados em ERPIs que tem levado à demora nas respostas nos cuidados de saúde primários e ao desgaste dos profissionais”.

De modo a visualizarmos, em números, o verdadeiro impacto da Covid-19 ao nível do número de consultas nos CSP, importa convocar um relatório sobre o acesso a cuidados de saúde primários, elaborado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em 2022. É de realçar uma diminuição do número de consultas de enfermagem presenciais em 2020 (16 664 324) face a 2019 (20 230 518) – em concreto, menos 18% – e um aumento em 2021 (27 362 522) face a 2020 – em concreto, mais 64%.

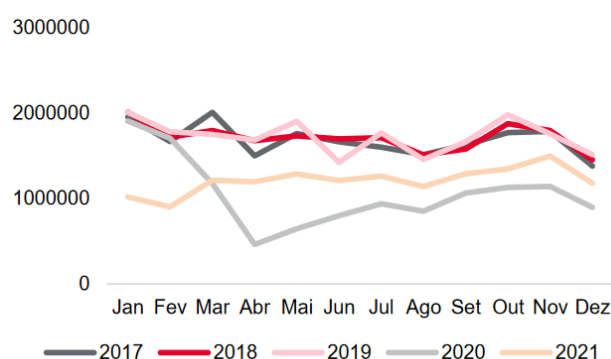
Gráfico 1 – Evolução das consultas presenciais de enfermagem



Fonte: Entidade Reguladora da Saúde (2022, p. 10)

Ainda de acordo com o mesmo relatório, no que respeita ao número de consultas médicas presenciais, em 2020 (12.732.253) ocorreram menos 39% face a 2019 (20 715 472) e em 2021 (14.557.006) ocorreram mais 14% do que em 2020 (Entidade Reguladora da Saúde, 2022, p. 10).

Gráfico 2 – Evolução das consultas presenciais médicas



Fonte: Entidade Reguladora da Saúde (2022, p. 10)

Em suma, e convocando, uma vez mais, o relatório do Conselho Nacional de Saúde (2022, p. 64), verificou-se que ao nível do acesso a cuidados de saúde,

“(...) não houve paragem dos cuidados, embora estes tenham ficado fortemente comprometidos. Pode ter faltado, sobretudo na fase inicial e em algumas instituições, a capacidade de reinventar a gestão, quando não, simplesmente, estiveram ausentes os planos de contingência que deviam há muito estar desenhados e testados”.

Pelo que, como conclui o relatório (Conselho Nacional de Saúde, 2022, p. 102), importa

“[i]nciar uma profunda reforma dos serviços de Saúde Pública, revendo matérias como autonomia, encargos e recursos, nos seus vários níveis (central, regional e local), promovendo a interdisciplinaridade das equipas e garantindo os recursos especializados capazes de levar a cabo as operações essenciais de saúde pública, dedicando uma atenção especial à generalidade das crises sanitárias e, em particular, às emergências infecciosas”.

1.2 – Sistemas de informação em saúde e as possibilidades de inovação aberta (*open innovation*)

Podemos entender sistemas de informação (SI) como “*uma combinação de pessoas, dados, processos e tecnologias de informação que interagem para recolher, processar, armazenar e fornecer como resultado a informação necessária para apoiar uma organização*” (Bentley & Whitten, 2007, p. 6), recorrendo a inputs (dados e instruções), através da utilização de tecnologias (como computadores), e outputs (relatórios e cálculos), através de redes (Turban, Leidner, McLean, & Wertherbe, 2007).

Em suma, os sistemas de informação visam processar dados para os transformar em informação e/ou conhecimento.

Para o propósito da nossa investigação, situaremos a nossa análise apenas no quadro dos sistemas de informação aplicados ao contexto da saúde, articulando com a teoria da inovação aberta.

1.2.1 – Os sistemas de informação em saúde – O estado da arte

O conceito atual de sistemas de informação é comumente associado às tecnologias de informação e ao digital, que fizeram emergir um novo paradigma social, descrita como *sociedade da informação* ou *sociedade em rede* alicerçada no poder da informação (Castells, 2003). E é nesse espectro que nos posicionamos, referindo-nos aos sistemas de informação na *era da informação*²¹. Os SI foram ganhando, cada vez mais, relevância enquanto modo de comunicação mais organizada entre os seres humanos e, desta forma, contribui para a concretização dos objetivos dos grupos e organizações.

No quadro dos objetivos dos SI, Reiner, Turban e Potter (2006) convocam a capacidade de gerar valor, salientando a referência dos cinco R's: (i) a informação acertada, (ii) para as pessoas acertadas, (iii) no tempo acertado, (iv) na quantidade acertada e (v) no formato acertado.

No setor da saúde, os SI começaram a ser aplicados e desenvolvidos durante a década de 70 do século XX. Associado ao conceito de SI, surge a transformação digital, “(...) entendida como o uso da tecnologia para aumentar de forma significativa o desempenho das instituições, quer internamente, quer na sua relação com os seus clientes, através de novos modelos de negócio que a tecnologia digital permite, resultando em mudanças fundamentais na forma como as instituições operam e entregam valor aos seus clientes. Por clientes na área da saúde entenda-se profissionais, fornecedores e doentes” (Vitorino, João, & Magalhães, 2021, p. 23).

Neste sentido e no quadro dos sistemas de informação em saúde, a transformação digital é relevante, num contexto de aumento da esperança média de vida, de crescente envelhecimento e do aumento das doenças crónicas.

Particularmente em Portugal, o início da informática na Saúde situa-se também na década de 70 do século XX, em concreto com o Plano Diretor de Informática da Saúde, que “(...) veio à luz nos primeiros dias de maio de 1974 (...)” e com a criação do instituto dos Serviços de Informática da Saúde (SIS), através de um diploma “(...) publicado em fins de 1979 (...)” (Campos, 2022, pp. 17, 18). Já durante a década de 90 do século XX, foi criado o Instituto de Gestão Informática e Financeira em Saúde

²¹ O período da *era da informação* inicia-se no último quarto do século XX.

(IGIF)²², pelo Decreto-Lei nº10/93, de 15 de janeiro, e extinto em 2006, com o nascimento da Administração Central do Sistema de Saúde. O IGIF foi o instituto que esteve nos primórdios e na base dos sistemas de informação que ainda nos dias de hoje se utilizam em diversos hospitais, como o Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), que já se encontra na sua versão SONHO V2²³, ou o Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS).

Em 1998, o IGIF desenvolveu o Sistema de Apoio Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), que estavam integrados no SONHO e no SINUS consoante se tratava de um hospital ou de uma unidade dos cuidados de saúde primários, respetivamente, dando, mais tarde, lugar ao SClínico, que pretende uniformizar os procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação.

No quadro dos sistemas de informação utilizados atualmente pelas unidades hospitalares do SNS, além dos já mencionados SONHO e SClínico, assinalamos ainda a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (PEM), o Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), o Sistema Informático do VIH (SI.VIDA), Exames sem papel, Receita sem papel, Recursos Humanos e Vencimentos (RHV), para apenas mencionar alguns dos sistemas de informação geridos na esfera do setor público, pela SPMS, E.P.E.. Adicionalmente, existem ainda aplicações que já se encontram consolidadas há vários anos no SNS, da esfera do privado, como é o caso dos sistemas desenvolvidos pela ALERT, muito utilizados nos serviços de urgência hospitalar.

Atualmente, no quadro dos SI na saúde, valoriza-se, cada vez mais, o desenvolvimento de softwares que articulem no mesmo lugar a informação proveniente de diversas áreas de atividade. Neste quadro, destacamos os sistemas de *Enterprise Resource Planning* (ERP's), uma opção relevante para as organizações, onde se incluem os hospitais, pois permite centralizar no mesmo lugar a informação proveniente de diversas áreas de atividade, designadamente dados e processos das áreas financeira, de logística e de recursos humanos.

No contexto do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) são contempladas um conjunto de reformas e investimentos que pretendem desenvolver Portugal, definidas

²² Até então existia o Serviço de Informática do Ministério da Saúde.

²³ Um software que "(...) visa responder aos problemas técnicos sentidos pelas unidades hospitalares, resultantes da obsolescência da aplicação SONHO (...)", com diversas melhorias como "(...) Desenvolvimento de uma nova camada de integração (service oriented)" ou de "(...) novas pequenas funcionalidades, como a possibilidade de utilização do cartão de cidadão na identificação do utente". (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2023).

em três dimensões: resiliência, transição climática e transição digital, estando o investimento para a saúde integrado no vértice da resiliência. O setor da saúde é hoje muito marcado pela tecnologia e, no caso particular do SNS, o potencial afigura-se auspicioso, tendo presente que o PRR disponibiliza para esta área setorial €300.000.000,00 (trezentos milhões de euros) de investimento previsto para a transição digital na saúde (RE-C01-i06). É, portanto, a segunda área com maior investimento no âmbito do PRR, sendo a distribuição das áreas de atuação feita de acordo com a *Figura 1*:

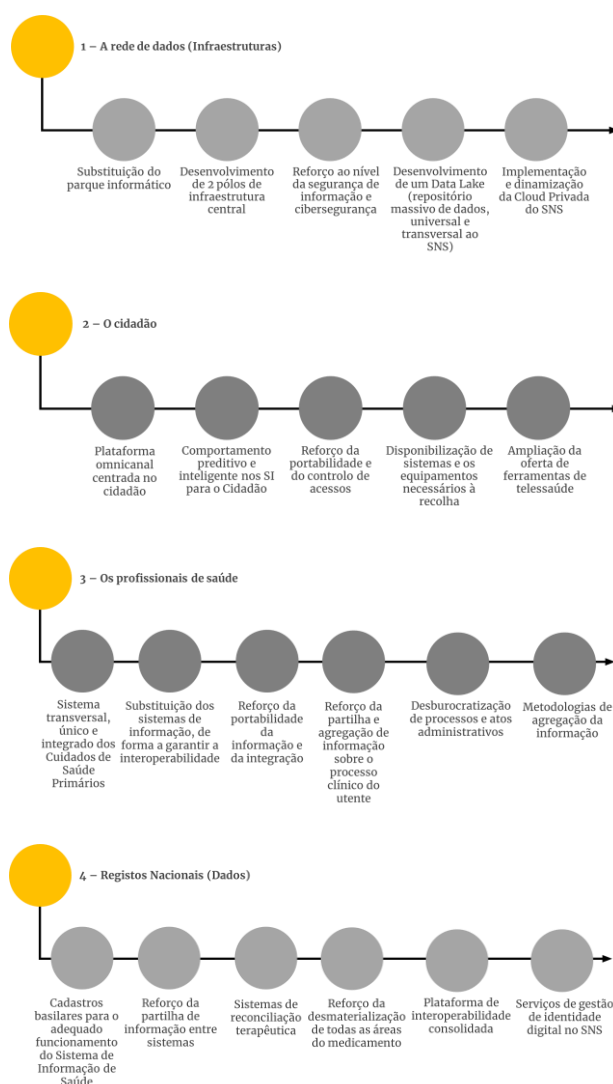
Figura 1 – Valores dos contratos do PRR relacionados com a "Transição digital", destinados à Administração Pública em Portugal continental, por setor público de governação



Fonte: elaboração própria com base em dados obtidos no endereço eletrónico da Agência para o Desenvolvimento e Coesão (2022)

No que respeita ao investimento do PRR para a transição digital na saúde, subdivide-se em quatro pilares: (i) Infraestruturas, (ii) Cidadão, (iii) Profissionais de saúde e (iv) Dados. Importa, a este propósito, referir que os investimentos estão contemplados até 2024. Neste cenário, o objetivo do programa de investimentos versa na componente C01 – Serviço Nacional de Saúde e pretende “(...) *corrigir os constrangimentos que impedem a transição digital no Serviço Nacional de Saúde, incluindo a falta de hardware e software adequados à disposição dos profissionais de saúde, reforçar a uniformização dos sistemas de informação no Serviço Nacional de Saúde e melhorar a experiência do utilizador e o acesso aos dados*” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2023). Na *Figura 2* detalhamos os investimentos previstos em cada pilar do plano previsto para a transição digital na saúde:

Figura 2 – Distribuição dos investimentos da transição digital no SNS



Fonte: elaboração própria com base no endereço eletrónico dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2023)

Neste quadro, denotamos que o PRR incentiva o desenvolvimento na área da saúde digital e apesar de existir ainda um grande caminho a ser percorrido no investimento e na adequação das organizações de saúde para a implementação e integração da informação com a *Internet of things* (IoT)²⁴ e na adoção da Inteligência Artificial (IA), existem dados que são animadores.

De acordo com a 1ª edição do Barómetro da adoção da telessaúde e de Inteligência Artificial no sistema de saúde de 2019, 47% das instituições de saúde

²⁴ Expressão habitualmente atribuída a Kevin Ashton, centrava-se, inicialmente, na identificação automática de objetos, principalmente empregue nas áreas da logística e de cadeias de fornecimento de produtos. Atualmente, o conceito evoluiu para uma equação que descreve o somatório dos três componentes principais: (i) o objeto físico, qualquer coisa presente em casa, no trabalho, no carro ou no corpo, (ii) os sensores, que embutidos no objeto físico enviam estímulos do meio envolvente e geram outputs sustentados nos dados recolhidos e processados na (iii) internet, de modo a desencadear ações no meio envolvente (McEwen & Cassimally, 2014).

inquiridas afirmaram ter, pelo menos, um projeto em fase piloto ou implementado de IA (APAH; Glintt, 2019). Relativamente à telessaúde, os dados mais recentes de 2022 apontam para que já 84% das instituições de saúde tenham projetos implementados, um aumento relevante face a 2019 (75%) (APAH; Glintt, 2022).

Segundo a Gartner, cerca de 86% das empresas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde tem uma arquitetura de IoT em funcionamento em grande parte das suas áreas, existindo a expectativa de crescimento dos *devices* até ao ano de 2025 de mais do dobro (Sharpington & Gupta, 2019). Neste sentido, os hospitais públicos e privados em Portugal devem estar preparados para acompanhar esta tendência.

Quanto ao futuro próximo da saúde, o mesmo poderá, como antevemos, ser marcado pelas valências dos *gadgets*²⁵, que permitem uma maior interligação das respostas em cuidados de saúde, nomeadamente nas questões intra-hospitalares, nas áreas de medicina de precisão, mas também fora dos hospitais, como a telemonitorização no SNS²⁶ ou mesmo os dispositivos individuais que fazem uso da alarmística e da IA. Neste particular, importa salientar a necessidade da criação de um quadro organizacional que permita um modelo de prestação de cuidados de saúde novo. Em concreto, na realização de agendamentos baseados em algoritmos e IA. A título de exemplo, um relógio que mede glicemias pode detetar pré-diabetes e fazer um agendamento automático para o profissional de saúde realizar uma consulta por videochamada (Lourenço, 2023).

Assim, é importante que os atuais e futuros administradores hospitalares estejam, cada vez mais, atentos aos avanços da saúde digital, acompanhando a evolução da configuração das organizações e dos modelos de gestão para enfrentar esta nova realidade.

1.2.2 – A importância das plataformas de informação para a tomada de decisão e para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde

Com o incremento tecnológico, em concreto no quadro da transformação digital, as empresas e as instituições estão a conseguir melhorar os seus processos da tomada

²⁵ Também denominado *wearables* ou engenhocas, na informática pode ser definido como um pequeno utilitário desenvolvido para facilitar o acesso a funcionalidades fornecidas por diversas aplicações mais abrangentes, tratando-se geralmente de um produto tecnológico de ponta.

²⁶ É um “[p]rojeto da SPMS, E.P.E. que pretende analisar e responder às necessidades de monitorização e acompanhamento de utentes do Serviço Nacional de Saúde (...)” e consiste no desenvolvimento aplicacional de uma ferramenta para os utentes do SNS em programa de telemonitorização registarem as medições de parâmetros biométricos e autoavaliações, servindo para apoiar na alarmística e no controlo efetuado pelos profissionais de saúde (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2023).

de decisão, com reflexos também na área da saúde. Importa, portanto, desde já, percebermos o que está em causa na tomada de decisão.

Inácio de Loyola (2016) formulou regras de decisão para ajudar na tomada de decisão quando surge um dilema. Nestas circunstâncias, como considera, o problema deve ser mantido exatamente como ele é, o decisor é que deve ser colocado noutra circunstância, deve mudar-se o sujeito da análise e não o objeto.

A este propósito, Trevino (1986), para quem as perceções do bom e do mau dos indivíduos não são os únicos fatores determinantes das decisões, entende que, na tomada de decisão, as crenças interagem com outras características individuais e com a cultura da organização a que designou de moderadores situacionais, contexto de trabalho, cultura organizacional, características de trabalho, política formal da organização e necessidade financeira pessoal.

O processo da tomada de decisão pode, portanto, ser entendido como o conjunto de estádios que permitem diagnosticar um problema, sobre o qual recai a necessidade de decidir, delinear alternativas, eleger a melhor alternativa e assegurar que a decisão tomada é a mais correta (Parra, 2006).

No contexto da sociedade da informação e do conhecimento, como salientam Gouveia e Ranito (2004, pp. 20-21), cada indivíduo tem de *“estar apto a tomar decisões tanto individualmente como em grupo e, para tal, pode recorrer aos meios que tem ao seu dispor, de modo a satisfazer as suas necessidades de dados e informação”*. E, neste quadro, de modo a *“lidar com dados e informação, as tecnologias de informação e comunicação são um recurso importante”*, em especial *“quando o perfil do profissional (...) exige uma constante relação com dados, informação e conhecimento e uma permanente, rápida e eficiente capacidade de decisão (ser eficaz, por si só, já não chega!)”*. Como esclarecem os autores (2004, pp. 20-21 e 24), *“[u]m sistema de informação tem por objetivo orientar a tomada de decisão nos três níveis de responsabilidade, assegurando a regulação das características que garantem a qualidade de dados e informação e possibilitando a obtenção de informação, mediante custos adequados para a organização que serve”*.

Também no quadro da saúde as plataformas de informação podem, portanto, contribuir para a tomada de decisão dos gestores, permitindo reduzir os custos associados aos cuidados de saúde, melhorar a eficiência dos cuidados prestados e, consequentemente, promover a sustentabilidade do SNS e a melhoria do acesso aos cuidados de saúde (Lapão & Dussault, 2017).

As plataformas de informação relevam ainda para a capacitação da tomada de decisão dos utentes. Já em 2000, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde destacava o papel dos cidadãos como contribuintes e utilizadores e enfatizava a necessidade de os colocar no centro do sistema, designadamente através de um melhor acesso a informação qualificada sobre cuidados de saúde (OPSS, 2001).

A este propósito, como destacam Tavares, Santinha e Gonçalves, “[n]um contexto de uso generalizado da internet (eHealth) e de smartphones (mHealth), o Ministério da Saúde, por meio dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), apresentou esta perspetiva de política orientada para o cidadão, lançando várias aplicações móveis. Alguns exemplos são o «My SNS», «MySNS Carteira» e «MySNS Tempos», que permitem consultar informações e notícias sobre saúde, uma lista de prestadores de cuidados de saúde, bem como, avaliar a satisfação do serviço prestado”. No entanto, como ressaltam os autores, “(...) as aplicações surgem apenas para marcar a sua posição na vanguarda do desenvolvimento tecnológico, sem terem em conta a sua verdadeira utilidade e as expectativas dos seus destinatários”. Pelo que impera “(...) a necessidade de um maior investimento no desenvolvimento de ferramentas de apoio à tomada de decisão em saúde, que considerem as necessidades e escolhas dos cidadãos” (Tavares, Santinha, & Gonçalves, 2020, pp. 42-43).

Ainda do lado das advertências, Cerveira (2020, p. 493) considera que,

“[s]e por um lado, a tecnologia da internet of things pode coletar, processar e analisar dados para fornecer diagnósticos precisos que permitem aos cidadãos cuidar de sua saúde de uma forma autónoma (...), o uso e o processamento de dados recolhidos através de dispositivos móveis de forma não informada e consensual colocam problemas éticos e médico-legais que ainda estão por resolver”.

Adicionalmente, deve ainda assegurar “(...) o acesso a dados e informação devidamente monitorizado, seguro e protegido, bem como a segurança e a disponibilidade futura de dados e informação” (Gouveia & Ranito, 2004, p. 24).

1.2.3 – As plataformas de vacinação no âmbito da Covid-19 – O caso específico de utilização em quatro estados europeus

Procurando situar-nos num prisma mais concreto para os objetivos a que nos propusemos no presente trabalho, descrevemos, de seguida, as plataformas de vacinação no âmbito da Covid-19 em Portugal e, de modo comparativo, em Espanha, no Reino Unido e na Suécia. A nossa escolha deve-se ao facto de os três estados em causa apresentarem um sistema de saúde construído nos mesmos moldes do sistema português, baseado num serviço público de acesso universal e seguindo o modelo de

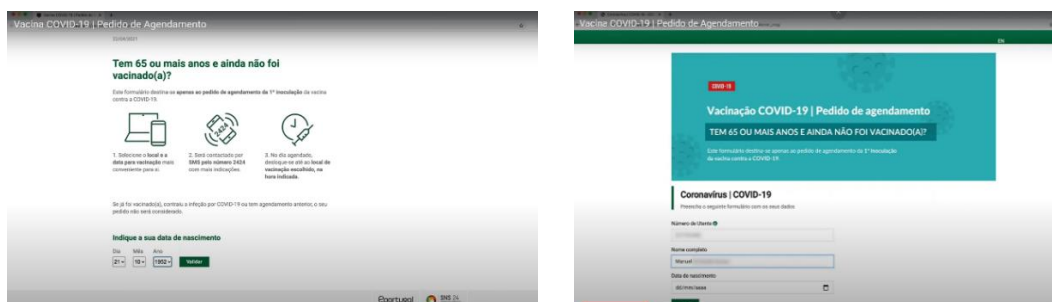
Beveridge, com o financiamento do sistema a ser realizado essencialmente por intermédio do pagamento de impostos.

O modo como os estados em causa desenvolveram o seu combate ao vírus não foi uniforme – com particular enfoque no caso da Suécia que optou por uma gestão da pandemia com medidas mais ligeiras ao nível da saúde pública –, apresentando diferenças que permitem enriquecer o nosso trabalho e robustecer a análise a um dos nossos objetivos de pesquisa, que consiste em estudar a possibilidade de replicar o portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 em outras áreas de resposta dos cuidados de saúde (ex.: consultas hospitalares, primeiras consultas, rastreios).

Neste sentido, importa, desde logo, apresentar o software de agendamento da vacinação para a Covid-19 adotado em todo o território continental português, o “*portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19*”²⁷.

O sistema de informação foi desenvolvido a nível central pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), tendo sido alicerçado, essencialmente, nas matrizes de disponibilidade preenchidas pelos responsáveis dos centros de vacinação, recorrendo à utilização massiva de SMS de confirmação. Este sistema foi disponibilizado através da *Web*, numa primeira fase, e, posteriormente, integrado na nova versão do portal *SNS24*, permitindo o agendamento faseadamente por idades e grupos de risco, conforme determinado legalmente e verificado na *Figura 3*:

Figura 3 – Layout do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, em Portugal



The figure displays two screenshots of the online appointment portal for COVID-19 vaccination in Portugal. The left screenshot shows a questionnaire titled "Tem 65 ou mais anos e ainda não foi vacinado(a)?" (Are you 65 or older and have not yet been vaccinated?). It includes three options: "Sim" (Yes), "Não" (No), and "Não sei" (I don't know). Below the options, there is a section for "Indique a sua data de nascimento" (Indicate your date of birth) with fields for day, month, and year. The right screenshot shows a form titled "Vacinação COVID-19 | Pedido de agendamento" (COVID-19 Vaccination | Appointment Request). It includes fields for "Número de Documento" (Document Number), "Data de nascimento" (Date of birth), "Data de registo" (Registration date), and "Data de contacto" (Contact date).

²⁷ Nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores o portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 não foi adotado.

Vacina COVID-19 | Pedido de Agendamento

1. Selecione a localidade onde deseja ser vacinado. 2. Escolha o local de vacinação. 3. Insira o nome e o número de identificação pessoal. 4. Confirme os dados e finalize o pedido.

Escolha o seu local de vacinação

Localidade: Santarem
 Tipo de local: Casa do Composto
 Nome: Nelson
 Número de identificação: 123456789

[Voltar](#) [Avançar](#)

Vacina COVID-19 | Pedido de Agendamento

2. Escolha a data para a vacinação. 3. Confirme o pedido.

Escolha o seu local de vacinação

Localidade: Santarem
 Tipo de local: Casa do Composto
 Nome: Nelson
 Número de identificação: 123456789
 Data: 29/04/2021

[Voltar](#) [Avançar](#)

Vacina COVID-19 | Pedido de Agendamento

3. Confirme o pedido de agendamento. 4. Finalize o processo.

Vacina COVID-19 | Pedido de agendamento

Localidade: Santarem
 Tipo de local: Casa do Composto
 Nome: Nelson
 Número de identificação: 123456789
 Data: 29/04/2021

[Voltar](#) [Avançar](#)

Vacina COVID-19 | Pedido de Agendamento

4. Finalize o processo de agendamento. 5. Aguarde a confirmação.

Vacina COVID-19 | Pedido de agendamento

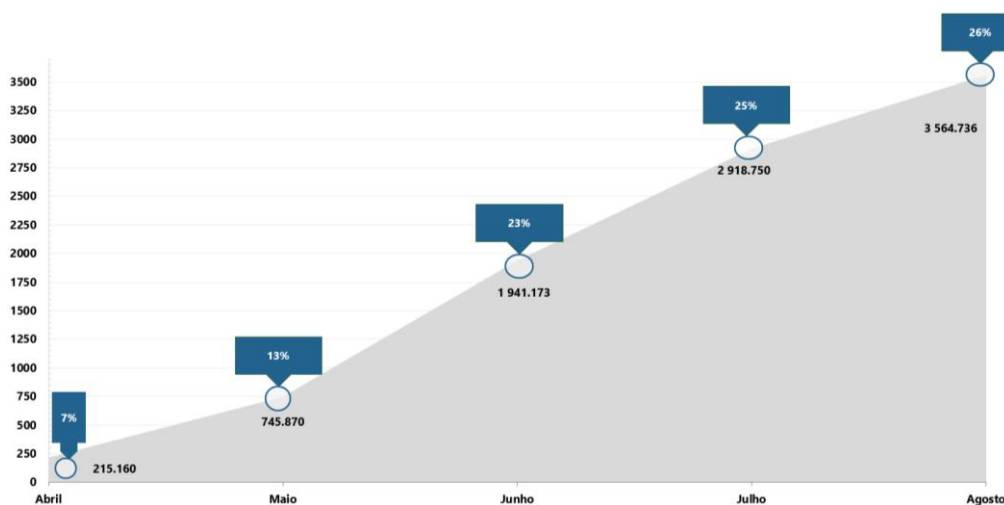
Localidade: Santarem
 Tipo de local: Casa do Composto
 Nome: Nelson
 Número de identificação: 123456789
 Data: 29/04/2021

[Voltar](#) [Avançar](#)

Importa salientar um ponto menos positivo que a plataforma apresentava: a impossibilidade de escolher a hora pretendida pelo cidadão – ou, pelo menos, um intervalo de horas –, que apenas podiam selecionar o local de vacinação e o dia pretendido, tomando conhecimento da hora que lhe tinha sido atribuída aquando da receção da *SMS*. Nos casos em que o cidadão confirmava o agendamento, era enviado um lembrete por *SMS* no dia anterior à vacinação; já nos casos de rejeição ou de falta de resposta era efetuado um contato telefónico por profissionais do SNS.

O portal de agendamento, que iniciou o seu funcionamento em 23 de abril de 2021, foi apresentando uma evolução positiva quanto ao grau de utilização, conforme denotado no *Gráfico 3*:

Gráfico 3 – Dados relativos à utilização do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 e peso (%) no volume global de vacinação realizada entre abril e agosto de 2021

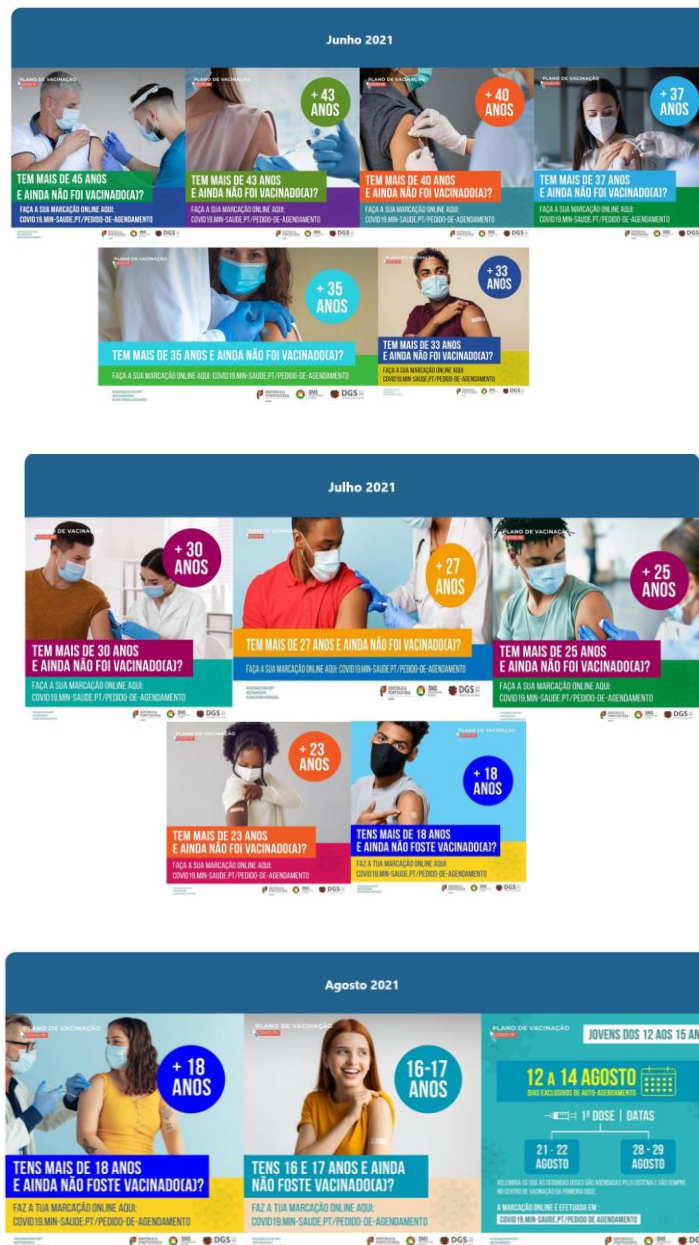


Fonte: elaboração própria com base em dados obtidos no endereço eletrónico da DGS e na Conferência Healthcare Excellence 2021

Importa esclarecer que, no respeitante às faixas etárias que estiveram disponíveis para o autoagendamento no período em análise, houve uma abrangência desde os jovens com 12 anos até aos mais de 65 anos. Entre abril e agosto de 2021, por idades, verificou-se a evolução na distribuição da disponibilidade de agendamentos para vacinação através da plataforma nos termos seguintes:

Figura 4 – Evolução por idades na distribuição da disponibilidade de agendamentos para vacinação através da plataforma, entre abril e agosto de 2021





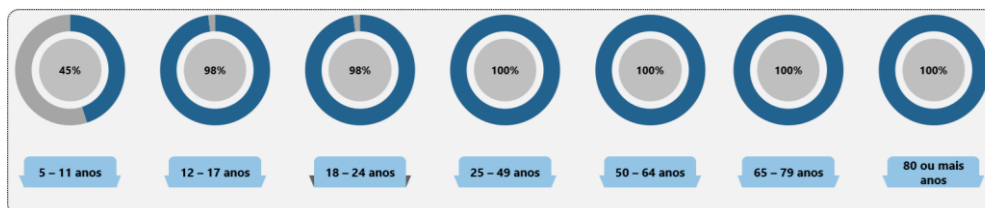
Fonte: elaboração própria com recurso ao endereço eletrónico da DGS

Tendo presente que, no período em análise, a vacinação foi realizada segundo o critério predominante do plano de vacinação em Portugal, a idade, seguido pelo portal, cruzando os dados do *Gráfico 3* e da *Figura 4*, é possível denotar um ritmo crescente de utilização do portal de agendamento online para a vacinação Covid-19 no volume global de vacinação realizado. Ou seja, passou de um peso de utilização de cerca de 7% em abril de 2021 para cerca de 26% em agosto de 2021. Constatamos da análise dos dados que a fase de arranque do autoagendamento começou para a faixa etária de mais de 65 anos e foi reduzindo a idade das faixas etárias contempladas até aos menores de idade, fator possivelmente explicativo para o aumento da utilização da

plataforma. Neste quadro, e tendo presente que a modalidade de Casa Aberta²⁸ iniciou atividade de forma alargada em agosto de 2021, não incluímos na nossa análise o período subsequente por poder enviesar a mesma.

Importa ainda acrescentar que, em 7 de novembro de 2022, a percentagem de pessoas em Portugal com esquema primário de vacinação Covid-19 completo, por faixas etárias, era a seguinte:

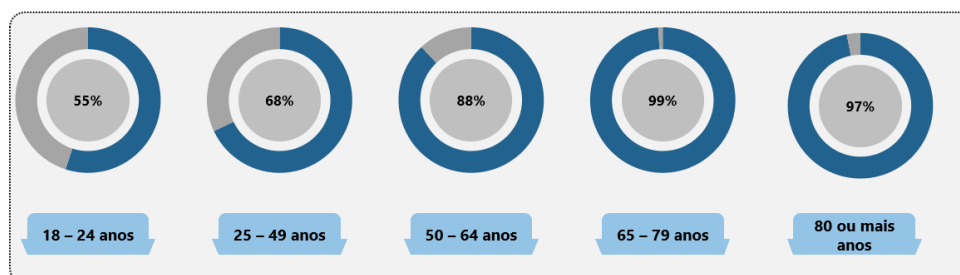
Figura 5 – Percentagem de vacinação Covid-19 com esquema primário completo, por faixas etárias, em Portugal, em 07.11.2022



Fonte: elaboração própria com base em dados contantes no endereço eletrónico da Direção-Geral da Saúde (2022)

Na mesma data, a percentagem de pessoas em Portugal com esquema primário completo e, pelo menos, uma vacina de reforço de vacinação Covid-19, por faixas etárias, era a seguinte:

Figura 6 – Percentagem de vacinação Covid-19 com esquema primário completo e, pelo menos, uma vacina de reforço, por faixas etárias, em Portugal, em 07.11.2022



Fonte: elaboração própria com base em dados contantes no endereço eletrónico da Direção-Geral da Saúde (2022)

No que concerne ao software de agendamento da vacinação para a Covid-19 em Espanha, contrariamente ao sistema adotado em Portugal, a disponibilização foi efetuada ao nível das comunidades autónomas e cidades, em concreto:

- Cidade de Ceuta – *CITA previa*;

²⁸ O modelo Casa Aberta foi possível num momento de maior disponibilidade de vacinas, a partir de 9 de agosto de 2021. Nesta modalidade foi "(...) necessário que o utente aceda ao portal criado para o efeito e tire uma senha no próprio dia em que pretende ser vacinado, obrigatoriamente para um centro de vacinação localizado no seu concelho de residência (...)" e o utente teria "(...) que verificar se o centro de vacinação pretendido tem o semáforo verde, consultando essa informação no portal da afluência (...)" (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

- Cidade de Melilla – Não existe um sistema de autoagendamento, pelo que o agendamento é realizado através de contato telefónico;
- Comunidade de Andaluzia – *Clicsalud +*;
- Comunidade de Aragão – *Cita de vacunación COVID da Saludinforma*;
- Comunidade das Astúrias – *CIGES – Cita Previa y Gestión de Colas*;
- Comunidade de Cantábria – *Servicio Cántabro de Salud (SCS)*;
- Comunidade de Castela e Leão – *Autocita de Sacyl*;
- Comunidade de Castela – Mancha – *Sescam*;
- Comunidade da Catalunha – *Salut Vacunació Covid-19*;
- Comunidade de Estremadura – *SES (Salud Extremadura)*;
- Comunidade da Galiza – *Cita Sergas*;
- Comunidade das Ilhas Baleares – *BITCita*;
- Comunidade das Ilhas Canárias – *Canariassevacuna*;
- Comunidade de Madrid – *Servicio Madrilenõ de Salud*;
- Comunidade de Múrcia – *MurciaSalud*;
- Comunidade de Navarra – *Carpeta Personal de Salud*;
- Comunidade do País Basco – *Cita para vacunación Covid-19 de Osakidetza*;
- Comunidade da Rioja – *AutoCita Covid de Rioja Salud*;
- Comunidade Valenciana – *GVA Coronavirus*.

Em Espanha, os portais utilizados apresentam diversas formas de organização, embora alinhados sobre o propósito geral de vacinar de forma ordenada de acordo com as faixas etárias. No entanto, verificámos que alguns sistemas aceitam o agendamento apenas para a faixa etária que se encontra em período de vacinação e outros, como são exemplo as Canárias, que aceitam em qualquer altura o agendamento do cidadão da referida comunidade, realizando posteriormente a ordenação dos indivíduos, conforme as faixas etárias forem sendo abertas para vacinação. O sistema de agendamento da vacinação Covid-19 em algumas comunidades foi desenvolvido via *web*, pelo *endereço eletrónico*, noutras através da aplicação de saúde existente e houve ainda um grupo de comunidades que disponibilizaram a opção de agendamento da vacinação pelas duas vias. Neste particular, destacamos o caso da comunidade de Navarra que disponibilizou o serviço de agendamento da vacinação Covid-19 através da “Carpeta Personal de Salud”, *software* que permite centralizar as questões de saúde da população e, inclusive, disponibiliza a opção de agendamento de consultas nos CSP e nos hospitais.

Para uma análise mais aprofundada, escolhemos o sistema utilizado em Madrid, desenvolvido pelo “*Servicio Madrileño de Salud – CONSEJERÍA DE SANIDAD*”, um sistema semelhante ao adotado em Portugal (2021).

O funcionamento do sistema de informação madrileño iniciou primeiramente como um projeto piloto, com apenas dois centros de vacinação, posteriormente alargado aos outros centros de vacinação. O sistema foi organizado através de faixas etárias, sendo a faixa dos 57 aos 67 anos a primeira escolhida. O sistema ficou acessível através de um *link* de acesso, em linha com o caso do portal português, mas, adicionalmente, foi disponibilizada na própria aplicação de saúde da região, a “*Tarjeta Sanitaria Virtual*” (Comunidad de Madrid, 2022).

O *layout* do formulário segue uma apresentação simples e disponibiliza um canal de saída do sistema através do contato telefónico disponibilizado. Adicionalmente, fornece duas apresentações diferentes, com um *layout* diferente no caso de ser um cidadão que não dispõe de número de Documento Nacional de Identidad (DNI) como é o caso dos cidadãos que nasceram depois de 2007, conforme verificado na *Figura 7*:

Figura 7 – Layout do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, na Comunidade de Madrid, Espanha

The image displays two versions of the Madrid COVID-19 vaccination portal's login page. Both pages are titled 'Welcome to the SARS-CoV-2 (COVID19) citation system' and include instructions in Spanish. The left page is for users with a CIPIA (Citizen Identification Number), featuring input fields for CIPIA, Birthday (dd/mm/yyyy), and DNI. The right page is for users with a DNI/NIE, featuring input fields for Birthday (dd/mm/yyyy) and Surname. Both pages have a 'Next' button and a checkbox for 'CONDITIONS OF USE AND PRIVACY POLICY OF CITATION AGAINST SARS-COV-2'.

O *software* disponibilizado pela Comunidade de Madrid de autoagendamento sofreu, no entanto, a determinada altura, um acesso indevido dos dados, que comprometeu a informação de vários cidadãos, permitindo aceder a nomes, moradas, idades, contatos telefónicos, DNI's e números de identificação de saúde (Villas Bôas & Neves, 2022), o que convoca a necessidade de os sistemas de informação que contenham dados pessoais terem uma capacidade de segurança acrescida.

Denotamos, portanto, que também em Espanha a vacinação Covid-19 foi desenvolvida através de sistemas de informação para o autoagendamento, embora disponibilizados através das comunidades autónomas, que efetuaram uma organização do processo de agendamento da vacinação, com as singularidades de cada região.

No Reino Unido, o sistema de informação utilizado para o autoagendamento da vacinação Covid-19 foi o “*National booking service*”, ferramenta disponibilizada pelo *National Health Service (NHS)*, com carácter nacional e ao serviço de todos os cidadãos que recorreram ao NHS para efeitos de vacinação, um processo semelhante ao realizado em Portugal.

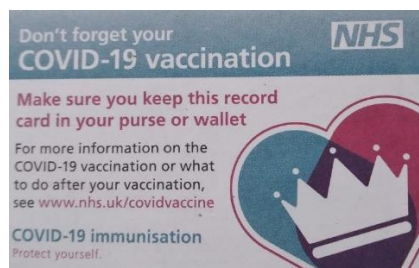
No contexto da vacinação no Reino Unido, recordamos que este país aprovou, em 30 de dezembro de 2020, a vacina da *AstraZeneca* em parceria com a Universidade de Oxford (Smout & Sandle, 2020). Neste sentido, a disponibilidade de vacinas neste país não constituiu um problema, mesmo antes do mecanismo do Covax²⁹ ter sido desenvolvido. O Reino Unido foi o primeiro país a iniciar a vacinação Covid-19, mais concretamente em 8 de dezembro de 2020, através da vacina *Pfizer/BioNTech*, com uma autorização para utilização de emergência. Aliás, esta tendência de liderança do sistema de saúde inglês em matéria de vacinação tem um histórico relevante, uma vez que foi “(...) o primeiro sistema de saúde do mundo a lançar vacinas para outras doenças mortais como tuberculose, sarampo, caxumba, rubéola e meningite C”. No quadro da Covid-19, foi ainda determinante a informação de que caso “(...) você tenha tomado a vacina, você não está imune (...)”, para apelar à continuidade das medidas de contenção da transmissão do vírus SARS-COV-2 (Hancock, 2020).

Numa primeira fase, a vacinação decorreu nos hospitais, sendo alargada, posteriormente, para os CSP e para os centros de vacinação, cobrindo a aplicação as diversas organizações e permitindo agendar em centros de saúde, centros de vacinação ou hospitais. O software segmentou a possibilidade de marcação do agendamento da vacinação através de faixas etárias e de outras condições de saúde que priorizassem a vacinação, como no caso das pessoas imunodeprimidas, conforme as diretrizes do NHS. O *software* permitiu, deste modo, realizar, além do agendamento da vacina, o

²⁹ “O Mecanismo de Acesso Global para Vacinas COVID-19 (COVAX) integra o Acelerador de Acesso às Ferramentas COVID-19, a ACT-A, que foi criada na Primavera de 2020 como uma colaboração global revolucionária – entre governos, cientistas, organizações da sociedade civil, filantropos e organizações de saúde – para acelerar o desenvolvimento, produção e acesso a testes de diagnóstico, tratamentos e vacinas contra COVID-19.” (UNICEF). Como considerou Berkley (2020), “(...) O COVAX é necessário porque sem ele existe um risco muito real de que a maioria das pessoas no mundo fique desprotegida contra o SARS-CoV-2, e isso permitiria que o vírus e seu impacto continuassem inabaláveis. A COVAX foi criada para maximizar nossas chances de desenvolver vacinas COVID-19 com sucesso e fabricá-las nas quantidades necessárias para acabar com esta crise e, ao fazer isso, garantir que a capacidade de pagamento não se torne uma barreira (...)”.

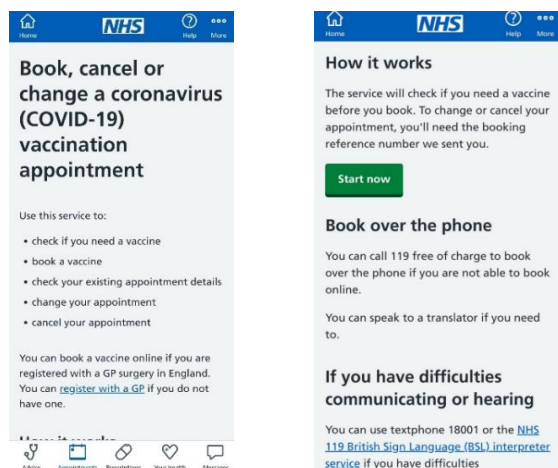
registo das diversas dosagens e datas de vacinação, pelo que serviu também de apoio ao registo centralizado dos níveis de vacinação efetuados. Adicionalmente, foi adotado pelos locais de vacinação formas de lembrança complementares, como o método tradicional dos cartões em papel:

Figura 8 – Cartão onde constam as vacinas Covid-19 dadas ao cidadão e onde, por trás, com o patrocínio do NHS, informa do endereço eletrónico onde é possível saber mais sobre as vacinas Covid-19 e sobre o que fazer depois da vacinação



O sistema permitiu aos cidadãos registarem o dia, hora e local pretendido para a vacinação, se estivessem contemplados na fase de vacinação em vigor:

Figura 9 – Layout do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, no Reino Unido



Nos casos em que o cidadão já tenha sido vacinado no número máximo previsto para vacinação, o software bloqueia automaticamente a possibilidade de agendar novamente a vacinação:

Figura 10 – Layout de mensagem que surge no portal de agendamento da vacina, no Reino Unido, quando o cidadão completou as doses de vacinação estabelecidas



Também no Reino Unido houve recurso à metodologia da *SMS* como forma de convocação, de lembrete e de alerta sobre a possibilidade de agendamento, sendo complementada, em casos específicos, pela chamada telefónica, como nos casos de falta de resposta à *SMS* de confirmação enviada após a realização do agendamento.

Figura 11 – Lembrete, via SMS, da possibilidade de o cidadão se vacinar, no reino Unido

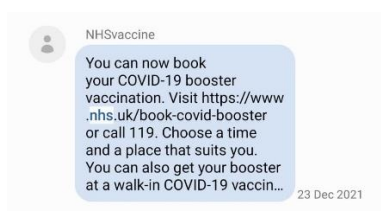
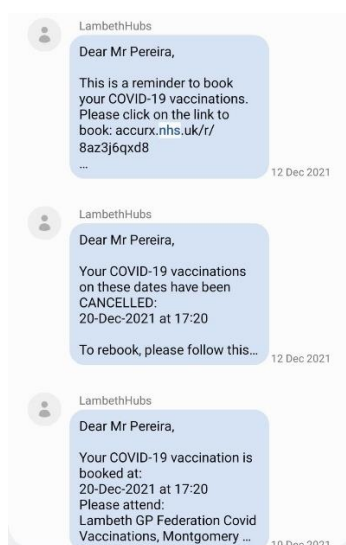


Figura 12 – Lembrete, via SMS, de agendamento, cancelamento e necessidade de remarcação da vacina Covid-19



O sistema de informação permite agendar a vacina para qualquer região do país, bastando para o efeito colocar na escolha do local o código postal da região em que se pretende vacinar, aparecendo, de seguida, todos os locais que possibilitam o agendamento para a data e horário pretendido.

Nos casos de dificuldade de acesso através do *software*, o agendamento pode ser efetuado através de um telefonema gratuito para o número 119, onde pode, inclusive, comunicar com um tradutor se tiver dificuldades na compreensão da língua inglesa. Os cidadãos com dificuldades de visão ou de fala podem agendar através de uma mensagem para o contato 18001 ou através do “*NHS 119 British Sign Language (BSL) interpreter service*”.

O Reino Unido disponibilizou, portanto, um sistema de informação muito semelhante ao português, quer em termos de capilaridade territorial quer nas formas de convocação adotadas, excetuando algumas particularidades. Relativamente às diferenças face ao sistema português, importa destacar que numa fase inicial da vacinação no Reino Unido foi possível o cidadão escolher a vacina que queria tomar e que a aplicação permitiu escolher o dia e a hora para se receber a vacina.

Em termos do *software* desenvolvido na Suécia para efeitos da vacinação Covid-19, à semelhança do caso português, foi efetuado um sistema central disponibilizado para todo o país, não obstante o facto de este país ser consideravelmente descentralizado e imbuído do conceito de “autogoverno local” (Montin, 2016).

Neste quadro, importa destacar que na Suécia o combate à pandemia da Covid-19 foi alicerçado numa conceção diferente, isto é, numa estratégia em que o país optou por uma resposta mais liberal, atribuindo uma maior responsabilidade aos próprios cidadãos e aos seus comportamentos individuais como fator chave da quebra das cadeias de transmissão do vírus. A estratégia baseou-se numa visão de que a Suécia é um país com uma sociedade de alta confiança e os cidadãos com grande probabilidade seguem as diretrizes das limitações dos comportamentos individuais (Petridou, 2020).

Neste quadro, as medidas adotadas como resposta da saúde pública da Suécia, apesar de mais ténues, tiveram o mesmo propósito geral de minimizar os efeitos da transmissão do vírus tanto quanto possível, fazendo uso de instrumentos como: a quarentena, o distanciamento físico, as rotinas de higiene, os equipamentos de proteção individual e a testagem massiva. Um dos exemplos da menor severidade das medidas consistiu no não encerramento das escolas primárias, em que “(...) a lógica por trás dessa decisão incluía que as crianças não foram consideradas impulsionadoras significativas da pandemia, que o fecho de escolas tem consequências negativas para

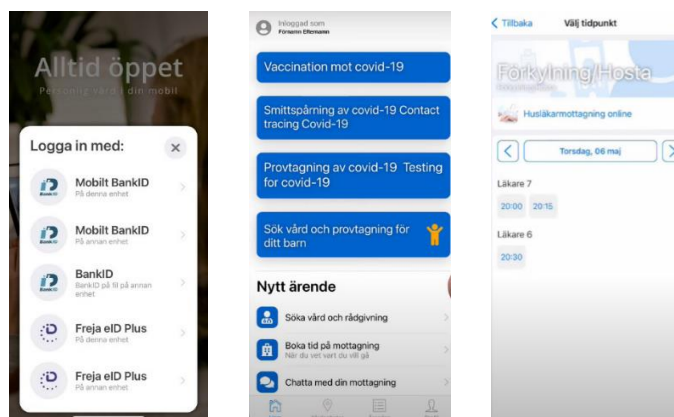
a saúde e que as crianças raramente ficam gravemente doentes com a Covid-19”. Adicionalmente “[a]lgumas críticas da resposta sueca ao COVID-19 (...) concentraram[-se] no nível de aplicação das medidas”, como é o caso do recurso aos confinamentos e, nesse aspeto, “[n]a Suécia, um bloqueio forçado formal ou ‘estado de emergência’ não é possível em tempos de paz dentro da Constituição” (Tegnell, 2021).

Em termos de vacinação e do processo de autoagendamento na Suécia, o processo foi realizado através de vários sistemas de informação, consoante a região do país, à semelhança do sucedido em Espanha. Escolhemos analisar com maior acuidade o sistema “*Alltid öppet*”, desenvolvido pela região de Estocolmo, e que significa, em português, sempre aberto, podendo ser utilizada tanto pelo sistema operativo IOS como Android. Este *software* agrega e disponibiliza várias operações aos utilizadores em termos de cuidados de saúde, sendo de acesso condicionado aos cidadãos que possuem um contacto telefónico, número de segurança social, um endereço e registo civil suecos, *BankID* ou *Freja e-id plus*. Nos casos de cidadãos sem estes itens, podem agendar a vacina, mas já não através da plataforma, necessitando de contactar a linha telefónica 1177 ou dirigir-se presencialmente a um centro de vacinação ou ao centro de saúde.

Este é precisamente um dos problemas evidenciados pela comunicação social sueca, nomeadamente, na forma como os estrangeiros, inclusive os estudantes, acedem ao agendamento nestas plataformas. Das principais críticas salientamos as indicações contraditórias (ex.: consultório médico local refere que não se pode inscrever sem o *personnummer* e indica o acesso ao portal de saúde online 1177 como modo de ultrapassar o requisito e essa plataforma informa que tem de resolver no consultório onde já tinha estado), as linhas telefónicas ocupadas e as poucas opções de idioma alternativas (The Local, 2021).

O *layout* do sistema “*Alltid öppet*” apresenta-se simples, claro – conforme *Figura 13* infra – e enquadrado na oferta global proporcionada pelo sistema de saúde da região de Estocolmo. Adicionalmente, a aplicação disponibiliza serviços de medicina dentária, em parceria com uma rede de clínicas dentárias privadas que se encontra distribuída em várias regiões do país, a “*Folktandvården*”.

Figura 13 – Layout do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, na Suécia



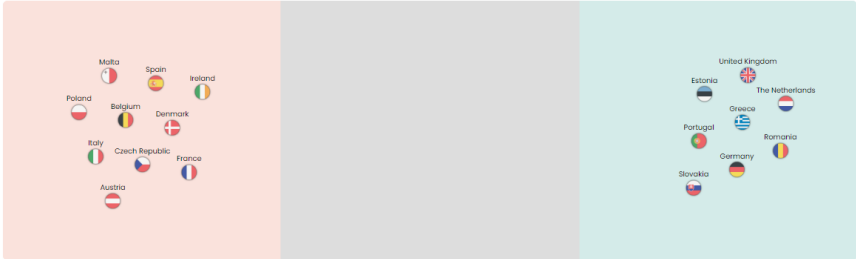
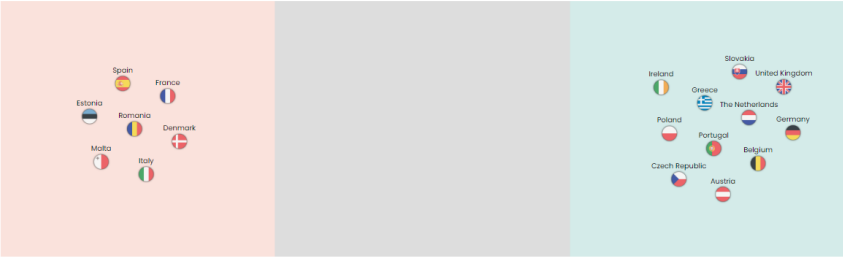
Verificamos, portanto, que, no caso sueco, em linha com o que ocorre em Espanha, existe uma descentralização e autonomia local mais acentuada, comparativamente ao contexto português – excetuando as ilhas –, pelo que a disponibilização do sistema de informação de autoagendamento foi diferente entre as regiões.

Consideramos que a centralização do processo de autoagendamento no mesmo sistema de informação facilita, por um lado, a análise dos dados referentes aos processos de vacinação nos países, e, por outro, o acesso à vacinação a cidadãos deslocados da sua região. Ademais, permite agilizar nas mudanças que se afigurem necessárias nos cenários de maior incerteza como ocorreu na pandemia. A título de exemplo, referimos o caso dos cidadãos deslocados das suas áreas de residência e que nos cenários em que existem diversas aplicações de agendamento no mesmo país, dificulta a marcação, mesmo que se encontrem deslocados no mesmo país. Em Espanha essa dificuldade foi notada no período de férias de verão, com regiões a terem respostas diferentes para o mesmo problema. A título de exemplo, nas Astúrias foram disponibilizados dois horários diferentes e se o cidadão faltasse a ambos voltaria ao final da fila de espera pela vacina; já na comunidade Valenciana, se o cidadão não comparecesse na hora agendada, voltava imediatamente para o final da fila de espera, não havendo um segundo horário (González, 2021).

Da análise das várias plataformas em apreço, resulta a premência de trabalharem as mesmas para poderem ser acedidas por pessoas invisuais. Adicionalmente, também resulta a necessidade de incrementos quanto ao acesso de imigrantes que não se encontrem registados no sistema de saúde ou daqueles que não entendem a língua dos países em que se encontrem.

A este propósito, importa convocar o projeto do *Lighthouse Reports*³⁰, de onde resulta o *scorecard* da prestação dos cuidados de saúde em matéria de acesso, transparência e privacidade dos dados de vários estados, incluindo Espanha, Portugal e Reino Unido³¹:

Tabela 1 – Scorecard de alguns estados europeus relativos à prestação dos cuidados de saúde em matéria de acesso, transparência e privacidade dos dados

Requisitos	Pontuação dos estados		
Política de Transparência	 Opaco Confuso Transparente		
Acesso a pessoas não documentadas	 Porta fechada Confuso Aberto e Acessível		
Requisitos de identificação e residência	 Opaco Confuso Transparente		

³⁰ O projeto, da autoria da Lighthouse Reports – redação investigativa sem fins lucrativos que trabalha com os principais meios de comunicação da Europa –, consistiu na elaboração de uma pesquisa para capturar a realidade política das estratégias dos países europeus para vacinar pessoas sem documentos, em concreto, se o referido grupo de pessoas está incluído na linguagem das políticas de vacinação escrita e oral, se podem aceder à vacinação sem um documento de identidade e se o acesso é equitativo face aos residentes regulares (quanto à forma, ao tipo e escolha de vacina, aos custos e à priorização).

³¹ A Suécia não consta no projeto.



Fonte: elaboração própria com base em dados constantes no Lighthouse Reports (2021).

Neste quadro, baseado nos dados do *scorecard* recolhidos entre novembro de 2020 e julho de 2021, a par das estatísticas relativas ao coronavírus até novembro de 2021, verificamos globalmente que Portugal e o Reino Unido são avaliados como estados “abertos e acessíveis”, contrariamente Espanha encontra-se enquadrada no leque dos estados avaliados como “confusos”. Complementarmente, com base no relatório em apreço, resulta que em matéria de investimento per capita Portugal e Espanha estão abaixo do valor da média (2913 €) dos estados analisados pelo *scorecard*. Já em termos de óbitos, devido à Covid-19, Portugal (179 óbitos por cada 100.000 pessoas), Espanha (187 óbitos por cada 100.000 pessoas) e Reino Unido (209 óbitos por cada 100.000 pessoas) estão piores que a média de mortes registadas nos 171 estados do *scorecard*.

1.2.4 – Inovação aberta e as possibilidades de melhoria no campo da saúde

O conceito de inovação aberta (*open innovation*) surgiu, inicialmente, em 2003, nos EUA, e pode ser entendida como a utilização de entradas e saídas intencionais de conhecimento para acelerar a inovação interna e expandir os mercados para utilização externa de inovação, respetivamente. A inovação aberta constitui, portanto, um paradigma que assume que as empresas podem e devem utilizar ideias externas, bem como ideias internas e caminhos internos e externos para o mercado, à medida que procuram avançar na sua tecnologia. Nesta abordagem, a I&D é considerada um processo aberto (Chesbrough, 2003, p. 43; Chesbrough, 2006, p. 2).

Na inovação aberta, o conhecimento flui e recombina-se ao longo do processo de inovação da empresa, onde se incluem as ligações com entidades externas, como os fornecedores e clientes/utilizadores), mas, igualmente, entre empresas através, por exemplo, das relações que se estabelecem entre trabalhadores e dos efeitos da mobilidade do trabalho (saída/entrada de trabalhadores da empresa) (Simard & West, 2006).

Em suma, a inovação aberta promove a colaboração com *stakeholders* externos ao longo do processo de inovação. Contudo, importa ter presente que, no contexto da saúde, a introdução de inovações é um processo particularmente difícil e complexo devido ao aumento de custos, longos ciclos de desenvolvimento de produtos, excesso de regulamentação, inércia estrutural das organizações de saúde, peculiaridade dos mercados de saúde, falta de recursos financeiros para implementar inovações e riscos associados com eles (Suojanen, Heemskerk, & Serafini, 2011). Apesar das dificuldades, a inovação aberta pode promover maior eficácia, acessibilidade e inovação no setor da saúde (Dal Molin, 2011).

Em 2020, tendo presente o âmbito da Covid-19, Chesbrough (2020) convocou, com maior acuidade, o conceito de inovação aberta no campo da saúde, considerando que

“[a] abertura mobiliza saberes dos mais diversos lugares, fazendo avançar a nossa aprendizagem e acelerar o nosso avanço contra a doença. (...) A inovação é, muitas vezes, analisada em termos de custos, e a questão de «fazer ou comprar», geralmente, depende de qual a abordagem que custa menos. Mas numa pandemia o tempo é tão valioso e essencial que a questão dos custos é muito menos importante do que a capacidade de chegar a uma solução mais cedo. (...) A inovação aberta pode ajudar a acelerar as coisas”.

Chesbrough (2020) considera que, no contexto da pandemia, as duas direções principais no fluxo de conhecimento, de fora para dentro e de dentro para fora, podem ser configuradas do seguinte modo,

“[p]ara fluxos de conhecimento de fora para dentro (...), [n]a crise do Covid-19, a política do Escritório de Ciência e Tecnologia da Casa Branca publicou todas as pesquisas relevantes sobre a Covid-19 e o vírus SARS-CoV2 subjacente, de modo a incentivar os colaboradores a trabalhar em soluções. (...) A NASA lançou um desafio de Inovação Aberta ao público e recebeu milhares de sugestões de indivíduos sobre maneiras de lidar com os perigos no espaço. (...) Na Covid-19 estamos a ver crowdsourcing semelhante para terapias para o controlo da doença, além de maneiras de projetar e fabricar máscaras, desinfetantes para as mãos e até mesmo modificar um ventilador para atender dois pacientes por sua vez. Para fluxos de conhecimento de dentro para fora (...), [n]a pandemia de Covid-19, a Medtronic abriu o seu projeto de ventilador para qualquer um, publicou os seus desenhos de projeto interno para o ventilador e renunciou aos seus direitos de propriedade intelectual sobre o projeto. (...) muitas empresas estão a converter parte dos seus processos de fabrico para produzir suprimentos escassos, como desinfetante para as mãos”.

Como conclui Chesbrough (2020), “[a] saúde pública global simplesmente funciona melhor – e mais rápido – quando nos abrimos”.

Capítulo II – Metodologia

Neste capítulo enquadrador da parte empírica do nosso trabalho, apresentamos o modo como a investigação foi concebida e programada, ajustando a estrutura conceptual e as opções metodológicas ao contexto específico em análise.

Começamos por fazer uma contextualização mais geral, após o que procedemos à justificação das técnicas e instrumentos de investigação, à caracterização dos sujeitos participantes, bem como do dispositivo e dos procedimentos adotados, articulando, assim, a dimensão estratégica e o *design* da investigação.

A estruturação do capítulo desenvolve-se em torno de três tópicos, questões centrais e objetivos, instrumentos de recolha de dados e tratamento e análise de dados. No primeiro tópico, fundamentamos a nossa opção pela realização de uma investigação qualitativa, onde incluiremos as questões centrais que nos propusemos analisar, bem como os objetivos que pretendemos atingir, com a presente investigação. No segundo, apresentamos os instrumentos de recolha de dados privilegiados, nomeadamente a análise documental, a entrevista semiestruturada e as notas de campo. Finalmente, no terceiro tópico, no âmbito do tratamento e análise de dados, apresentamos as técnicas utilizadas, em particular a análise de conteúdo.

2.1 – Questões centrais e objetivos

Partimos para esta investigação imbuídos do propósito de fazer uma análise qualitativa intensiva. O paradigma qualitativo, igualmente designado hermenêutico, naturalista ou construtivista (Coutinho, 2011), tem uma orientação humanístico-interpretativa e pode ainda englobar, entre outras, abordagens fenomenológicas, etnometodológicas ou próprias do interacionismo simbólico (Bogdan & Biklen, 1994; Arnal, Rincón, & Latorre, 1994; Afonso, 2014; Morgado, 2016).

Como esclarece Afonso (2014, pp. 18-19), *“a investigação qualitativa preocupa-se com a recolha de informação fiável e sistemática sobre aspetos específicos da realidade social, usando procedimentos empíricos com o intuito de gerar e interrelacionar conceitos que permitam interpretar essa realidade”*, não podendo ser já perspectivada como um conjunto de metodologias alternativas ou marginais. O método qualitativo pretende estudar as intenções e situações configuradas nas ideias – razão pela qual se baseia no método indutivo³² (Coutinho, 2011, p. 26) –, na descoberta de

³² Não deixaremos, apesar disso, de ter presente a articulação entre o método indutivo e o dedutivo, considerando o quadro teórico que sustenta a compreensão da realidade que pretendemos estudar.

significados e nas interações sociais, partindo da perspetiva dos implicados, descrevendo os fenómenos por palavras em vez de números ou medidas e não tendo a preocupação de estudar os comportamentos (Wiersma, 1995; Coutinho, 2011). Partimos, assim, do pressuposto de que esta abordagem se ajusta melhor ao estudo que nos propomos desenvolver, fazer uma análise detalhada e interpretativa de um contexto que engloba os cuidados de saúde e os sistemas de informação, partindo da experiência do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, quer numa perspetiva diacrónica quer sincrónica, com vista à melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

No desenvolvimento desta nossa investigação estabelecemos como referência da análise as seguintes questões de investigação:

1. Qual o papel que os sistemas de informação podem ter para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde?

2. Pode a experiência do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 contribuir para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde?

No sentido de clarificarmos as questões apresentadas e de orientarmos a nossa investigação, delineámos um percurso investigativo assente em três objetivos enquadradores:

a) Caracterizar os mecanismos de monitorização do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 e os seus efeitos;

b) Avaliar os resultados da iniciativa do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19;

c) Estudar a possibilidade de replicar o portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 em outras áreas de resposta dos cuidados de saúde (ex.: consultas hospitalares, primeiras consultas, rastreios).

2.2 – Instrumentos de recolha de dados

2.2.1 – A entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada, igualmente designada por semidiretiva ou semidirigida, foi por nós selecionada como o instrumento nuclear de recolha de dados, considerando a sua natureza qualitativa e a possibilidade de introduzir ajustamentos necessários ao longo da conversa, tendo presente as referências teórico-metodológicas e as experiências dos entrevistados (Amado, 2014). Adicionalmente, permite-nos

chegar a realidades múltiplas, tendo por base as diferentes visões dos participantes, configuradas em descrições e interpretações singulares (Stake, 2016). Enquanto método que permite a interação humana, a entrevista semiestruturada consiste numa

“verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas perceções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências”, permitindo ao entrevistado “falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier”, dispondo, no entanto, “de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado” e de poder ser reencaminhada pelo investigador “para os objetivos cada vez que o entrevistado deles se afastar” (Quivy & Van Campanhoudt, 1998, pp. 191-193).

Tivemos presente o facto de a entrevista semiestruturada ser especialmente adequada para: (i) a análise do sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se veem confrontados, de acordo com os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações, a leitura que fazem das suas próprias experiências; (ii) a análise de um problema específico, como sejam os pontos de vista presentes, o sistema de relações, o funcionamento de uma organização; (iii) a reconstituição do processo de ação, como sejam experiências ou acontecimentos do passado (Quivy & Van Campanhoudt, 1998, p. 193).

Para conduzir as entrevistas, partimos de um guião comum (Anexo 2), previamente estruturado e enquadrado na estratégia da investigação, considerando o quadro teórico metodológico de referência, as questões centrais e os objetivos da investigação organizados em blocos temáticos. O guião foi, deste modo, utilizado como *“instrumento de gestão da entrevista”* (Afonso, 2014), obtendo a descrição dos acontecimentos, a relação entre os factos e uma explicação das dinâmicas desenvolvidas (Stake, 2016, p. 82), seguindo uma relação de “escuta ativa e metódica” (Amado, 2014, p. 212), no sentido de chegar ao pensamento dos entrevistados sobre as suas representações acerca do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 e da possibilidade de alargar este tipo de interação a outros processos de atendimento no setor da saúde. Assim, na esteira de Caria (2003, p. 10), procurámos *“conjuguar e fazer coexistir a linguagem da experiência, de estar a pensar no trabalho de campo, com a linguagem da teoria, que permite objetivar e racionalizar o que ocorreu”*.

A escolha das pessoas a entrevistar teve em consideração o papel desempenhado pelo poder local durante a pandemia, em concreto as Juntas de Freguesia – que apresentam um perfil de maior proximidade às populações –, designadamente ao nível de preparação das infraestruturas e de apoio às populações para mitigar os problemas de ausência de acesso de internet, de isolamento e de infoexclusão no que respeita à

utilização das tecnologias de informação. Neste quadro, e porque pretendíamos alcançar ‘testemunhas privilegiadas’, *“pessoas que pela sua posição, ação ou responsabilidades têm um bom conhecimento do problema”* a investigar (Quivy & Van Campanhoudt, 1998, p. 71), determinámos entrevistar presidentes de Junta de Freguesia. Ou seja, como salientou Amado (2014, p. 214), trata-se de *“pessoas que pela sua experiência de vida quotidiana, pelas suas responsabilidades, estatuto, etc., estejam envolvidas ou em contacto muito próximo com o problema que se quer estudar”*.

Para a realização das entrevistas, que decorreram entre 6 de julho e 21 de outubro de 2022, escolhemos uma amostra³³ significativa de presidentes de Junta de Freguesia, que tivessem experiência autárquica de vários mandatos e com representação geográfica relevante no quadro da AML, considerando os ‘stakeholders’ mais importantes. A tabela que se apresenta, de seguida, sistematiza o conjunto dos elementos relativos às entrevistas realizadas.

Tabela 2. Elementos relativos às entrevistas, por ordem cronológica de realização

Entrevistados	Dia	Duração	Observações
Presidente da Junta de Freguesia da Costa de Caparica (P1)	06.07.2022	50 min	Entrevista realizada pela via online
Presidente da Junta de Freguesia de Laranjeiro e Feijó (P2)	19.07.2022	50 min	Entrevista realizada pela via online
Presidente da Junta de Freguesia de Montijo e Afonsoeiro (P3), com a presença da vogal responsável pelo pelouro da saúde	26.07.2022	50 min	Entrevista realizada pela via online
Presidente da Junta de Freguesia de Alcântara (P4), representado pela sua adjunta	28.07.2022	50 min	Entrevista realizada pela via online
Presidente da Junta de Freguesia de Campo de Ourique (P5)	08.08.2022	50 min	Entrevista realizada pela via online
Presidente da Junta de Freguesia de Pegões (P6)	07.09.2022	50 min	Entrevista realizada pela via online

³³ Entendida como um grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar a população inteira de onde provêm (Coutinho, 2011).

Presidente da Junta de Freguesia de Massamá e Monte Abraão (P7)	14.10.2022	50 min	Entrevista realizada pela via online O presidente de junta proporcionou os contactos para a realização de entrevistas a outros participantes
Presidente da Junta de Freguesia de Aqualva e Mira Sintra (P8)	21.10.2022	50 min	Entrevista realizada pela via online
Total de entrevistados	8		

Fonte: elaboração própria

Na condução das entrevistas, procurámos estabelecer e garantir uma relação de confiança, empatia e segurança com o entrevistado, e explicar o objetivo da pesquisa, individual, de grupo, organizacional e em relação à informação recolhida, seguindo as referências de Afonso (2014).

Tendo presente diversos autores, nomeadamente Yin (2009) e Besio e Pronzini (2010), recorremos, igualmente, a outras fontes complementares de evidências, optando pela pesquisa arquivística ou documental e realização de notas de campo, uma vez que a triangulação dos dados permite abordar uma variação maior de aspetos históricos e comportamentais e, sobretudo, admite o “*desenvolvimento de linhas convergentes de investigação*”, ajudando a reforçar a “*validade do constructo*” realizado para o nosso estudo, proporcionando várias avaliações do mesmo fenómeno e realçando “*os laços entre a teoria, a investigação e a prática, dado que [a triangulação] (...) consiste em examinar as questões nos diversos contextos e através de múltiplas conceptualizações*” (Yin, 2009, pp. 124-125; Fortin, 2009, p. 325).

2.2.2 – Análise documental

Este tipo de técnica de pesquisa pode ser definido como “*uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência*”. Neste quadro, enquanto tratamento da informação contida nos documentos anteriormente elaborados, “*a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação*” (Afonso, 2014, p. 93), facilitando, como refere Bardin (1977, pp. 45-46), o acesso ao observador do “*máximo de informação (aspeto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspeto qualitativo)*”, podendo ser distinguidos por documentos oficiais, documentos públicos e documentos privados.

No caso da presente investigação, considerámos os documentos oficiais publicitados no Diário da República e nas Páginas do SNS e da DGS.

2.2.3 – Notas de campo

As notas de campo são consideradas “*um dos dados mais importantes da pesquisa qualitativa*” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 149) e incluem-se no conjunto de técnicas de recolha de dados que Afonso (2014) designa por observação, debruçando-se sobre aspetos descritivos ou reflexivos, prementes na fase de análise e interpretação dos dados.

No caso particular da nossa investigação, procurámos ter presente que as notas de campo podem resultar das entrevistas, das observações ou da análise de documentos (Yin, 2015, p. 128) e constituem “o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 150). Neste quadro, procurámos uma abordagem *objetiva e concreta*, nos termos recomendados por Bogdan e Biklen (1994, p. 115) e Afonso (2014, pp. 100-101).

No caso concreto da nossa pesquisa, as notas de campo decorreram no Centro Hospitalar de Setúbal, durante o estágio de exercício profissional do L Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-UNL), sustentadas por conversas mantidas com profissionais de saúde, em concreto os administradores hospitalares AH1, AH2 e AH3, a par da técnica superior TS1. Mas, igualmente, na SPMS, sustidas por conversas mantidas com o Doutor Pedro Sá Moreira, à data Diretor de Planeamento e Desenvolvimento Organizacional na SPMS. Adicionalmente, as notas de campo decorreram, ainda, numa aula aberta que decorreu na ENSP, que contou com a presença do Almirante Gouveia e Melo enquanto orador, atual Chefe do Estado-Maior da Armada e que, à data, tinha cessado, recentemente, as funções de coordenador da *Task Force* para a Vacinação contra a Covid-19.

A estrutura das notas de campo assenta num cabeçalho que indica a data, a hora, o local e a pessoa contactada, numa parte descritiva da situação observada e do diálogo mantido e de um conjunto de comentários reflexivos do observador, seguindo como referências Bogdan e Biklen (1994), Afonso (2014) e Yin (2015).

2.3 – Tratamento e análise de dados

As referências convocadas para a nossa pesquisa tendem a centrar esta fase da investigação em três níveis de abordagem, (i) a descrição, (ii) a análise e (iii) a interpretação/agregação (Bardin L. , 1995; Quivy & Van Campanhoudt, 1998; Afonso, 2014). Neste processo de trabalho socorremo-nos da técnica de análise de conteúdo, que *“toma em consideração as significações”* e, *“eventualmente, a sua forma e a distribuição destes conteúdos e formas”*, procurando *“conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”* (Bardin, 1995, pp. 43-44).

Capítulo III – Análise dos dados

Como referido em momento anterior, o nosso corpus documental assentou, fundamentalmente, em entrevistas realizadas a diferentes protagonistas que constituíram a base fundamental da abordagem empírica do nosso trabalho. Complementarmente, servimo-nos de alguns documentos oficiais e de notas de campo que fomos elaborando nos contatos mantidos com diferentes ‘stakeholders’, no contexto do CEAH, designadamente no estágio de exercício profissional desenvolvido no Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) e de uma aula aberta, que decorreu em 12.07.2023, na qual tivemos oportunidade de questionar aquele que foi, no período mais desafiante, o coordenador da *Task Force* do Plano de vacinação contra a COVID-19 em Portugal, o Almirante Henrique Gouveia e Melo, atual, e em contexto laboral, enquanto técnico superior da SPMS.

No presente capítulo, começamos, portanto, por apresentar os resultados obtidos através da análise documental, a par da análise às notas de campo que obtivemos.

Finalmente, procederemos à análise das entrevistas a presidentes de juntas de freguesia da AML.

3.1 – Análise documental e notas de campo

Ao nível documental, foram por nós analisados documentos oficiais do Presidente da República, do Governo e de organizações do SNS, publicitados no Diário da República e em páginas do SNS e da DGS, o que nos permitiu articular áreas da gestão em saúde, dos sistemas de informação e da saúde pública.

Neste contexto, foram por nós analisados com acuidade documentos legais que permitiram elencar e compreender a resposta estatal ao Covid-19, designadamente em termos de apoio às famílias e às empresas no contexto da pandemia, bem como as diretrizes e recomendações efetuadas para procurar organizar a sociedade e o sistema de saúde, na tentativa de conter as cadeias de transmissão da Covid-19 e procurar garantir a resposta na prestação dos cuidados de saúde necessários.

Em complemento à análise documental e às entrevistas, as notas de campo foram outro instrumento utilizado para a recolha de informações no decurso do nosso trabalho de investigação, tendo reduzido a escrito o que nos era dado a observar e a ouvir.

Neste quadro, o Almirante Gouveia e Melo, quando questionado sobre a sua perceção do contributo da plataforma de agendamento da vacinação para a Covid-19, salientou que

“[o] processo eletrónico de agendamento, o autoagendamento, foi uma excelente solução que contribuiu imenso para o processo de agendamento. No entanto, o processo teve dificuldades, fazia muitas vezes os agendamentos por postos, portanto os algoritmos que foram feitos, foram feitos naquele momento sem capacidade para os melhorar muito rapidamente e, portanto, nós sofremos bastante com os processos de agendamento eletrónico, mas não tivemos outra solução senão sobreviver com os sistemas que tínhamos, que nos deram, e eles foram relevantes. Ou seja, sem esses processos, o processo de vacinação tinha sido muito, muito mais lento. Portanto, apesar de todas as dificuldades, eu considero que o processo foi um sucesso”.

No mesmo diapasão, o responsável da SPMS pelo desenvolvimento da plataforma, Doutor Pedro Sá Moreira, destacou que *“(...) o portal iniciou a 23 de abril de 2021 para uma população de mais de 65 anos e foi ao longo do tempo sendo aberto para as outras faixas etárias (...)”,* tendo acrescentado que a *“(...) ferramenta funcionou em Portugal Continental (...)”* com uma abrangência de *“(...) mais de 300 pontos de vacinação (...)”*. No seu entender, o sistema de envio da SMS ao utente que efetuou o agendamento funcionou, tendo sido salvaguardada a *“(...) continuidade da comunicação, pois nos casos em que o cidadão não respondia ou que respondia não, o SNS24 podia entrar em contato (...)”*. Adicionalmente, o mesmo responsável considerou o importante papel de interligação entre as entidades do sistema de saúde e do próprio *“(...) poder local que disponibilizou recursos para ajudar os cidadãos, em particular os de mais idade a lidar com a plataforma (...)”,* tendo ainda ajudado *“(...) muitas vezes nas deslocações (...)”,* como fator determinante do sucesso do projeto.

Em termos do acesso proporcionado aos cidadãos, o Doutor Pedro Sá Moreira evidenciou o facto de *“(...) o portal conceder liberdade para o cidadão poder escolher onde quer ser vacinado (...)”* e pelos dados se verificou que existiram mesmo *“(...) cidadãos que foram vacinados muito longe da região que previsivelmente se esperaria que fossem vacinados (...)”*. Estatisticamente, cerca de *“(...) 80% das respostas às SMS foi de sim à primeira proposta de agendamento (...)”*.

Adicionalmente, apesar de ter verificado *“(...) uma maior utilização do portal na faixa etária abaixo dos 50 anos (...)”,* considerou interessante a capilaridade em que muitas vezes as pessoas com mais de 65 anos *“(...) iam às Juntas de Freguesias, às Câmaras Municipais, às Lojas do Cidadão ou aos Espaços de Cidadão para terem apoio nos agendamentos (...)”*.

Por fim, o mesmo protagonista destacou *“a importância deste tipo de ferramentas digitais simples e apoiadas em mecanismos de comunicação ativos e próximos do cidadão consoante as suas faixas etárias e características (...)”,* a par da capacidade

“(...) relativamente ágil para a replicabilidade da implementação deste género de plataforma em outros contextos se, naturalmente, os dados relativos às matrizes de disponibilidades forem partilhados e seguidos pelas entidades (...)”.

Também no CHS, onde desenvolvemos o nosso estágio no âmbito do CEAH, fomos recolhendo notas de campo com profissionais com responsabilidades de gestão no quadro da administração. Neste contexto, os profissionais com quem fomos conversando consideraram viável a possibilidade de a plataforma do agendamento online da vacinação Covid-19 ser replicada em contexto hospitalar. A título de exemplo, AH1 referiu-nos que *“(...) vejo como uma boa oportunidade a introdução de uma plataforma semelhante em meio hospitalar, em termos das primeiras consultas hospitalares, pese embora considerar pertinente começar de forma gradual e em serviços com menor lista de espera e dou como exemplo a Medicina Interna (...)”.*

A este propósito, AH2 evidenciou uma vicissitude em termos da referenciação, concretamente o facto de *“(...) a referenciação proveniente dos cuidados de saúde primários é muitas vezes deficitária e os utentes podem receber tratamentos nesse nível de cuidados, então os pedidos realizados ao hospital são filtrados e barrados pelos médicos triadores (...)”.* Neste sentido, *“(...) uma ferramenta como esta plataforma utilizada entre os profissionais pode ser relevante para uniformizar e sistematizar os critérios (...)”.*

No quadro da referenciação dos CSP, TS1 salientou que *“(...) a responsabilização é essencial (...)”.* Adicionalmente, no contexto das consultas hospitalares foi destacado por AH3 que *“(...) não há incentivos adequados para os médicos em termos da realização de consultas como existe nas cirurgias (...)”* e que *“(...) pagamos baixo no adicional (...)”.* Foi ainda ressaltado pelos profissionais que, por vezes, *“(...) a melhoria da acessibilidade pode levar a piores cuidados (...)”.*

Das opiniões transcritas, resulta a necessidade de convocar os sistemas de informação para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e, em concreto, a viabilidade de a plataforma do autoagendamento para a vacinação contra a Covid-19 ser replicada em contexto hospitalar, reflexões que convocaremos, novamente, em momento posterior do nosso trabalho.

3.2 – Análise das entrevistas

Assentando o nosso *corpus* documental, fundamentalmente, em entrevistas, como referimos supra, centrámos a nossa atenção na análise das entrevistas, em articulação

com os dados das notas de campo, como já evidenciámos em momento anterior da nossa investigação.

Do total de entrevistas realizadas (8), todas foram gravadas e depois transcritas.

O processo de análise das entrevistas decorreu, numa fase prévia, no processo da transcrição/organização de cada uma delas, após o que passámos a uma fase de leituras sucessivas, documento a documento, através das quais fomos dando conta de subconjuntos de áreas temáticas, em linha com Amado (2014).

Deste processo emergiram algumas categorias e subcategorias prévias, em articulação com as dimensões teóricas orientadoras das questões colocadas no guião das entrevistas, bem como a grelha de análise definida no âmbito da construção do quadro teórico. Numa segunda fase, recorrendo à proposta metodológica de Guerra (2006), reanalísámos as entrevistas distinguindo dois tipos de análise, uma *temática*, mais descritiva, e outra *problemática*, mais interpretativa, aprimorando as categorias e subcategorias inicialmente construídas. Prosseguindo o processo, e tendo presente a perspetiva de Strauss e Corbin (2008), seguimos uma codificação aberta, mas tendo presente os quadros teóricos inicialmente concebidos e a nossa própria experiência para estruturar a codificação. Procedemos depois à atribuição de códigos, organizando as categorias por letras maiúsculas e as subcategorias por letras minúsculas no sentido de facilitar um processo de análise *linha a linha* de cada uma das entrevistas, recorrendo a ferramentas do programa *Office 365*.

O resultado a que chegámos ficou expresso na matriz de categorização representada no *Anexo 1* e que foi utilizada para a análise das entrevistas e das notas de campo.

Vamos, de seguida, apresentar os dados resultantes das entrevistas semiestruturadas efetuadas aos elementos que constituem a nossa amostra, presidentes de junta de freguesia da AML.

3.2.1 Trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde no combate à pandemia

3.2.1.1. Os constrangimentos na ação

No que respeita ao trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde no combate à pandemia, os Presidentes da Junta P7 e P8 consideram que o “*arranque foi atribulado*” (P7Aa.1a.1.1; P8Aa.1a1.1). No entanto, P3, apesar de concordar com as dificuldades iniciais, entende que “(...) *a meio da pandemia a resposta começou a ser mais*

atempada” (P3Aa.1a.1.1). Para P8, para além dos problemas verificados no início do combate à pandemia Covid-19, acrescenta que parte da justificação da dificuldade de gestão da crise sanitária se deveu à “[n]avegação à vista em que muitas vezes as decisões dos técnicos de saúde pública foram contraditórias e consequentemente das políticas públicas determinadas” (P8Aa.1 a.1.2), o que, no seu entender, conduziu à instabilidade na decisão política com “[m]edidas anunciadas e depois alteradas” (P8Aa.1 a.1.2). P8 salienta ainda o facto de a resposta do Ministério da Saúde ter sido dificultada pela falta de capacidade de resposta dos CSP, em face de a *“falta de profissionais de saúde e a falta de médicos é crónica”*, a que acrescem os problemas da *“(…) gestão das consultas”* (P8Aa.1 a.1.3).

A dificuldade de resposta dos CSP é também salientada por P1 e P3, denotando P1 que tal deveu-se à *“(…) falta de condições físicas e humanas”*, o que origina a *“(…) pressão naquilo que é a última linha da saúde que são os hospitais”* (P1Aa.1 a.1.3). Para P3, a falta de resposta foi sobretudo sentida nos *“(…) temas não Covid-19”* (P3Aa.1 a.1.3). O mesmo Presidente de Junta salienta, igualmente, que o *“défice na capacidade de resposta para os restantes doentes”* leva a uma falta de foco na resposta às patologias diferentes do Covid-19 e que a mesma é *“aceitável, tendo em conta, o quadro que vivemos”* (P3Aa.1 a.1.4). Contrariamente, P6 valoriza o facto de não existir resposta àquilo que não é Covid-19 e refere que o *“[p]roblema na resposta com a desmarcação de consultas em patologias diferentes da Covid-19 (…)”* originou mesmo *“desfechos tristes para as famílias”* (P6Aa.1 a.1.4).

Para P7 existiu uma *“falta de capacidade do Ministério da Saúde e da Entidade Reguladora da Saúde em regular a resposta das diferentes entidades e em concreto dos Municípios (…)”* (P7Aa.1 a.1.5), sendo que, em face do *“campeonato dos egos dos Municípios (…)”* e da *“(…) competição pela compra dos Equipamentos de Proteção Individual”*, verificou-se que *“(…) alguns Municípios estivessem descoordenados com as indicações da Direção Geral da Saúde (DGS)”* (P7Aa.1 a.1.6).

Para P1, P2, P5 e P6 fica patente a mais-valia do SNS, que conseguiu apresentar uma grande capacidade de resposta no combate à pandemia, tendo considerado que ao nível do setor privado houve *“(…) menos”* resposta (P1Aa.1. A1.7), acrescentando que comparativamente com a resposta do SNS, sobre a resposta do setor privado *“(…) não se pode afirmar o mesmo”* (2Aa.1. A1.7). Aliás, é destacado que *“[o] privado só deu resposta a alguns casos, aqueles que tinham suporte financeiro (…)”* pois *“[a]s diárias eram muito caras”*, aduzindo que *“[d]evia ter existido uma adaptação à nova realidade”* (P2Aa.1. A1.7). A este propósito, convocando uma apreciação global das entrevistas, denotamos uma divergência dos Presidentes de Junta sobre a atuação do privado no

setor da saúde, nomeadamente, num cenário de crise sanitária. Para P1 e P2 o privado deveria ter participado mais, considerando P1 que “[é] óbvio que se olharmos a saúde de um outro nível, englobando os cuidados públicos, privados e o social (ex.: Cruz Vermelha) será melhor a resposta” (P1Aa1. A1.7). Já P2 entende que “[n]ão é obrigação do privado, mas achei, mesmo contra aquilo que o meu partido achou na altura, que devia ter havido uma outra resposta da medicina privada e dos hospitais privados”, uma vez que se tratava de um “(...) desígnio nacional de resposta à Saúde” (P2Aa1. A1.7).

Para P5, o privado não deve participar na resposta em cenários de crise sanitária, pois considera que “[s]e há coisa que devíamos aprender é que não, não devíamos incluir os privados na resposta, porque no fim do dia quando as coisas se tornam mesmo graves é o Estado que tem de responder” (P5Aa1. A1.7). Embora P6 não tenha referido se concorda ou discorda com a maior participação do setor particular, acusa o Ministério da Saúde de falta de capacidade para envolver o setor privado da saúde na resposta, tendo afirmado que “[a] oferta privada em saúde não se envolveu na resposta ao Covid-19 e nem foram chamados à ação” (P6Aa1. A1.7).

O cenário descrito levou a uma maior pressão dos hospitais públicos, tendo P1 considerado que “[o]s hospitais públicos conseguiram reinventar-se e dar resposta a tudo aquilo que foram os tempos mais críticos”, com destaque para o “(...) papel fundamental em criar a tenda de pré triagem e a disponibilização de tudo o resto que é necessário para não haver tantas filas de ambulâncias às portas dos Hospitais” isto em cenários em que “(...) as Urgências estavam completamente lotadas” (P1Aa.1 a.1.9).

Sobre a resposta do setor privado no quadro social, P5 entende mesmo que “(...) desapareceu” e que houve “utentes que deixaram de ter comida e nós demorámos três dias a descobrir porque nem uma mensagem nos mandaram” (P5Aa.1 a.1.8).

3.2.1.2. A criação de uma rede de respostas num cenário de incerteza

No que diz respeito ao conjunto de respostas aplicadas para o auxílio das populações ao nível dos cuidados de saúde, destacamos as referências de P4, P7 e P8 que sublinham “(...) a celeridade da atividade política na resposta” (P4Aa.2. a.2.1; 7Aa.2 a.2.1; 8Aa.2 a.2.1). Não obstante, P7 considera que “(...) houve sempre uma resposta, mas por vezes tardia, sobretudo no início e com melhorias graduais” (P7Aa.2. a.2.1).

Para P6 houve uma grande “[d]eterminação dos agentes de saúde em combater com capacidade a pandemia” (P6 Aa.2. a.2.2). Neste sentido, P7 considera que houve um “[b]alanço positivo na articulação dos cuidados de saúde primários, cuidados

hospitalares, comunidade e autarquia” (P7Aa.2. a.2.2). Já P3 destacou que, quando se registaram problemas na resposta do sistema de saúde, os “(...) *défices foram colmatados pelas Autarquias*” (P3 Aa.2. a.2.2). A título de exemplo, P3 constata que, naquela etapa mais grave da pandemia de Covid-19, “[a] *Linha SNS24 ficou muito saturada (...)*” e que pela Junta de Freguesia “[f]oi feito *aconselhamento das doenças não Covid com a parceria de clínicos gerais, ginecologistas, dentistas, psicólogos e enfermeiros*” (P3Aa.2 a.2.3).

Neste quadro, P3, P4, P6 e P8 entendem que a sua ação foi complementar à resposta dada pelo sistema de saúde e pelo SNS. Em concreto, P3 destaca que com a execução do “(...) *projeto «Podemos Ajudar» foi realizado um apoio aos seniores e aos dependentes através da disponibilização de um contato em horário alargado para ajudar na prestação de cuidados de saúde*” e que, devido à “*falta de capacidade de resposta dos centros de saúde, a Junta ajudou no pedido de receitas dos fregueses pela via telefónica e depois as farmácias entregavam em casa os medicamentos solicitados*” (P3Aa.2 a.2.4). Já P4 assinala o papel de apoio ao sistema de saúde, salientando que

“[a] delegada de saúde nem sempre conseguia garantir a resposta, pois estava a ser alvo de grande pressão. Pelo que a Junta teve um importante papel nesse suporte. Para a população mais idosa, o contacto da Junta foi essencial” (P4Aa.2 a.2.4).

Por seu turno, P6 destaca o suporte dado através do transporte dos enfermeiros até ao domicílio dos fregueses, tendo referido que houve “[a] *rticulação de rotas entre a Junta e o Centro de Saúde do transporte dos enfermeiros para que fossem às habitações e aos lares*” (P6 Aa.2 a.2.4). A este propósito, P8 entende que, “[p]or vezes, *foi necessário o Município substituir-se ao ACES para garantir que a vacinação corria com alguma regularidade*” (P8Aa.2 a.2.4).

No respeitante à novidade e àquilo que foi a introdução de conceitos e medidas novas na sociedade para a defesa da saúde pública e o combate à Covid-19, P1, P3 e P5 destacam aspetos que causaram constrangimentos na adoção das soluções. Concretamente, para P5 “[h]avia *uma dificuldade clara, porque tínhamos uma rede de médicos de saúde pública fraca, alguns muito envelhecidos (...)*”.

Neste quadro, no que concerne à ativação das novas ferramentas “[h]ouve a *necessidade destes profissionais se adaptarem, de se desenvolver o processo, lento por vezes, mas mesmo assim, essa capacidade possibilitou que se tenha conseguido melhorar a resposta à pandemia*” (P5Aa.3 a.3.1).

Como sustentam P1 e P8 foi realizada uma ação relevante na execução das normas de saúde pública, tendo salientado o “[a] *companhamento no cumprimento das*

normas dos clubes, associações e comerciantes” (P1Aa.3 a.3.2; P8Aa.3 a.3.2). Adicionalmente, segundo P1, “[f]oi proibida a utilização dos parques de campismo e a Junta teve que identificar os casos de 1ª habitação para ajudar na conformidade da implementação da regra” (P1Aa.3 a.3.2).

No que concerne à aplicação *Trace Covid-19*, uma “[f]erramenta de acompanhamento COVID-19, contact tracing e doentes em vigilância e auto-cuidados” (SPMS, 2020), P1 considera que

“[f]oram disponibilizados funcionários que estiveram a ajudar as delegadas de saúde na identificação de infetados para a plataforma, sem estes terem qualquer tipo de apoio ou conhecimento sobre como deviam fazer” (P1Aa.3 a.3.3).

Ainda na fase de análise referente à introdução de medidas e conceitos novos, não obstante as dificuldades previamente assinaladas, para P3, a sua autarquia local “(...) já era uma referência para casos sociais antes do Covid-19, por isso, não se sentiu grande diferença nas necessidades de resposta novas” (P3Aa.3 a.3.4).

Relativamente ao vetor do processo de articulação entre os diversos intervenientes do Município e a nível nacional, em concreto no que respeita à relação com o Centro de Vacinação, P3 refere que “[d]iariamente foi realizado um contato telefónico com quem chefiava o centro de vacinação para acompanhar o seu funcionamento (...)” (P3Aa.4 a.4.1). Para P2, foi mesmo possível “(...) sugerir a instalação de novos pontos de vacinação no concelho” (P5Aa.4 a.4.1).

A este propósito, contudo, P5 ressalva as vicissitudes associadas aos centros de vacinação, pois “[e]ra necessário lidar com dois centros de vacinação e com dois delegados de saúde e isso complicou o trabalho de coordenação (...)”. Adicionalmente, considera que “[n]este concelho foram as Juntas que assumiram uma parte brutal com os custos dos centros de vacinação (...)” e que “(...) acredito que não devíamos ter sido nós a resolver isto”.

No que respeita ao papel do coordenador da *Task Force* da vacinação contra a Covid-19, o então Vice-Almirante Henrique Gouveia e Melo³⁴, P7 e P8 descreveram-no como determinante para o sucesso da melhoria na articulação com o centro de vacinação. P8 refere mesmo que “[a] articulação foi positiva de forma global, mas com picos negativos” e que a vacinação “(...) só começou a funcionar melhor com a entrada

³⁴ Em 26 de novembro de 2020, o Governo nomeou para coordenador da Task Force o Dr. Francisco Ventura Ramos (Despacho n.º 11737/2020), que renunciou ao cargo em fevereiro de 2021, tendo sido então nomeado o então Vice-Almirante e, numa fase final, o Coronel Penha Gonçalves.

do Vice-Almirante que definiu regras de vacinação, e sentimos um pouco essas melhorias no nosso concelho” (P8Aa.4 a.4.1).

No tópico da articulação com os ACES, P3 entende que “[a]s áreas estão com alguma resposta no digital e no qual as autarquias podem fazer a ponte e a articulação. Depois falha um bocadinho ainda na resposta dos ACES. Nomeadamente ao nível de marcação de consultas (...)” (P3Aa.4 a.4.2). Já para P4, “[a] questão logística foi simplificada fruto da boa relação de proximidade que existe com o ACES que é até pré-pandemia” e adianta que “[o] ACES forneceu a informação para os contatos” (P4Aa.4 a.4.2).

No que respeita à articulação dos diversos intervenientes do Município durante o combate à pandemia, segundo P2,

“Este trabalho contribuiu até para outras tarefas que temos noutras comissões no quadro da Assembleia Municipal. O Covid-19 deu-nos outra bagagem de resolução, de prática e pragmatismo na resolução de problemas (...)” (P2Aa.4 a.4.3).

No entender de P3, nessa altura foi “(...) realizado um relatório diário à proteção civil sobre as atividades da Junta, qual era a resposta e quantos eram os atendimentos (...)” mas refere que “(...) a proteção civil não dava o feedback necessário sobre os seus trabalhos” (P3Aa.4 a.4.3).

Na perspetiva de P4, é de salientar a importância do projeto *Radar*, promovido pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, denotando que esta parceria “(...) representa bem aquilo que é o trabalho em rede que já é desenvolvido, tanto na pandemia como noutros períodos, focados na população com mais de 65 anos”, o que permite enfrentar os desafios e orientar “um conjunto de informação muito útil da população” (P4Aa.4 a.4.3). P6 refere que, no quadro do município, “[n]ão se registaram limitações orçamentais para a resposta à Covid-19, devido a um sentido de missão e fez-se de tudo para se auxiliar nesse combate” (P6Aa.4 a.4.3).

No que respeita à articulação com o Estado Central, P1 e P2 salientam a falta da regularização dos apoios concedidos, no tempo acordado. Neste quadro, P1 considera que

“[a]s Juntas podiam dar apoio às pessoas mediante depois ser feita uma transcrição à DGAL (Direção-Geral das Autarquias Locais) dos gastos realizados. Devíamos ter sido ressarcidos até ao final de 2020, e ainda não nos pagaram, no nosso caso são 147 mil euros” (P1Aa.4 a.4.4).

Na mesma linha, P2 assinala que “[f]oi feito muito trabalho ao nível das necessidades sociais e existiram vários gastos que ainda não nos foram ressarcidos” (P2Aa.4 a.4.4).

No cômputo geral sobre a prestação do Ministério da Saúde na resposta de combate à pandemia do Covid-19, resulta uma perceção positiva por parte dos Presidentes de Junta, embora uns apenas considerem que a mesma foi satisfatória (P3, P6 e P8) e outros que foi boa (P1, P2, P4, P5 e P7).

Em concreto, P3 considera que “[f]oi uma resposta satisfatória, foi uma prestação minimamente atempada” (P3Aa.5 a.5.1). P6 faz “(...) uma avaliação satisfatória. O foco da saúde foi o controlo da pandemia. O problema foi, sobretudo, o resto do que deixou de ser feito” (P6Aa.5 a.5.1). Quanto a P8, considera que “[o] Ministério da Saúde fez o que é possível ser feito. Andamos todos a aprender. Portanto, nota satisfatória, face ao contexto, mas navegamos sempre à vista” (P8Aa.5 a.5.1).

No quadro dos Presidentes de Junta que atribuíram uma classificação boa, P1 entende que:

“[f]oi uma boa resposta, mas existiram algumas falhas que vieram alertar sobre aquilo que é preciso ser feito ao nível do SNS, porque a resposta que foi dada foi precisamente pela última linha da saúde, pelos hospitais” (P1Aa.5 a.5.1).

Segundo P2,

“[f]oi uma boa resposta, mas o setor privado deveria ter sido chamado à ação e ter atuado no combate ao vírus, por um desígnio nacional. Mesmo contra a opinião do meu partido considero que o sistema privado devia ter participado mais” (P2Aa.5 a.5.1).

Já para P4 “[f]oi uma boa prestação, a resposta foi conseguida num tempo record” (P4Aa.5 a.5.1) e para P5 “[a] resposta foi boa genericamente, foi difícil lidar com algo que é novo. Algo que é novo cria sempre muitas dificuldades” (P5Aa.5 a.5.1).

Finalmente, no que concerne a P7, “[o] trabalho foi bastante positivo em função do contexto e do desconhecido. O Ministério da Saúde respondeu bem ao combate” (P7Aa.5 a.5.1).

Importa, no entanto, salientar o facto de a maioria dos Presidentes de Junta atribuir a sua avaliação num contexto de incerteza que se viveu na época mais feroz do combate ao vírus do SARS-CoV-2 e das respetivas mutações.

3.2.2. A multiplicidade da ação das juntas de freguesia no combate à pandemia

Relativamente ao apoio prestado pelas Juntas de Freguesia, importa salientar o grande contributo efetuado em termos de apoio social. A este propósito, todos os Presidentes de Junta entrevistados descrevem os apoios realizados, nomeadamente, em matéria de aquisição e distribuição de bens de primeira necessidade e de medicamentos, sendo que, segundo as palavras de P1,

“[d]emos vários tipos de apoio, foram desde computadores, material escolar, na alimentação, camas articuladas, aquisição de medicamentos, hotspots, pagamentos de água, luz e de rendas. Neste trabalho, o Centro Paroquial também teve aqui um papel importante, conseguiu-se, como diz o brasileiro, dar o toque para a frente e apesar do trabalho invisível, é um trabalho que dignifica os autarcas e quem está à frente das decisões. O Banco Alimentar crashou e por isso a Junta e o Centro Paroquial foram ajudar na substituição” (P1Bb.1 b.1.1).

Para P2 *“[a]s nossas medidas do âmbito social, foram no apoio às escolas, no apoio aos transportes, alimentação e medicamentos”* (P2Bb.1 b.1.1).

Segundo P3,

“[d]emos apoio aos mais seniores, aos mais dependentes, em compras e nos cuidados de saúde através de parcerias com médicos, farmácias. Os bens dos supermercados eram levados ao domicílio, tal como os EPIs” (P3Bb.1 b.1.1).

De acordo com P4, *“[f]izemos chegar comida às pessoas, comida confeccionada e outras compras, sendo que a população alvo foram as pessoas com mais de 65 anos”* (P4Bb.1 b.1.1).

Como sublinha P5,

“[n]o dia em que foi decidido o 1º confinamento, ora isto foi, creio que, numa quinta-feira e nós começámos logo no sábado com os apoios, desde a aquisição de medicamentos, de bens alimentares e de outros bens de 1ª necessidade, fizemos também as compras de supermercado. Além disso, distribuímos algumas refeições, nos centros de dia, na resposta alimentar social e para as pessoas que não tinham como cozinhar nas suas casas e, portanto, ajudámos na distribuição da comida do comércio local, como apoio de primeira linha para as pessoas (...)” (P5Bb.1 b.1.1).

Segundo o relato de P6,

“[a]judámos na identificação de cerca de 34 famílias, que são apoiadas diretamente, com um apoio concedido pelo Banco Alimentar e verificámos que há cada vez mais famílias a pedir ajuda” (P6Bb.1 b.1.1).

Para P7,

“[o] principal foco foi mesmo o social. Fizemos intervenção social, com apoio alimentar e fomos às compras, foram cerca de 120 pedidos por semana. Fomos também de porta em porta (apesar de sermos uma freguesia com mais 40k pessoas) para sensibilizar para as orientações de saúde e ajudar na identificação dos casos mais complicados” (P7Bb.1 b.1.1).

Já para P8, a principal ação ao nível da aquisição e distribuição de bens de primeira necessidade foi essencialmente o “(...) *apoio alimentar* (...)” (P8Bb.1 b.1.1).

Ainda no vértice relativo ao apoio social prestado pelas Juntas de Freguesia, denotámos a existência de Autarquias Locais que criaram sistemas de atendimento para servirem de linhas de apoio. A este propósito, P1 refere que foi concretizada a “(...) *criação das linhas de apoio solidária e ao vizinho que envolveu parcerias com hipermercados e com as farmácias*” (P1Bb.1 b.1.2).

Os entrevistados P3 e P4 destacam a importância da criação de uma linha de apoio. Para P3, foi efetuado “(...) *um acompanhamento através de uma linha telefónica específica, destinada a doenças não Covid-19* (...)”, em que eram realizados “(...) *alguns aconselhamentos via telefónica com clínicos gerais, com ginecologistas, com dentistas, com psicólogos e enfermeiros*” (P3Bb.1 b.1.2). Por seu turno, P4 refere que foi criada “(...) *uma linha de apoio em que eram contactadas diariamente as pessoas, para um público estimado de 2500 pessoas destinado a pessoas com mais de 65 anos ou pessoas com doença crónica, pouca mobilidade, de quarentena, ou com Covid-19*” (P4Bb.1 b.1.2).

Por seu turno, P7 assinala que “[n]a *linha telefónica sénior do Município, a Junta ajudou em articulação com a Câmara Municipal*” (P7Bb.1 b.1.2).

Neste contexto do apoio social, P6 destaca o trabalho realizado para conduzir à regularização de imigrantes e o papel preponderante do envelhecimento ativo como contributo para o combate à pandemia de Covid-19. Segundo o mesmo entrevistado, “[e]xiste uma grande comunidade asiática na nossa freguesia que é muito representativa e é grande parte carenciada, pelo que demos apoios em regularização dos vistos e no *cariz social*” (P6Bb.1 b.1.3). Adicionalmente, P6 refere que “[n]o âmbito da *Academia Sénior do concelho, os idosos foram envolvidos em atividades de costura de máscaras para a população*” (P6Bb.1 b.1.4).

No que toca à higienização dos espaços públicos, P8 assinala a disponibilização de “(...) *profissionais para ajudar numa limpeza sistemática das ruas com desinfeção dos espaços bem como o apoio aos comerciantes nessas ações de limpeza*” (P8Bb.1 b.1.5).

Para além das ações de apoio das Juntas de Freguesia relatadas acima, foi igualmente realizado um apoio ao nível da distribuição de Equipamentos de Proteção individual (EPIs) em matéria de proteção para a Covid-19.

Neste quadro, P2 refere que ao nível dos EPIs foi dado “(...) *apoio a profissionais, instituições e a algumas famílias que necessitavam desse apoio*” (P2Bb.1 b.1.6). P3 assinala que foram entregues “(...) *ao domicílio os EPIS, tais como, máscaras e álcool gel*” (P3Bb.1 b.1.6) e P5 destaca que foram distribuídas “(...) *máscaras na comunidade* (...)” e que foi financiado “(...) *o terceiro setor para a aquisição das máscaras e álcool gel*” (P5Bb.1 b.1.6). P6, P7 e P8 denotam ainda o papel da Junta de Freguesia como contributo do trabalho desenvolvido pelos Municípios ao nível dos EPIs, importando salientar a distribuição “(...) *em parceria com a Câmara Municipal e a Academia Sénior do concelho, as máscaras realizadas pelos idosos*”, referida por P6, (P6Bb.1 b.1.6) e a ajuda ao “(...) *Município na distribuição de máscaras*”, apontada por P7 (P7Bb.1 b.1.6). P8 assinala, igualmente, terem levado “(...) *alguns equipamentos EPIS aos fregueses, mas foi em pequeno número porque o Município já tinha realizado esse trabalho de forma massiva*” (P8 Bb.1 b.1.6).

No que respeita ao apoio ao comércio local, P5 destaca o apoio adicional concedido para garantir a prestação dos serviços, nomeadamente ao nível do apoio alimentar da população, tendo referido que foi dada uma ajuda “(...) *na distribuição de comida do comércio local* (...)” facto que se figurou como um apoio “(...) *de segunda linha para o próprio comércio local*” (P5Bb.1 b.1.7).

Nesta etapa da resposta de combate levado a cabo pelas Juntas de Freguesia, é salientado o papel das comunicações digitais, tendo sido feitas várias referências ao contributo destas. Concretamente, ao nível do incentivo à utilização da plataforma de agendamento da vacinação Covid-19. A este propósito, o entrevistado P1 considera:

“[a]credito que grande parte das pessoas tenham sido vacinados por intermédio da plataforma, porque mesmo nós ajudámos os mais idosos a fazerem a inscrição por intermédio dessa plataforma”.
(P1Bb.2 b.2.1)

Na mesma linha de pensamento, P2 acrescenta:

“[a]judámos as pessoas que se dirigiam à Junta de Freguesia e pediam apoio na inserção de dados nas plataformas. Mas não tivemos muitos pedidos, porque algumas pessoas conseguiram ter ajuda até dos seus familiares e mesmo os próprios centros de saúde davam alguma resposta a isso (...)” (P2 Bb.2 b.2.1).

Em consonância com os testemunhos acima, P3 destaca que “[n]a *questão da Literacia digital, houve muita entreajuda da família e apelámos à população para ajudar nos casos mais complicados no acesso à plataforma*” (P3 Bb.2 b.2.1).

Ainda sobre o eixo da intensificação das comunicações digitais, P7 refere o papel desta Autarquia Local, designadamente ao nível da adaptação da sua força laboral para esta nova realidade, tendo destacado que houve uma maior aposta “(...) *nos canais digitais, na newsletter ou no site da Junta*” e que “(...) *a pandemia veio aprofundar a aposta da Junta no digital e inclusive iniciou-se o teletrabalho para os funcionários da Junta*” (P7Bb.2 b.2.4).

No que concerne aos certificados de vacinação Covid-19, P2 salienta que “(...) *a impressão dos certificados de vacinação (...) realizaram nas (...) instalações da Junta quando nos era solicitado*” (P2Bb.2 b.2.2). Já P3 assinala terem ajudado em diversas operações de apoio ao nível dos sistemas de informação em saúde entre as quais o apoio aos “(...) *certificados de vacinação e questões de acesso ao SNS24* (...)” (P3Bb.2 b.2.2).

As Juntas de Freguesia também tiveram um papel importante ao nível dos procedimentos de saúde e de vacinação. Neste quadro, relativamente aos recursos humanos alocados para ajudar nos procedimentos em matéria de saúde, existiram duas vias de solução: (i) Autarquias Locais que disponibilizaram funcionários para apoiarem os processos de vacinação e o (ii) apoio na gestão dos voluntários alocados aos processos de vacinação. Deste modo, para a primeira via, P1, P3, P4 e P5 referem ter apoiado os centros de vacinação. A este propósito, para P1, “[a] *pesar de o Município ter apostado em voluntários para ajudar, houve dificuldades ao nível humano e a Junta disponibilizou pessoas para ajudar no centro de vacinação*” (P1Bb.3 b.3.1). Segundo P3, “[t] *odos os membros que apoiaram as indicações junto ao centro de vacinação eram funcionários da Câmara* (...)”, tendo a Junta realizado a “(...) *vacinação da gripe no primeiro ano da pandemia* (...)” pelo que estavam a “(...) *acompanhar os casos dos idosos em articulação com o centro de vacinação*” e a “*Junta tornou-se então um ponto de referência*” (P3Bb.3 b.3.). Já P4 assinala que “[f] *oi afetado ao Centro de Vacinação (CVC) um número muito elevado de funcionários para ajudar* (...)”, tendo tal sido possível porque se verificou “(...) *um conjunto de equipamentos encerrados (ex.: encerramento da piscina)* (...)”, o que permitiu realocar “(...) *os funcionários para o CVC*”, tendo chegado a disponibilizar “(...) *cerca de 20 trabalhadores* (...)” (P4Bb.3 b.3.1). Na mesma linha de raciocínio, P5 assinala que “[n] *o apoio aos centros de vacinação recorreu-se a funcionários* (...)” mas que “*o grosso foi contratado para o efeito, porque já se estava numa fase mais avançada da retoma e os trabalhadores já estavam muitos nos seus postos de trabalho* (...)”, ainda para mais o período de necessidades laborais era exigente, “(...) *7 dias por semana e mais de 12 horas* (...)” (P5 Bb.3 b.3.1).

Relativamente à segunda via, P1, P2, P7 e P8 referem que nos centros de vacinação presentes nos seus concelhos recorreram aos voluntários para auxiliarem no processo de agilização dos atendimentos. Neste sentido, P1 considera que “(...) *houve dificuldades ao nível humano (...)*”, tendo alertado para as dificuldades em obter pessoas em regime de voluntariado (P1Bb.3 b.3.1), igualmente assinalado por P7, salientando que “[a] *receção e a indicação das pessoas para vacinar era feita por voluntários (...)*”, embora “(...) *como não existiam voluntários em número suficiente, a Junta ajudou também no processo, disponibilizando recursos humanos (...)*” (P7Bb.3 b.3.2). Adicionalmente, P7 refere que a Junta ajudou na gestão das “(...) *escalas dos voluntários (...)*” (P7Bb.3 b.3.2).

Importa salientar que a DGS emanou diversas diretrizes relacionadas com a saúde pública e com o combate à pandemia de Covid-19, tendo as Juntas de Freguesia realizado um seguimento e partilhas das orientações da DGS e procurado, em alguns casos, simplificar as mensagens institucionais.

A este propósito, todos os Presidentes de Junta entrevistados afirmam ter divulgado as comunicações partilhadas pela DGS. Relativamente à forma de partilha da informação, foi referida a utilização do endereço eletrónico da Junta como o meio de comunicação primordial, tendo P2 salientado que estavam “(...) *atentos àquilo que era divulgado na página da DGS e tudo aquilo que lá víamos, extraíamos a informação e colocávamos no nosso site (...)*” (P2Bb.3 b.3.3). Outros entrevistados assinalam mecanismos adicionais de esclarecimento das comunicações partilhadas, nomeadamente nos “(...) *contactos telefónicos com os seniores (...)*” (P3Bb.3 b.3.3), no “(...) *esclarecimento aos comerciantes*” (P7Bb.3 b.3.1) e na “(...) *resposta aos infoexcluídos, em que se usaram os cartazes de divulgação*” (P8Bb.3 b.3.3). Para P5, o papel do contato *porta a porta* foi determinante para denotar que

“[n]os vacinados com mais de 80 anos começou-se a perceber que restavam muito poucos por vacinar (cerca de 5%), eram sobretudo utentes que não tinham sido contactados pelo centro de saúde (ex.: não tinham os contactos, porque estavam desatualizados etc.) e então pediram à Junta de Freguesia para que fizessem o contato porta a porta das pessoas de quem só se tinha as moradas, na nossa freguesia eram cerca de 50 pessoas. Nas pessoas chamadas porta a porta, a maioria não queria ser vacinada, mas, de facto, ainda existiram vários que eram falhas da cobertura do sistema. Portanto, registámos estes cidadãos e a plataforma também permitiu responder àquelas pessoas que não estavam sinalizadas previamente pelo sistema de saúde (...)” (P5Bb.3 b.3.4).

No que concerne ao apoio ao esclarecimento dos cidadãos no agendamento da vacinação, os entrevistados P1, P2, P3, P4, P5 e P6 referem o apoio aos mais idosos

no acesso aos cuidados de saúde e inclusive no apoio ao registo dos fregueses na plataforma de autoagendamento. Neste quadro, P2 assinala que “[o]s *mais idosos recebiam as SMS e, por vezes, só iam ver as mensagens muito mais tarde, o que criava algumas situações que ajudámos a ultrapassar*” (P2Bb.3 b.3.5). P3 afirma que “[f]izemos esclarecimentos e apoiámos nos agendamentos, tanto ao nível presencial como pela via do telefone” (P3Bb.3 b.3.5). P6 destaca que “[a]s pessoas quando ligavam a perguntar quando era a vacinação, nós apenas indicávamos o dia em que para a sua faixa etária se podiam vacinar” (P6Bb.3 b.3.5).

Segundo o entrevistado P5, “[a] *plataforma funcionou bem, acabámos por fazer vários agendamentos em substituição de pessoas mais velhas que não sabiam usar a plataforma, mas funcionou bem*” (P5Bb.3 b.3.5). Como sublinha P4, “[m]esmo depois da plataforma, os contatos continuaram a acontecer para ajudar as pessoas que tinham obstáculos na marcação, sobretudo os mais idosos” (P4Bb.3 b.3.5).

No que concerne, ainda, ao apoio nos procedimentos ao nível da saúde pelas Juntas de Freguesia, P3 assinala que na sua Junta se realizaram “(...) *mais de 1000 vacinações para a gripe sazonal*” (P3 Bb.3 b.3.6).

Em matéria de organização de transportes, foi salientada por P2, P5, P6 e P8 a participação ativa das suas juntas. Em concreto, ao nível da resposta escolar, P2 assinala terem ajudado “(...) *no transporte escolar dos estudantes do 1º ciclo*” (P2Bb.4 b.4.1), tendo P6 destacado que “[f]izemos muito o transporte escolar com 2 autocarros e 2 carrinhas para crianças e realizámos também o transporte na freguesia para os estabelecimentos de ensino (...)” (P6Bb.4 b.4.1). Relativamente ao apoio das Juntas de Freguesia no transporte aos doentes não Urgentes, P6 destaca ter sido realizado o “(...) *transporte de doentes não urgentes (ex.: fisioterapia e hemodialisados), seguindo as diretrizes da DGS (...)*” (P6Bb.4 b.4.2).

Em matéria de transporte dos cidadãos para o Centro de Vacinação de Covid-19 (CVC), P5, P6 e P8 descrevem como foi efetuado este processo. Concretamente, segundo P5, não transportaram nenhum freguês “(...) a ser vacinado fora do concelho (...)”, pelo que se foi “(...) *vacinado fora do concelho, não usou o serviço de transporte da Junta, mas dentro do concelho disponibilizou-se o transporte*” (P5Bb.4 b.4.3). Convocando P6, verifica-se uma “(...) *articulação de rotas com a Câmara Municipal (...)*” e “(...) com os Centros de Saúde (...)” para, respetivamente, os utentes chegarem à vacinação, sendo “(...) *transportados no carro da Junta até ao autocarro da Câmara Municipal e daí para o centro de vacinação (...)*” e para o “(...) *transporte de enfermeiros ao domicílio (...)*” (P6Bb.4 b.4.3). Já P8 refere que “(...) *pontualmente também foi*

fornecido transporte para o local do CVC, quando o CVC ficou fora da nossa freguesia (...)”, mas quando foi o caso do CVC existir na freguesia “(...) *deixou de existir este serviço*” (P8Bb.4 b.4.3).

3.2.3 A plataforma de agendamento da vacinação Covid-19

Neste subcapítulo relativo ao contributo efetivo da plataforma de agendamento da vacinação Covid-19, P5 destaca que em face do trabalho de “(...) *porta a porta* (...)”, os profissionais da Junta usaram a plataforma para “*garantir que mais gente ficava dentro do sistema e que pudesse ser vacinada*” (P5Cc. 1 c 1.1). Para P4, uma das vantagens da plataforma é priorizar “(...) *a rapidez do processo*” (P4Cc. 1 c 1.2), tendo P7 descrito a plataforma como “(...) *simples e intuitiva* (...)” (P7Cc. 1 c 1.2).

Os Presidentes de Junta consideraram como positivo o grau de satisfação dos fregueses com o funcionamento da plataforma, tendo P1 assinalado que a plataforma:

“Foi um contributo importante, porque não foi fácil montar os centros de vacinação, em que existiram dificuldades, especialmente ao nível humano e a plataforma ajudou na organização do processo”. (P1Cc. 1 c 1.3).

P2 refere que:

“Penso que correu muito bem. Tirando com a população mais idosa que pedia auxílio a familiares, aconteceu isso no meu caso. Os mais idosos recebiam as SMS e, por vezes, só iam ver as mensagens muito mais tarde, o que criava algumas situações que ajudámos a ultrapassar. Com um telefonema ou articulando com o CVC, estes problemas eram facilmente ultrapassados, pelo que avalio que correu muito bem” (P2Cc. 1 c 1.3).

No mesmo diapasão, P3 assinala que a “*Plataforma funcionou relativamente bem, com algumas dificuldades na população mais idosa que não tinha acesso aos contatos digitais* (...)” (P3Cc. 1 c 1.3).

De acordo com P4, “(...) *foi na 1ª vacina que as pessoas sentiram mais dificuldade, depois começaram a entender melhor o processo* (...)”, tendo, por um lado, a “(...) *população mais nova e ativa* (...)” percecionado que “(...) *a plataforma resolvia* (...)” e, por outro, “(...) *a população mais idosa* (...)” não recorreu “(...) *tanto a esta plataforma* (...)” (P4Cc. 1 c 1.3).

Para P5, a “(...) *plataforma funcionou bem, acabámos por fazer vários agendamentos em substituição de pessoas mais velhas que não sabiam usar a plataforma, mas funcionou bem* (...)”. Na sua ótica, a altura em que funcionou pior foi quando “(...) *o senhor primeiro-ministro anunciou que iríamos ter de lidar com algum*

tempo nas filas de espera e tivemos mesmo em alguns casos, filas de 4 horas (...), tendo destacado que *“(...) uma pessoa de 30 anos aguenta uma fila de 4h, mas as de mais idade não”* (P5Cc. 1 c 1.3).

O grau de satisfação de P6 com a plataforma é influenciado por dinâmicas locais, assinalando que *“(...) funcionou bem do modo geral”*, mas *“(...) correu mal na freguesia devido à dinâmica da UCSP (...)”* (P6Cc. 1 c 1.3). P7 considera que a plataforma funcionou *“(...) sem reclamações, mas as pessoas idosas preferiram o telefonema”* (P7Cc. 1 c 1.3), tendo P8 a *“(...) percepção de que o autoagendamento funcionou bastante bem”* (P8Cc. 1 c 1.3).

No tópico relativo às questões do acesso à plataforma, concretamente na componente da liberdade e igualdade na escolha do Centro de Vacinação (CVC), P4 e P6 apresentam visões mais críticas, assinalando dificuldades. Neste quadro, P4 refere que *“(...) houve reclamações de fregueses por serem da nossa Freguesia e terem de se vacinar por exemplo na freguesia do outro ponto do concelho (...)”*, tendo essa insatisfação sido mais notória na *“(...) população mais jovem”* (P4Cc. 2 c 2.1). No mesmo sentido, P6 alerta para o risco de, *“(...) em termos operacionais, a igualdade de acesso em todo o sistema pode ser mais difícil de gerir”* (P6Cc. 2 c 2.1). Já os restantes Presidentes de Junta consideram favoráveis a liberdade e a igualdade no acesso à escolha do CVC. Neste sentido, P1 entende que *“[a] liberdade de acesso é boa, ou seja, sem a preferência de quem reside naquele local”* (P1Cc. 2 c 2.1).

Como salienta P3, *“(...) a possibilidade de liberdade de movimentos é boa para a população”* (P3Cc. 2 c 2.1), posição acompanhada por P5, considerou que tal *“(...) possibilitou que pessoas que estão no Algarve e fossem da nossa freguesia pudessem ser vacinadas (...)”*, embora esta situação tenha criado *“(...) maior pressão em concelhos mais urbanos (...)”*, num cenário que foi *“(...) essencial para conseguirmos avançar no processo de vacinação com normalidade (...)”*. Já P7 e P8 vão mais longe e salientam as potencialidades da liberdade e da igualdade no acesso aos serviços de saúde no global, referindo P7 que

“[n]ão devia ser só no caso da vacinação, nós devíamos também ter oportunidade para ir a outros cuidados de saúde, de ter a escolha de onde ser servidos do ponto de vista da resposta pública, sem haver muita distinção. Igualdade no acesso em todo o sistema precisa-se” (P7Cc. 2 c 2.1).

Segundo P8, *“[a] liberdade de acesso ao nível dos cuidados de saúde no geral, pode levar a que mais gente de locais pressionados possa escoar para outros locais com maior disponibilidade”* (P8Cc. 2 c 2.1).

Importa ainda convocar P2, ao considerar que

“(...) positivo porque podíamos ter pessoas de fora do concelho que estariam temporariamente na nossa freguesia e não deixariam de ser vacinadas. Ora, existe igualdade no acesso territorial, mas depois não há igualdade no acesso à plataforma porque isso já tem a ver com as características de cada pessoa para aceder aos meios digitais” (P2Cc. 2 c 2.1).

No que concerne à possibilidade de replicar a plataforma de autoagendamento da vacinação do Covid-19, é referido por P3 a pertinência da ferramenta também para a vacinação da gripe sazonal, assinalando *“(...) que se deve apostar em melhorar o que já existe e não tanto criar outros serviços. Eventualmente, uma aplicação semelhante para a gestão da vacinação da gripe sazonal pode ser útil” (P3Cc. 2 c 2.2).*

Como salientam P2 e P7, o *Benchmarking* de outros setores de atividade pode ser uma mais-valia para a inovação em matéria dos sistemas de informação, tendo P7 assinalado *“que se deve seguir exemplos de entidades de outros setores, nomeadamente da Autoridade Tributária” (P7Cc. 2 c 2.3).* Neste sentido, P2 dá mesmo o exemplo do *“(...) preenchimento do IRS (...)”,* pois *“(...) basta um número no cartão às vezes não estar correto que o sistema assinala logo a falha e ajuda no preenchimento (...)”,* denotando que, *“(...) inicialmente, as pessoas tinham muita dificuldade e hoje o sistema é simples, ajuda e guia os utilizadores” (P2Cc. 2 c 2.3).*

Em termos de eventuais quebras de funcionamento do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, P6 considera que *“(...) funcionou bem, mas foi verificado um problema por falta de registo da UCSP da nossa zona rural, pelo que a Junta teve que, nessa fase, ajudar no transporte dos utentes, mas depois ficou regularizado na plataforma” (P6Cc. 3 c 3.1).* Já P3 refere duas ocorrências, nomeadamente que *“(...) i) as vacinas eram para chegar pelas 13:00h e apenas chegaram às 16h, e essas 3h de diferença geraram confusão e ii) duplicação de agendamentos, ocorreu com sobreposição horária numa fase em que existia em simultâneo o regime de casa aberta” (P3Cc. 3 c 3.2).*

Em matéria de implicações da utilização da plataforma, os Presidentes de Junta entrevistados em termos do nível de utilidade da plataforma para os fregueses referem aspetos positivos.

A este propósito, P2 destaca que *“(...) no início as pessoas estavam alarmadas e não tinham tanta capacidade de discernimento, mas depois foi melhorando e ultrapassou-se” (P2Cc. 4 c 4.1),* tendo P3 preferido destacar a utilidade do portal em termos de um *“(...) ponto de alívio para os fregueses não terem de recorrer à porta do centro de saúde ou a um telefone em que ninguém atendia” (P3Cc. 4 c 4.1).* Nesta senda, P4 evidencia a *“(...) questão de que os SMS por vezes não funcionavam bem,*

em que existiam idosos com dificuldades na resposta (...)” referindo que “(...) *esta estratégia neste segmento etário não foi muito eficaz*” (P4Cc. 4 c 4.1). P5 retira a “(...) *ilação que a plataforma foi útil aos fregueses (...)*”, mas não sabe se “(...) *gostaram ou não da plataforma*” (P5Cc. 4 c 4.1).

Para P6, a plataforma tem “(...) *uma utilidade elevada, que permitiu ajudar na organização da vacinação*”, embora considere que “(...) *é importante não deixar ninguém para trás e as autarquias têm um papel importante (...)*” (P6Cc. 4 c 4.1).

Por fim, P8 verifica uma “(...) *grande utilidade e um bom funcionamento da ferramenta de autoagendamento (...)*” (P8Cc. 4 c 4.1).

A literacia digital da população foi também um dos pontos referidos pelos Presidentes de Junta, sendo que, para P2, a “(...) *literacia digital é importante, existe dificuldade do acesso dos idosos a estas ferramentas (...)*”, mas considera que “(...) *houve uma evolução, porque as pessoas já têm outra agilidade no digital, até para marcarem os próprios testes à Covid-19 (...)*” e “(...) *entendem melhor como é o processo digital*” (P2Cc. 4 c 4.2). P3 assinala que “(...) *o entrave é a literacia digital, as pessoas por vezes até sabem, mas depois têm medo (...)*” (P3Cc. 4 c 4.2). P4 adianta que existe a “(...) *necessidade de nos focarmos na literacia digital dos idosos*” (P4 Cc. 4 c 4.2), referindo ainda que “(...) *estas plataformas devem ser equacionadas em função da faixa etária. Não pode ser chapa dez para todos, porque as realidades são muito diferentes (...)*”. Para o referido Presidente de Junta, é importante “(...) *ter atenção à falta de visão dos idosos, o facto de não conseguirem ler os telemóveis e na questão da SMS não conseguirem responder (...)*” (P4 Cc. 4 c 4.2).

No mesmo diapasão, P7 acrescenta que:

“As pessoas de idade preferiam o telefonema. Contactavam a perguntar como era o processo de vacinação, sobre o horário de funcionamento, se alguém os ia contatar, os tipos de vacinas. As pessoas contactavam mais para esclarecimentos, porque a plataforma com poucos cliques permitia que o agendamento fosse efetuado” (P7Cc. 4 c 4.2).

Contudo, como sustenta P3, existirem fregueses que sistematicamente preferem o presencial, pois “*há uma faixa etária que adora o contacto presencial, mesmo com o propósito de estarem na conversa e em companhia, por isso, também têm uma grande resistência ao digital*” (P3Cc. 4 c 4.3).

Assim, como sustenta P4 “[a]s organizações têm que envolver as pessoas, nomeadamente os idosos, na construção de plataformas digitais desde o início” (P4Cc. 4 c 4.4).

No que respeita ao tópico da possibilidade de utilização de plataformas semelhantes ao autoagendamento em ambiente hospitalar, diversos Presidentes de Junta ressalvaram o potencial do SNS24. A este propósito, P2 considera que

“(...) devemos ter uma plataforma única e que depois faça o encaminhamento para as especificidades (para o hospital de referência ou para o centro de saúde). Ou seja, onde possa haver um arquivo central, onde o utente possa ter o histórico daquilo que é o seu estado de saúde. Um sistema em que mesmo estando no estrangeiro eles sabem o nosso histórico, se já fomos ou não operados, o que temos” (P2Cc. 5 c 5.1).

Como salienta P3,

“(...) o SNS24 hoje já faz a triagem e o acompanhamento tanto para o ambiente hospitalar como para os cuidados de saúde primários. É uma mais-valia e creio que não será necessário complementar com mais alguma ferramenta adicional ao nível de acesso hospitalar. Na minha opinião, acredito que a resposta é o SNS24 e devemos centralizar as novas respostas nesse local” (P3Cc. 5 c 5.1).

Na mesma ótica de centralização dos processos relativos ao acesso no sistema de saúde no SNS24, P6 refere que o *“(...) SNS24 deve ser a ferramenta que centraliza as várias necessidades e pode ser incorporada esta valência do agendamento nesta aplicação. Ao invés de se ter várias plataformas diferentes”*. (P6Cc. 5 c 5.1). Já P8 vê *“(...) com bons olhos a possibilidade de as Juntas de Freguesia intervirem de alguma forma no processo de gestão das consultas (...)”*, tendo considerado uma boa ajuda *“(...) o apoio de uma ferramenta como o autoagendamento (...)”* (P8Cc. 5 c 5.1). Adicionalmente, o mesmo Presidente de Junta ressalvou o potencial de uma plataforma semelhante ao autoagendamento para auxiliar a articulação dos agendamentos entre os profissionais de saúde, referindo que

“(...) podemos aumentar a articulação de médicos para as cirurgias, para a avaliação de diagnóstico, fazendo com que quem está em várias zonas do país se possa articular para ajudar nos serviços de saúde, ou seja, colocar o máximo das capacidades técnicas que existem ao serviço da saúde e dos cidadãos” (P8 Cc. 5 c 5.2).

Para P2 e P5, há um enorme potencial na possibilidade de efetuar agendamentos de consultas e de exames, nomeadamente em ambiente hospitalar, tendo P2 destacado que *“(...) em situações que não exigem um acompanhamento clínico direto, o autoagendamento pode ser uma grande ajuda, para se reduzir filas e agiliza tanto nos centros de saúde como hospitais”* (P2 Cc. 5 c 5.3).

Tanto mais que, o entrevistado P4 assinala o seguinte:

“(...) antigamente podia aceder ao computador para fazer a marcação de consulta na USF, o que era muito simples e recentemente deixou de funcionar e agora tenho procurado fazer por e-mail. Acho inacreditável ter funcionado e agora já não ser possível marcar. Estes tipos de agendamentos ajudam a gerir as expectativas e creio que podem reduzir as faltas, tanto na ótica da USF como também do Hospital” (P4 Cc. 5 c 5.3).

3.2.4 Contributos dos Sistemas de Informação para a gestão dos processos de saúde

No que concerne ao papel dos sistemas de informação para a gestão dos processos de saúde, os entrevistados responderam com base em dois referencias, a resposta em termos dos processos de vacinação relativos à Covid-19 e o processo de acesso hospitalar.

Relativamente aos processos de vacinação contra a Covid-19, em concreto sobre o volume de vacinação, um ponto determinante e basilar para os sistemas de informação, P4 destaca o aumento gradual da vacinação, sendo que, no arranque foram *“(...) cerca de 150, depois 200, 300, 450 e posteriormente 660, decorrendo geralmente, com uma média de 600 por semana”,* atingindo-se *“(...) o pico diário (...) em 10 de abril de 2021 com 1600 vacinas (...)”* (P4Dd. 1 d 1.1). P7 refere que foi possível efetuar um ritmo de vacinação de *“(...) 1800/2000 vacinas administradas por dia”* (P7Dd. 1 d 1.1). Já P2 prefere focar o tema do volume de vacinação naquilo foi a resposta dos Centros de Vacinação com as vacinas sobrantes, referindo que *“(...) independentemente do volume de vacinação ocorreram situações em que as pessoas não iam à vacinação e depois existiam vacinas por utilizar, na gestão das sobras, os centros de vacinação contactavam quem estava a seguir (...)”* (P2Dd. 1 d 1.1).

Ainda sobre os processos de vacinação Covid-19, relativamente ao apoio na organização do espaço do CVC, P2 refere que participaram no *“(...) apoio à montagem do centro de vacinação na Freguesia (...)”* (P4 Dd. 1 d 1.2). De igual modo, P8 destaca este tipo de apoio da autarquia local, concretamente na *“(...) colocação de baias de acesso para ajudar a disciplinar o acesso dos utentes ao recinto do CVC”* (P8Dd. 1 d 1.2). Adicionalmente, os Presidentes de Junta partilharam vários testemunhos que corroboram a ideia de existência de uma relação causal entre os sistemas de informação e o acesso hospitalar. A este propósito, P2 refere que no privado constata o papel dos sistemas de informação, salientando que,

“(…) como tenho um subsistema de saúde, acedo muito a hospitais privados. Esses têm as plataformas e marcamos tudo por ali, recebemos os exames, marcamos consultas, recebemos as receitas, os atestados. O caminho deve ser este também no público para evitar deslocações desnecessárias aos hospitais” (P2Dd. 2 d 2.1).

Já para o entrevistado P1,

“(…) o digital é o presente do futuro. Cada vez mais a digitalização de qualquer serviço é fundamental e faz todo o sentido para as consultas hospitalares. Tem de haver um investimento maior do Ministério da Saúde no Digital e uma maior agilidade, mesmo que eu reconheça que algumas áreas já fazem bem esse trabalho. Por exemplo, as consultas no hospital público da nossa área de influência geográfica, já podem ser consultas marcadas pela via digital e depois recebemos SMS com a data e a informar o serviço” (P1Dd. 2 d 2.1).

Na ótica de P6, existem fatores a montante dos sistemas de informação que influenciam o acesso hospitalar, nomeadamente a questão da atribuição do hospital de referência, pois, no seu entender,

“[o] Hospital que nos está atribuído pela área de referência é o Centro Hospitalar A, ainda que a população se sinta mais próxima e prefira frequentar o Centro Hospitalar B. Mas como pertencemos a este Município ficamos atribuídos ao Centro Hospitalar A. Mas até o Centro Hospitalar C fica a 20 minutos e o Centro Hospitalar A no nosso Município funciona mal, então várias vezes temos de ir ao outro Hospital do mesmo Centro Hospitalar que já fica a 45 minutos. Há mesmo pessoas que escolhem o Centro Hospitalar D, de outro distrito, porque sentem que podem ficar sem vaga nestes hospitais”. (P6Dd. 2 d 2.2).

Ainda no tópico do contributo dos sistemas de informação para melhorar o acesso hospitalar, importa convocar os testemunhos dos Presidentes de Junta de Freguesia sobre as teleconsultas e o *Balcão SNS24*. P2 assinala que “[p]ara as consultas de rotina acredito que as pessoas podem fazer à distância” (P2Dd. 2 d 2.3).

Neste quadro, P3 entende que

“[n]o Balcão SNS24, nós temos aqui diversos setores que podemos dar atendimento: receitas de medicação habitual, agendamento de consultas, teleconsulta, certificados de vacinação ou até questões de acesso ao SNS24 já fazemos aqui. Também se dá uma resposta em Segurança Social, pois acedemos a alguns atendimentos digitais” (P3Dd. 2 d 2.3)

Enquanto P5 refere que

“[o] Balcão SNS24 tem funcionado mal devido à pouca articulação. Muitas vezes ficamos sem resposta para dar ao utente e isso é um problema. Foi essa coordenação que se conseguiu ter durante a pandemia com a Câmara Municipal e os delegados de saúde e nessa altura a coordenação permitiu ser muito mais ágil a resposta. O Balcão SN24 tenta fazer com que a resposta seja passar para uma plataforma de agendamento as consultas do centro de saúde, retirando esse trabalho administrativo ao centro de saúde Não só considero bem, como também vejo com bons olhos esta possibilidade de passar para as autarquias, mas é preciso melhorar esta articulação” (P5Dd. 2 d 2.3).

Para P8

“[o]s centros de saúde funcionam com muitas falhas pelo que colocar os Sistemas de Informação como apoio é fundamental e dou como exemplo a aposta nas teleconsultas. Além disso, a Junta está a procurar avançar num protocolo para a obtenção do Balcão SNS24 e ajudar na marcação de consultas e exames, o que pode ajudar a colmatar o problema da falta de profissionais no centro de saúde e alguma demora nesse processo administrativo” (P8Dd. 2 d 2.3).

No que respeita ao aspeto da modernização do atendimento administrativo nos hospitais, P5 assinala que

“(…) devemos alargar os sistemas de informação para serem mais um ponto de acesso aos hospitais e tirar pressão dos serviços administrativos, basicamente dar mais tempo a quem tem que dar resposta técnica em saúde e a quem tem que dar resposta nos serviços administrativos, para quem telefona ter resposta e se diminuir a pressão e ocupar menos tempo no atendimento administrativo” (P5Dd. 2 d 2.4).

Na mesma linha, P7 destaca que

“(…) os sistemas de informação como o SNS24 permitiram melhorar o acesso e o atendimento administrativo como é exemplo as prescrições na altura da pandemia ou dos testes PCR, do apoio da linha telefónica do SNS24 e tudo isto é importante aprofundar para melhorar o acesso aos hospitais” (P7Dd. 2 d 2.4).

Capítulo IV – As vozes dos participantes: análises e considerações

As entrevistas aos Presidentes de Junta revelaram uma diversidade de posições, embora também algumas convergências. Do ponto de vista analítico, verificámos uma confluência na ideia de que os sistemas de informação são importantes para melhorar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, tanto em termos dos CSP como dos cuidados hospitalares. Neste quadro, a plataforma de agendamento online da vacinação Covid-19, de acordo com os entrevistados, foi um bom exemplo daquilo que é a capacidade de resiliência dos sistemas de saúde em períodos conturbados de resposta da saúde pública, sendo uma peça essencial no combate protagonizado pelas tecnologias de informação e comunicação como ajuda na resposta.

Num cenário de imprevisibilidade e em que prevaleceu o desconhecido, características inerentes às pandemias ao nível da saúde pública, os Presidentes de Junta entrevistados efetuaram uma avaliação positiva da resposta do Ministério da Saúde, não deixando de elencar vários pontos de melhoria e de salientar o contexto da resposta.

De um ponto de vista menos positivo, verificámos dos entrevistados que o período mais crítico de combate ao flagelo da pandemia de Covid-19 foi também pródigo em demonstrar as fragilidades dos sistemas de saúde e, em particular, do sistema de saúde português. Concretamente, resultaram das entrevistas: (i) lacunas na resposta à pandemia do setor privado de saúde, (ii) episódios de desarticulação e uma certa desregulação dos diversos agentes na resposta à pandemia, (iii) carência de médicos de saúde pública, caracterizados como uma força de trabalho envelhecida e (iv) comunicação pouco assertiva e contraditória.

Relativamente ao primeiro ponto, em matéria do setor privado da saúde, consideramos que este deveria ter tido um papel mais interventivo no combate. Não obstante, salientamos que a função do Governo e do Ministério da Saúde consiste na convocação de todo o sistema de saúde e não apenas a resposta pública para a prestação dos cuidados de saúde, o que não aconteceu de forma eficaz. Neste particular, o acesso aos cuidados de saúde, em fases críticas de resposta, ganha mais se soubermos convocar todo o sistema de saúde, potenciando toda a rede de cuidados, incluindo o social e o privado.

A este propósito, numa fase de desconfinamento temos a “(...) *oportunidade para articular melhor setores e atores sociais relevantes, cuja necessidade já foi patente no decurso desta pandemia: as autarquias locais, no reforço da sua colaboração com as instituições de saúde; o setor social, nomeadamente as Misericórdias e IPSS, pela sua*

ação junto das populações mais vulneráveis e os institucionalizados, incluindo os mais idosos; as organizações não governamentais, da ação social à cultura e ao entretenimento, já com iniciativas inovadoras em curso; entidades públicas e privadas associadas às questões do trabalho e do turismo; a comunicação social pelo seu papel essencial na partilha de informação credível e oportuna” (Sakellarides & Araújo, 2020).

Consideramos, assim, que devem ser retiradas ilações do cenário de pandemia que permitam perspetivar um futuro melhor da saúde e da articulação dos vários intervenientes.

No que respeita ao segundo ponto, episódios de desarticulação e uma certa desregulação dos diversos agentes na resposta à pandemia, em linha com os autarcas entrevistados, importa salientar a necessidade de potenciar a regulação do setor da saúde. Aliás, num quadro de descentralização de competências para a Administração Local, urge uma visão mais ampla da regulamentação do setor da saúde, como foi resultado, inclusive, das entrevistas a competição na aquisição dos EPIS.

Neste sentido, consideramos que um aumento do investimento público nesta função essencial do Estado é fulcral. Mesmo a administração dos hospitais ganha com uma comparação mais justa e transparente, tanto nos hospitais públicos como privados. Assim, o fortalecimento dos recursos de uma entidade como a ERS pode trazer ganhos para a gestão em saúde.

No que concerne ao terceiro ponto, relativo ao facto de os entrevistados considerarem que, no período mais crítico de combate à Covid-19, houve uma falta de médicos de saúde pública e um envelhecimento desta classe de profissionais, naturalmente, acompanhamos esta perceção. Aliás, o então Presidente da Associação de Médicos de Saúde Pública, Doutor Ricardo Mexia (2020), referiu que estes profissionais fizeram das *“tripas coração (...) num esforço tremendo para responder a todas as solicitações, do ponto de vista da validação dos casos, da vigilância ativa (...)”* reconhecendo a falta destes profissionais, são cerca de 400 médicos de saúde pública, e considerou *“uma força de trabalho muito envelhecida”*, vendo com bons olhos a colaboração sinérgica de outros profissionais e tendo referido que *“[n]este momento, todos os braços são bem-vindos para poder colaborar”*.

É, portanto, necessário intensificar a aposta na formação destes profissionais, mas também planear conjuntamente e de forma cíclica a conceção de sistemas de informação que auxiliem na resposta, de modo a melhorar o acesso à informação e permitir uma maior articulação dos intervenientes em cenários de grande pressão dos

serviços de saúde. Adicionalmente, das entrevistas realizadas resulta que o poder local é destacado como um parceiro na resposta do sistema de saúde.

Esta perceção é partilhada por Ricardo Mexia (2020), que convocou o caso dos Estados Unidos da América como um exemplo merecedor de estudo e comparabilidade ao utilizar “*bastante os municípios para serem líderes*”, assentando os sistemas de saúde desenhados ao estilo de Beveridge³⁵, como é o caso português, “(...) *em comunidades autónomas e municípios que decidem, desenvolvem e executam planos de saúde*”.

Neste quadro, verificamos que a partilha entre os vários interlocutores e o estabelecimento de sinergias potenciam a resposta dos serviços de saúde, nomeadamente, no controlo populacional, em termos dos determinantes de saúde³⁶ em que se recorre a rastreios. Assim, consideramos que a definição da administração das unidades de saúde deve ter em linha de conta a participação dos Municípios, como ocorre já na ULS Matosinhos, conforme referido pela Presidente da Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP), considerando que “(...) *não é indiferente o facto de haver no conselho de administração, no órgão executivo da Unidade Local de Saúde um representante da população que é escolhido pelos representantes da população (...)*” e apresentando como benefícios “(...) *esta visão integrada, [que] também permite não só responder melhor às pessoas, mas utilizar menos recursos (...)*” (Salgueiro, 2023).

Finalmente, no que respeita ao último ponto, comunicação pouco assertiva e contraditória do Ministério da Saúde e da DGS, reconhecemos, desde logo, que no período da Covid-19 estas entidades realizaram comunicações periódicas recorrentes, de periodicidade diária e por vezes bidiária. Tendo presente que a comunicação televisiva referente à pandemia chegou a representar mais de 30%, sobre o balanço da resposta à pandemia cerca de 29% ou sobre os planos de desconfinamento cerca de 26%, maior relevância, protagonismo e responsabilidade tiveram os responsáveis do Ministério da Saúde e da DGS. Ainda para mais num cenário em que os “(...) *técnicos responsáveis pela saúde pública e pelo poder político envolveram a televisão como ferramenta crucial para a comunicação (...)*” (Cunha, Martins, & Cabrera, 2021).

³⁵ O modelo Beveridge, com origem no Reino Unido, baseia-se no acesso universal aos cuidados de saúde e todos os serviços médicos são geridos diretamente pelo Governo. Neste modelo, a saúde é financiada através de impostos pagos pelos cidadãos.

³⁶ Os determinantes de saúde, que, cada vez mais, interagem entre si, são fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável. No âmbito do Plano Nacional de Saúde 2030 foi adotada a seguinte classificação dos determinantes de saúde: ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde.

Em matéria de vacinação, Portugal foi um bom exemplo e seguramente o histórico do país, em que “(...) *de facto a vacinação em Portugal corre bem há mais de 50 anos* (...)”, ajudou ao sucesso no caso da Covid-19 (Ramos, 2021). Houve também um momento crucial na definição do plano de vacinação contra a Covid-19 que pode ter feito a diferença, “(...) *quando mudou o critério de prioridade que passou a ser apenas a idade. Isso foi muito relevante para que tudo passasse a rolar sobre esferas*” (Ramos, 2021). Neste quadro, consideramos que o Ministério da Saúde e a DGS beneficiaram da tradição de vacinação dos portugueses, que mesmo apesar dos eventuais erros de comunicação e da contrainformação nos meios digitais que guiou vários negacionistas, foram peça chave do sucesso da vacinação.

Mas focando-nos com particular acuidade nas considerações dos autarcas entrevistados e das notas de campo relativamente ao portal de agendamento online da vacinação Covid-19, resulta a importância do referido portal como complemento do dispositivo comunicacional e uma nova porta de entrada do sistema de saúde no combate à pandemia.

Com um carácter fortemente inovador, a ferramenta foi muito além de um projeto piloto – quando comparado com os habituais projetos desta natureza –, tendo registado um grande alcance, enquanto vaso comunicante com os diversos centros de vacinação em Portugal continental e com uma utilização massiva.

Como verificámos, ocorreu um ritmo crescente de utilização do portal de agendamento online para a vacinação Covid-19 no volume global de vacinação realizado, enquanto ia ocorrendo a redução das faixas etárias que podiam agendar a sua vacinação. Esta constatação vem de encontro ao *feedback* geral partilhado pelos autarcas da perceção de uma utilização maior dos mais jovens e dos alertas sobre a utilização do portal pelos idosos, nomeadamente sobre a literacia digital.

No que concerne à literacia digital deste tipo de plataformas, acompanhamos o entendimento dos autarcas, que recomendaram a envolvimento dos utilizadores na fase inicial da conceção destas ferramentas. Neste sentido, defendemos a envolvimento do público-alvo desde a fase da conceção destas soluções, incluindo os mais idosos e os membros das associações de utentes que interagem com o sistema de informação. Adicionalmente, consideramos importante que a decisão de integrar os utilizadores, desde o início, da elaboração dos sistemas de informação vem ao encontro das perspetivas defendidas no âmbito da “*Open Innovation*”, ao recomendar precisamente a abertura das organizações a outros profissionais do setor de atividade e a indivíduos da sociedade civil que possam recorrer aos serviços.

Consideramos que, no quadro da administração hospitalar, a “*open innovation*” deve constituir uma referência na procura constante pela melhoria da qualidade da prestação dos serviços.

Ainda relativamente às sugestões dos autarcas sobre o portal de agendamento, importa relevar o alargamento do sistema a outras necessidades em saúde, inclusive em meio hospitalar e a centralização da ferramenta num único local. Relativamente ao alargamento do sistema a outras patologias, à vacinação da gripe sazonal e aos rastreios, uma parte das propostas dos autarcas entrevistados já se encontram, mais recentemente, em funcionamento. Nomeadamente, “(...) *este sistema foi[,] entretanto[,] alargado à convocatória para outros atos, como rastreios, permitindo uma maior rapidez no contacto com a população (...)*” (DN/Lusa, 2023).

Sobre a sugestão de centralização da ferramenta no mesmo local que outros serviços disponibilizados pelos sistemas de informação em saúde, e em concreto, da sugestão de centralizar o autoagendamento na aplicação SNS24, foi mais recentemente concretizada esta proposta. Para Pinheiro (2023), “[a] *facilidade de acesso à vacinação, através do autoagendamento no portal SNS 24, pode ser um elemento absolutamente fundamental para se continuar a manter as taxas de vacinação altas*”.

Sobre o portal do autoagendamento, nas considerações que nos foram deixadas pelos profissionais do hospital e pelos autarcas, destacamos o (i) potencial de replicabilidade para o agendamento de consultas de especialidade em ambiente hospitalar e também uma (ii) ferramenta com capacidade para articular os profissionais de saúde na referenciação entre os CSP e o hospital.

No que concerne ao ponto (i), numa realidade complexa como é aquela que se verifica num hospital, não se descreve a solução como uma ferramenta que permita realizar um agendamento direto do utente em cuidados hospitalares. Não obstante, de forma gradual e seguindo os princípios da *Open Innovation*, podem ser disponibilizadas vagas, após a referenciação dos CSP, com vista ao agendamento de uma consulta hospitalar através do portal do SNS24. Naturalmente, acompanhamos o entendimento que a bolsa de vagas por esta metodologia deve ser enquadrada de forma gradual, priorizando as especialidades que nos hospitais aderentes ao portal do agendamento tenham menor lista de espera e condições atendíveis para esta marcação. Neste sentido, e em linha com os profissionais hospitalares com quem conversámos e com os autarcas que entrevistámos, consideramos que os agendamentos de consultas nos CSP devem ser disponibilizados no portal do SNS24.

Atualmente, não existem razões plausíveis para que exista tamanha disparidade entre unidades de saúde dos CSP, em que algumas unidades permitem este funcionalismo e outras unidades não o permitem. Esta constatação é partilhada por Habib (2022) que assinalou a ferramenta do autoagendamento da vacinação Covid-19 como uma aprendizagem da pandemia que pode ser considerada para os CSP.

Relativamente ao ponto (ii), salientamos o problema que se verifica na referenciação proveniente dos CSP em determinadas patologias, apresentando a referenciação um certo grau de subjetividade, tanto das funções desempenhadas pelo médico de família como pelo médico triador. Aliás, estes profissionais de saúde são essenciais e indispensáveis ao processo de referenciação.

No entanto, a construção de um sistema de informação que parametrize os requisitos de referenciação e auxilie os médicos neste processo, inclusive considerando mecanismos de alarmística, pode dar um importante contributo no processo. Apesar de se tratar de um sistema de informação com vista a ser utilizado apenas por profissionais de saúde, a construção do sistema de informação necessita dos relevantes contributos e sugestões dos profissionais e utentes envolvidos.

A este propósito, os autarcas foram mais longe sobre o potencial de uma ferramenta similar para a articulação dos profissionais de saúde, nomeadamente, com o testemunho P8Cc.5c5.2. De facto, o SNS enquanto rede nacional de prestação de serviços de saúde deve convocar todo o dispositivo de serviços de saúde existente.

Não obstante, na ótica da solução preconizada no testemunho referido, consideramos a atual configuração do sistema de saúde como um desafio acrescido. Nesses moldes, um sistema de informação com esta capacidade de articulação nacional de agendamentos de atos clínicos, com visibilidade e reserva disponibilizada aos profissionais, está associada, naturalmente, a uma maior liberdade de movimentos no SNS, tanto dos utentes como dos profissionais.

No que respeita à liberdade de acesso, ou seja, da liberdade na escolha do CVC providenciada pelo portal de agendamento online da vacinação Covid-19 aos utilizadores do portal, os autarcas entrevistados foram perentórios na consideração dessa liberdade como um fator positivo. Mesmo considerando os episódios em que os fregueses tiveram de se vacinar num CVC fora da sua freguesia, em face da indisponibilidade de agenda, os autarcas identificaram como uma vantagem esta funcionalidade disponibilizada no portal.

Neste particular, consideramos que existem atualmente desafios no seio da realidade hospitalar que podem condicionar a qualidade do acesso e que devem ser

tidos em consideração numa reforma sobre esta matéria, designadamente no que concerne à “(...) *rigidez administrativa e de falta de autonomia de gestão, de avaliação e compromisso com o desempenho (...)*”, fator que é “(...) *um dos principais problemas na competição interna pelas melhores práticas dentro do SNS (...)*” (Fernandes & Pinto, 2022, p. 62). Nos cuidados de saúde de proximidade “[a] *liberdade de escolha em saúde, sempre que possível, tem de ser baseada em informação credível, validada e em conhecimento, de modo a salvaguardar a incerteza e a vulnerabilidade ética associadas ao risco de escolhas induzidas ou artificialmente referenciadas*” (Fernandes & Pinto, 2022, p. 62).

Neste quadro, destacamos que os sistemas de informação são relevantes para a melhoria do acesso em cuidados de saúde e certamente que uma ferramenta com as potencialidades do portal de agendamento da vacinação Covid-19 pode trazer ganhos em matéria de acesso.

Não obstante, os sistemas de informação são apenas uma componente que auxiliam no acesso dos utentes. De facto, são os profissionais de saúde, os processos e a própria organização do sistema de saúde que permitem fortalecer a resposta dos serviços de saúde. Neste sentido, o essencial na proliferação dos sistemas de informação em saúde é “(...) *um cuidar que não é tecnológico, mas muito próximo da humanidade (...)*”, pelo que no futuro “(...) *o grande desafio será compatibilizar este desenvolvimento tecnológico com a qualidade dos cuidados (...)*” (Simões, 2023).

Em linha com Simões, alguns profissionais hospitalares com quem conversámos assinalaram, por um lado, não existir no SNS incentivos adequados para os médicos na realização das consultas hospitalares, com pagamentos baixos no adicional e, por outro, que, por vezes, a melhoria do acesso conduz a piores cuidados.

Neste particular, os profissionais de saúde hospitalares referiam-se ao tópico da qualidade em saúde, no quadro dos vales cirurgia para referir a possibilidade de, por vezes, melhorar o acesso poder conduzir a cuidados de saúde de menor qualidade. Embora a medida do vale cirurgia tenha sido determinante para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, tendo um papel preponderante na resposta às pessoas que dependem do SNS para ver as suas situações de doença resolvidas em tempo adequado, a verdade é que nem sempre o vale cirurgia conduz aos melhores tratamentos ou ao adequado acompanhamento em situação cirúrgica, sendo que as situações em que essa evidência científica for verificada deveriam ser analisadas cuidadosamente, por forma a mitigar os efeitos negativos dessas ocorrências e melhorar a medida.

Não obstante, consideramos que esta medida traz benefícios para a construção de soluções que melhorem o acesso no tópico das consultas hospitalares e deve ser convocada para servir de estudo para a construção de uma plataforma nos moldes que defendemos. Ou seja, uma medida de construção de um sistema de informação baseado na ferramenta de autoagendamento para o acesso referenciado às primeiras consultas. Naturalmente que para o caso das consultas subsequentes o mesmo sistema deve ser convocado, pois nessas não se exigem alterações complementares de maior, aliás procedimento que já foi adotado para os cuidados de saúde primários do SNS e que deve ser assim alargado aos hospitais.

De forma isolada, e sem o devido acompanhamento de melhorias ao nível do dispositivo do atendimento médico, trará ganhos residuais no acesso dos cidadãos. Neste sentido, consideramos que falta no SNS um *SIGIC*³⁷ *das consultas*, conforme defende Fernandes (2020), ao considerar que “(...) *não consigo compreender porque não há um SIGIC para as consultas e os exames no SNS*”. Assim, recomendamos um avanço em termos da construção de um dispositivo semelhante ao SIGIC para as consultas hospitalares e que seja acompanhado do portal de autoagendamento nas primeiras consultas hospitalares e nas consultas subsequentes, pois cremos que pode efetivamente trazer ganhos no acesso dos cidadãos ao SNS e aos hospitais.

No atual cenário de mutação do SNS, com o aparecimento da direção executiva do SNS e com o objetivo de potenciar formas de organização que melhorem a integração de cuidados dos CSP e dos cuidados hospitalares, como são exemplo as Unidades Locais de Saúde e com a expectativa de avanço destas Unidades, existe uma grande oportunidade para concretizar um salto qualitativo do SNS na prestação dos cuidados de saúde. Em linha com Araújo (2023), também nós consideramos ser este o momento certo para se avançar, já que “(...) *não temos mais tempo a perder (...) é tempo de fazer acontecer (...)*”.

Neste quadro, os sistemas de informação devem acompanhar o objetivo da integração dos cuidados de saúde, onde a lógica de investimento em sistemas omnicanal³⁸ e na interoperabilidade tem uma importância acrescida. Isto é, sistemas que

³⁷ O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) visa “a gestão integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de forma continuada, tendo sido implementado em todas as regiões de saúde. Para a gestão do processo SIGIC foi criado o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC) para uso das instituições da rede (unidades central, regionais e hospitalares), com maior ênfase nos módulos para hospitais convencionados (hospitais de destino) e o eSIGIC, aplicação para o cidadão/utente” (Agência para a Modernização Administrativa). O SIGIC foi criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho, com vista a combater as listas de espera para cirurgia.

³⁸ A título de exemplo, o SNS24 é hoje um serviço omnicanal e não apenas uma linha telefónica, permitindo o acesso a um conjunto de serviços digitais e de telessaúde do SNS.

articulem os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde de proximidade e que tenham uma génese de amplitude nacional de modo a atenuar, do ponto de vista das tecnologias de informação, as possíveis diferenças regionais em termos do atendimento assistencial.

Naturalmente que esta lógica de integração não se esgota nas organizações de saúde, exigindo ainda a participação das Autarquias Locais. Neste particular, salientamos o testemunho do autarca em P1Aa.3 a.3.3, onde fica patente a importância da necessidade de considerar as Autarquias Locais na componente do desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde e, em concreto, na importância da sua envolvimento nas sessões formativas sobre as ferramentas informáticas.

Conclusão

Os sistemas de informação no período da Covid-19

No desenlace de um trajeto investigativo que emergiu no contexto da frequência do CEAH e que foi influenciado pelas mudanças de paradigma que a Saúde sofreu no quadro da pandemia da Covid-19, importa, neste âmbito, tecer algumas reflexões conclusivas.

Como denotámos, durante a pandemia, ocorreu uma profunda alteração sistémica da vida em sociedade, da economia, do mundo do trabalho, com recurso maciço ao teletrabalho, e do sistema educativo, com reflexos também na saúde, tendo verificado que, ao longo dos últimos três anos, o acesso aos cuidados de saúde deparou-se com desafios únicos, com a suspensão, durante um longo período, da atividade programada não urgente, onde se incluem consultas, cirurgias e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a par da descompensação no acompanhamento de doenças crónicas, na produção de diagnósticos e no agravamento da saúde mental.

Da nossa investigação resultou que o período da pandemia do SARS-CoV-2 foi disruptivo para a organização da sociedade civil, tendo o alarme social e o confinamento despertado para a necessidade de aprofundamento de formas de comunicação, de trabalho e de prestação de cuidados de saúde à distância, tendo-se intensificado o aparecimento de diversos recursos baseados em sistemas de informações, o que permitiu reforçar a importância da saúde digital.

Neste contexto, os sistemas de informação assumiram um papel preponderante na resposta à Covid-19, na senda do que já vinha sendo o seu papel no setor da saúde em geral, cada vez mais marcada pela tecnologia. Também por isso, como denotámos, o PRR prevê um incentivo para o desenvolvimento da saúde digital, tendo sido por nós considerado que o futuro da saúde será marcado pelas valências dos *gadgets*, que permitem uma maior interligação das respostas em cuidados de saúde, o que exigirá dos atuais e futuros administradores hospitalares uma redobrada atenção aos avanços da saúde digital.

Na nossa investigação, enquadrados no cenário pandémico, propusemo-nos analisar o contributo dos sistemas de informação para a tomada de decisão e para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde. A este propósito, como sublinhámos, as plataformas de informação podem contribuir para a tomada de decisão dos gestores, permitindo reduzir os custos associados aos cuidados de saúde, melhorar a eficiência dos cuidados prestados e, consequentemente, promover a sustentabilidade do SNS e a melhoria do acesso aos cuidados de saúde. De igual modo, podem também contribuir

para a capacitação da tomada de decisão dos utentes, levando em conta as suas necessidades e escolhas e colocando-os no centro do sistema.

Apesar disso, como ficou patente na nossa investigação, a utilização, o acesso e o processamento de dados recolhidos através de plataformas de informação deve ser monitorizado e protegido, devendo a segurança e a disponibilidade futura de dados e informação ser asseguradas.

Num prisma mais concreto para os objetivos a que nos propusemos na nossa investigação, analisámos com especial acuidade a experiência do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19, tendo desenhado um quadro comparativo com as plataformas existentes em Espanha, no Reino Unido e na Suécia.

Relativamente à plataforma portuguesa, salientámos que, entre abril e agosto de 2021, a vacinação foi realizada segundo o critério predominante do plano de vacinação em Portugal, a idade, seguido pelo portal, denotando-se um ritmo crescente de utilização do portal de agendamento online para a vacinação Covid-19 no volume global de vacinação realizado. Como constatámos, a fase de arranque do autoagendamento começou para a faixa etária de mais de 65 anos e foi reduzindo a idade das faixas etárias contempladas até aos menores de idade, fator possivelmente explicativo para o aumento da utilização da plataforma.

Como ponto menos positivo da plataforma portuguesa, denotámos a impossibilidade de escolher a hora pretendida pelo cidadão – ou, pelo menos, um intervalo de horas –, que apenas podiam selecionar o local de vacinação e o dia pretendido, tomando conhecimento da hora que lhe tinha sido atribuída aquando da receção da SMS.

No que respeita ao quadro comparativo entre a plataforma portuguesa, espanhola, inglesa e sueca, como sublinhámos, também em Espanha a vacinação Covid-19 foi desenvolvida através de sistemas de informação para o autoagendamento, embora disponibilizados através das comunidades autónomas, que efetuaram uma organização do processo de agendamento da vacinação, com as singularidades de cada região. No Reino Unido foi disponibilizou um sistema de informação muito semelhante ao português, quer em termos de capilaridade territorial quer nas formas de convocação adotadas, excetuando algumas particularidades. Relativamente às diferenças face ao sistema português, importa destacar que numa fase inicial da vacinação em Inglaterra foi possível o cidadão escolher a vacina que queria tomar e que a aplicação permitiu escolher o dia e a hora para se receber a vacina. Finalmente, na Suécia, o combate à pandemia da Covid-19 foi alicerçado numa conceção diferente, isto é, numa estratégia

em que o país optou por uma resposta mais liberal, atribuindo uma maior responsabilidade aos próprios cidadãos e aos seus comportamentos individuais como fator chave da quebra das cadeias de transmissão do vírus. Em termos de vacinação e do processo de autoagendamento na Suécia, o processo foi realizado através de vários sistemas de informação, consoante a região do país, à semelhança do sucedido em Espanha.

Como acentuámos, a centralização do processo de autoagendamento no mesmo sistema de informação facilita, por um lado, a análise dos dados referentes aos processos de vacinação nos países, e, por outro, o acesso à vacinação a cidadãos deslocados da sua região. Ademais, permite agilizar nas mudanças que se afigurem necessárias nos cenários de maior incerteza como ocorreu na pandemia.

Da análise das várias plataformas em apreço, salientámos a premência de as mesmas serem trabalhadas de modo a poderem ser acedidas por pessoas invisuais. Adicionalmente, também resultou da nossa investigação a necessidade de incrementos quanto ao acesso de imigrantes que não se encontrem registados no sistema de saúde ou daqueles que não entendem a língua dos países em que se encontrem.

Ainda no quadro dos sistemas de informação em saúde, analisámos as possibilidades de inovação aberta, tendo considerado que, apesar de este tipo de inovação promover a colaboração com *stakeholders* externos ao longo do processo, importa ter presente as singularidades do contexto da saúde, onde a introdução de inovações é um processo particularmente difícil e complexo devido ao aumento de custos, longos ciclos de desenvolvimento de produtos, excesso de regulamentação, inércia estrutural das organizações de saúde, peculiaridade dos mercados de saúde, falta de recursos financeiros para implementar inovações e riscos associados com eles. Apesar das dificuldades, como concluímos, a inovação aberta pode promover maior eficácia, acessibilidade e inovação no setor da saúde.

Em concreto no contexto da Covid-19, uma pandemia em que o fator tempo e a necessidade de chegar a uma solução mais cedo, com recurso a sinergias e partilhas de vários *stakeholders*, suplanta a questão dos custos, a inovação aberta pode ajudar na tomada de decisão e na resolução do problema.

Um retorno à questão central e aos eixos de pesquisa

Retomando as questões centrais colocadas no início da nossa investigação, este trabalho demonstrou um consenso alargado dos testemunhos sobre o relevante contributo do portal de agendamento online para a vacinação contra a Covid-19 na

melhoria do acesso da população às vacinas, tendo sido amplamente utilizada pela população. Adicionalmente, a plataforma permite desenhar uma comparação com outras ferramentas com a mesma função aplicadas em outros estados, no caso Espanha, Reino Unido e Suécia.

Importa salientar que um dos pontos necessários de melhoria mais relatado na nossa investigação foi, entretanto, resolvido, concretamente a disponibilização do autoagendamento da vacina no portal do SNS24, centralizando assim a resposta. Concluímos também que estes tipos de respostas digitais devem ser gizadas em conjunto com os utentes e todas as partes interessadas, desde uma fase inicial da conceção, de modo a obter os melhores contributos para os serviços desempenhados.

Em termos de contributo da adaptação deste tipo de portal para os cuidados hospitalares, concluímos, desde já, que a replicabilidade da mesma é possível. Constatamos que, mais recentemente, a utilização deste tipo de portal de autoagendamento já foi alargada à vacinação da gripe sazonal, a rastreios e a outras patologias. Neste sentido, é também relevante que todas as unidades dos CSP possibilitem o agendamento de consultas no Portal do SNS24.

Para a melhoria do acesso aos cuidados hospitalares a nossa investigação concluiu como pertinente a utilização de um portal de agendamento eletrónico ao serviço dos utentes para a marcação de consultas hospitalares, tanto das primeiras consultas, num quadro de disponibilidade de efetivação desencadeada em sinergia entre os CSP e o Hospital, como para as consultas subsequentes. Nesta linha de pensamento, para a vertente das cirurgias concluímos pela pertinência de os ensinamentos do processo implementado no contexto da Covid-19 serem mobilizados noutros contextos da saúde.

Ainda pelo que transparece dos testemunhos das diferentes partes interessadas, resulta uma grande envolvência dos autarcas no contexto da Covid-19, concretamente dos presidentes de Junta de Freguesia, tendo as autarquias constituído uma peça essencial no complemento da resposta dos serviços de saúde no combate à pandemia. A este propósito, verificamos que as relações colaborativas, por motivos de urgência na resposta, aumentaram nesta época, podendo constituir um estudo de caso para as reformas futuras da organização das instituições de saúde. Da investigação que levámos a cabo resulta o trabalho de parceria que existiu no quadro do Balcão SNS 24, dos cuidados domiciliários, do transporte de utentes ou dos profissionais de saúde e das linhas telefónicas de apoio.

É neste contexto que concluímos pelo importante papel da atuação sinérgica das Autarquias para o apaziguamento da comunidade e para os determinantes de saúde,

concretizado através da execução de rastreios. Deste modo, podemos estar perante uma oportunidade com vista à melhoria de articulação, tendo até presente a edificação das novas Unidades Locais de Saúde protagonizada pela Direção Executiva do SNS.

Em matéria de regulação dos serviços prestados em saúde, a nossa investigação denota, desde logo, a possibilidade de melhoria destas necessidades, nomeadamente num contexto de descentralização de competências no setor da saúde para as autarquias, a par da necessidade de ação acrescida da entidade reguladora da saúde. Adicionalmente, estando perante um setor de atividade em que o financiamento público é grande, o mercado necessita de uma regulação eficaz e dotada dos recursos necessários.

Desafios para novos investimentos

Chegados ao ocaso da nossa investigação, consideramos que este trabalho apresenta referenciais consistentes, embora a temática da melhoria do acesso aos cuidados de saúde não se esgote no presente trabalho.

Como desafio para futuras investigações, pretendemos refletir sobre a possibilidade de criação de um portal relacionado com as cirurgias, previamente mencionado, ou seja, que integre as necessidades cirúrgicas em termos de listas de espera e que as cruze com as disponibilidades médicas do dispositivo global do SNS e do setor privado para a prestação de serviços médicos, com vista ao combate das listas de espera para cirurgia.

Denotamos, igualmente, que para a aplicabilidade de algumas das conclusões acima descritas, o quadro normativo e de organização do sistema de saúde português teria de ser adaptado para um cenário alicerçado nos pilares da liberdade de acesso dos utentes e da circulação dos profissionais dentro do ambiente do SNS e do setor privado.

Bibliografia

- Abreu, L. (2018). A luta contra as invasões epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI-XIX. *Ler História*, 73, pp. 93-120.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (27 de setembro de 2022). *Circulares Normativas*. Obtido em outubro de 2022, de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/10/Circular_Normativa_15_2022.pdf
- Afonso, N. (2014). *Investigação naturalista em educação. Um guia prático e crítico*. V.N. Gaia: Fundação Manuel Leão.
- Agência para a Modernização Administrativa. (s.d.). SIGIC – Sistema Informático de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Portugal. Obtido em fevereiro de 2023, de <http://www.rcc.gov.pt/Directorio/Temas/IG/Paginas/SIGIC-%E2%80%93-Sistema-Inform%C3%A1tico-de-Gest%C3%A3o-de-Inscritos-para-Cirurgia.aspx>
- Agência para o Desenvolvimento e Coesão. (2022). *Fundos Europeus, Plano de Recuperação e Resiliência, Contratualização*. Obtido em abril de 2023, de Transparência: <https://transparencia.gov.pt/pt/fundos-europeus/prr/contratualizacao/>
- Aires, A., & Oliveira, C. A. (2021). Depois da Tempestade... - Relato de um período de pandemia que abalou a bonança. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37, pp. 78-86. doi:10.32385/rpmgf.v37i2.12947
- Almeida, M. P. (2013). Epidemics in the news: health and hygiene in the press in periods of crisis. *Public Understanding of Science*, 22(7), pp. 886-902.
- Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação* (2ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- APAH; Glintt. (04 de junho de 2019). Barómetro da adoção telessaúde e de Inteligência Artificial no sistema de saúde. Lisboa, Portugal. Obtido em abril de 2023, de <https://apah.pt/portfolio/barometro-telessaude-inteligencia-artificial/>
- APAH; Glintt. (13 de maio de 2022). Barómetro da adoção telessaúde e de inteligência artificial no sistema de saúde. Sesimbra. Obtido em abril de 2023, de <https://apah.pt/noticia/apah-apresenta-resultados-barometro-saude-digital-2022/>
- Araújo, F. (07 de junho de 2022). A saúde depende do código postal. (J. d. Notícias, Ed.) Portugal. Obtido de <https://www.jn.pt/opiniao/fernando-araujo/a-saude-depende-do-codigo-postal--14921311.html>
- Araújo, F. (31 de maio de 2022). Mas era o meu pai. (J. d. Notícias, Ed.) Portugal. Obtido de <https://www.jn.pt/opiniao/fernando-araujo/mas-era-o-meu-pai-14902412.html>
- Arnal, J., Rincón, D., & Latorre, A. (1994). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. (07 de fevereiro de 2020). NOVOS MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR * ADALBERTO CAMPOS FERNANDES | CAMINHO DOS HOSPITAIS CHUSJ | APAH. Porto, Porto, Portugal. Obtido em fevereiro de 2023, de https://www.youtube.com/watch?v=xaCWOA_xkCU&t=915s

- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. (24 de junho de 2022). SAÚDE DIGITAL O MOTOR PARA UM NOVO MODELO DE GOVERNAÇÃO | NADIM HABIB * NOVA SBE | APAH. Portugal. Obtido em janeiro de 2023, de https://www.youtube.com/watch?v=_BBGTaz2Ihw&t=1623s
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. P. (2020). *Acesso a Cuidados de Saúde, 20320. As escolhas dos cidadãos*. Lisboa: Nova School of Business & Economics.
- Bentley, L. D., & Whitten, J. L. (2007). *Systems analysis & design methods* (7ª ed.). New York: McGraw-Hill Irwin.
- Berkley, S. (3 de setembro de 2020). COVAX explained. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>
- Besio, C., & Pronzini, A. (2010). Inside Organizations and Out. Methodological Tenets for Empirical Research Inspired by Systems Theory. *FQS - Forum: Qualitative Social Research*, 11(3). Obtido em agosto de 2022, de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1539/3043>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Campos, A. C. (2022). *Gaveta de reformas*. Lisboa: Caminho. Obtido em dezembro de 2022
- Cândido, A., Tavares, I., & Carmo, R. M. (2020). Introdução. Em R. M. Carmo, I. Tavares, & A. F. Cândido, *Um olhar sociológico sobre a crise Covid-19 em livro* (pp. 1-3). Lisboa: Observatório das Desigualdades, CIES-Iscte. doi:10.15847/CIESOD2020covid19
- Caria, T. H. (2003). *Experiência etnográfica em ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Castells, M. (2003). *A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Cerveira, E. (2020). Perspetivas e desafios para a gestão da informação na saúde em plataformas digitais. *Revista Fontes Documentais*, 3, pp. 488-493.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada. Guia prático para a análise qualitativa*. São Paulo: Artmed.
- Chesbrough, H. (2003). *Open Innovation: The new imperative for creating and profiting from technology*. Boston: Harvard Business School Press.
- Chesbrough, H. (2006). Open innovation: a new paradigm for understanding industrial innovation. Em H. Chesbrough, W. Vanhaverbeke, & J. West, *Open Innovation: researching a new paradigm* (pp. 1-12). Oxford: Oxford University Press.
- Chesbrough, H. (2020). To recover faster from Covid-19, open up: managerial implications from an open innovation perspective. *Industrial Marketing Management*.

- Coelho, M. H. (1980). Um testamento redigido em Coimbra no tempo da Peste Negra. *Revista Portuguesa de História*, 18, pp. 312-331.
- Colin, C. (2004). La santé publique au Québec à l'aube du XXe siècle. *Santé Publique*, 16, pp. 185-195.
- Comissão Europeia. (2021). Estratégia da UE para as Vacinas contra a Covid-19. Obtido em janeiro de 2023, de https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_pt
- Comunidad de Madrid. (21 de outubro de 2022). La Comunidad de Madrid actualiza la Tarjeta Sanitaria Virtual incorporando nuevos servicios y un diseño más sencillo e intuitivo. Madrid, Espanha. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.comunidad.madrid/noticias/2022/10/21/comunidad-madrid-actualiza-tarjeta-sanitaria-virtual-incorporando-nuevos-servicios-diseno-sencillo-e-intuitivo>
- Conselho Nacional de Saúde. (2022). *A pandemia de Covid-19: Desafios para a saúde dos Portugueses*. Lisboa: CNS. Obtido em maio de 2023, de https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/Relatorio-CNS2022_web.pdf
- Correia, T. (2020). A saúde e a Covid-19 em Portugal: uma reflexão a meio caminho andado. Em R. M. Carmo, I. Tavares, & A. F. Cândido, *Um olhar sociológico sobre a crise Covid-19 em livro* (pp. 17-35). Lisboa: Observatório das Desigualdades.
- Correia, T. (2020). The political management of Covid-19 in Portugal: analytical insights for the international debate. *SciELOPreprints*. doi:10.1590/SciELOPreprints.1140
- Costa, A. F. (2020). Desigualdades sociais e pandemia. Em R. M. Carmo, I. Tavares, & A. F. Cândido, *Um olhar sociológico sobre a crise Covid-19 em livro* (pp. 4-15). Lisboa: Observatório das Desigualdades, CIES-Iscte. doi:10.15847/CIESOD2020covid19
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciencias sociais e humanas: teoria e prática (2.ª reimp.)*. Coimbra: Almedina. Coimbra: Almedina.
- Cunha, I. F., Martins, C., & Cabrera, A. (2021). A pandemia de Covid-19 na televisão e as estratégias de comunicação de saúde pública em Portugal. (L. E. LEIASS, Ed.) Lisboa, Lisboa, Portugal. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://run.unl.pt/handle/10362/126845>
- Dal Molin, J. (2011). Open Innovation: transforming health systems through open and evidence-based health ICT innovation. *Communications & Strategies*, 83, pp. 17-35.
- de Campos, T. C. (April de 2020). The traditional definition of pandemics, its moral conflations, and its practical implications: a defense of conceptual clarity in global health laws and policies. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 29 (2), pp. 205-217.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Covid-19 | Relatório de Situação | 01/11/2022 - 07/11/2022*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em janeiro de 2023, de https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/11/DGS_boletim_20221107.pdf

- Direção-Geral de Saúde. (14 de abril de 2020). COVID-19 | Somos todos uma só voz | RTP, SIC, TVI e CMTV. Portugal. Obtido em julho de 2022, de <https://www.youtube.com/watch?v=XujZlriiOkw&t=168s>
- DN/Lusa. (29 de janeiro de 2023). Mais de 78 milhões SMS para vacinação em dois anos. Portugal. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.dn.pt/sociedade/mais-de-78-milhoes-sms-para-vacinacao-em-dois-anos-15744112.html>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2020). *Informação de Monitorização. Impacto da pandemia Covid-19 no Sistema de Saúde - período de março a junho de 2020*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Obtido em dezembro de 2022, de <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2022). *Informação de Monitorização. Acesso a Cuidados de Saúde Primários*. Porto: ERS.
- Fernandes, A. C. (abril/junho de 2021). As grandes pandemias da história da Europa e os seus impactos na nossa civilização: desafios da moderna saúde pública. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 10(2), pp. 19-30. doi:10.17566/ciads.v10i2.780
- Fernandes, A. C., & Pinto, P. S. (2022). *Escolhas em Saúde*. Setúbal: Fórum Saúde Século XXI.
- Ferreira, A. (2020). *A gripe espanhola de 1918*. Guimarães: Casa de Sarmento.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação. Da conceção à realização* (5.^a ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Fronteira, I., Sidat, M., Magalhães, J. P., Barros, F. P., Delgado, A. P., Correia, T., . . . Ferrinho, P. (Junho de 2021). The Sars-CoV-2 pandemic: A syndemic perspective. *One Health*, 12, pp. 1-7. doi:10.1016/j.onehlt.2021.100228
- Fundação SNS. (11 de fevereiro de 2023). Estados Gerais - Transformar SNS. Porto, Porto, Portugal. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=rMN8YZ8zFs8>
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Transaction.
- González, d. M. (25 de maio de 2021). Así puedes pedir cita para la vacuna contra el coronavirus y no perder el turno en las vacaciones. Madrid, Espanha. Obtido em dezembro de 2022, de https://www.lasexta.com/noticias/nacional/asi-puedes-pedir-cita-vacuna-coronavirus-perder-turno-vacaciones_2021052560acd047b37a83000139c496.html
- Gouveia, L. B., & Ranito, J. (2004). *Sistemas de Informação de Apoio à Gestão*. Porto: SPI - Sociedade Portuguesa de Inovação.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Estoril: Princípia Editora.
- Hancock, M. (11 de dezembro de 2020). Matt Hancock: "We can't stop now, just because the vaccine is here". (N. H. Executive, Ed.) Inglaterra. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.nationalhealthexecutive.com/articles/video/matt-hancock-vaccine-speech>

- Lapão, L., & Dussault, G. (2017). The contribution of eHealth and mHealth to improving the performance of the health workforce: a review. *Public Health Panorama*, 3(3), pp. 463-671.
- Lighthouse Reports. (2021). Vaccinating Europe's Undocumented: A Policy Scorecard=. Holanda. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://undocumentedunvaccinated.lighthousereports.nl/compare>
- Lopes, F., Araújo, R., & Magalhães, O. (20 de dezembro de 2021). Comunicar em Saúde em Tempos de Pandemia. *Covid-19: Uma Pandemia Gerida Pelas Fontes Oficiais Através de uma Comunicação Política*, pp. 17-32. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://journals.openedition.org/cs/5810>
- López Yáñez, J. (2005). El análisis de la organizaciones educativas desde una perspectiva complexa. Em M. T. González González, & et al., *EPD. Reflexiones para la acción. Organización* (pp. 107-127). Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria.
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. (33 (1)). Obtido em julho de 2022, de https://web.archive.org/web/20190308144536id_/https://core.ac.uk/download/pdf/82141337.pdf
- Lourenço, A. (04 de abril de 2023). ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR NO SÉC. XXI: O QUE NOS FALTA ? | 12ª CV APAH | 25/03/2023. (C. A.-G. Saúde, Ed.) Portugal. Obtido em abril de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=v4YulXVTC-g>
- Loyola, I. (2016). *Exercícios espirituais*. Braga: Apostolado da Oração.
- Maia, A. (17 de agosto de 2020). Mais de 40% dos doentes à espera de cirurgias fora do prazo aceitável. *Público*.
- Marques, J. (2016). A peste de 1362, na diocese de Tui. *Boletim cultural de Melgaço*, 9, pp. 141-164.
- Martins, S. d. (2020). A educação e a Covid-19: desigualdades, experiências e impactos de uma pandemia não anunciada. Em R. M. Carmo, I. Tavares, & A. F. Cândido, *Um olhar sociológico sobre a crise Covid-19 em livro* (pp. 37-55). Observatório das Desigualdades, CIES-Iscte. doi:10.15847/CIESOD2020covid19
- McEwen, A., & Cassimally, H. (2014). *Designing the internet of things*. Nova Jersey: John Wiley & Sons.
- Mexia, R. (22 de março de 2020). Covid-19: Médicos de saúde pública fazem das "tripas coração" para responder a pedidos. (Lusa, Ed.) Portugal. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.saudemais.tv/noticia/7346-covid-19-medicos-de-saude-publica-fazem-das-tripas-coracao-para-responder-a-pedidos>
- Mexia, R. (2020). *Saúde Pública no SNS*. Lisboa: ENSP-UNL.
- Montin, S. (2016). Municipalities, Regions, and County Councils: Actors and Institutions. Em J. Pierre, *The Oxford Handbook of Swedish Politics* (pp. 367-382). Oxford: Oxford University Press. doi:<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199665679.013.22>
- Morgado, J. C. (2016). *O estudo de caso na investigação em educação* (2 ed.). Santo Tirso: De facto Editores.

- MultiNews Com Lusa. (27 de dezembro de 2022). Regulador recebeu mais de 50 mil reclamações relativas a unidades de saúde no 1.º semestre. Portugal. Obtido em dezembro de 2022, de <https://multinews.sapo.pt/noticias/regulador-recebeu-mais-de-50-mil-reclamacoes-relativas-a-unidades-de-saude-no-1-osemestre/>
- Nunes, R. R., & Henriques, G. (11 de março de 2020). Covid-19. OMS declara pandemia. "A contenção tem que continuar a ser o pilar mais forte" do combate. Portugal. Obtido em novembro de 2022, de <https://www.dn.pt/mundo/covid-19-oms-declara-pandemia-11915188.html>
- OPSS. (2001). *Conhecer os caminhos da Saúde: Relatório Primavera 2001*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Pacheco, J. A. (1993). *O pensamento e a ação do professor em formação (Dissertação de Doutoramento)*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Parra, M. G. (2006). *Ética en las organizaciones. Construyendo confianza*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Petridou, E. (20 de outubro de 2020). European Policy Analysis. *Politics and administration in times of crisis: Explaining the Swedish response to the COVID-19 crisis*, 6, pp. 147-158. doi:<https://doi.org/10.1002/epa2.1095>
- Quivy, R., & Van Campanhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2.ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramos, F. (27 de dezembro de 2021). Era preciso um militar? "Tudo está bem quando acaba bem", diz Francisco Ramos. Portugal. Obtido em julho de 2022, de <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/era-preciso-um-militar-tudo-esta-bem-quando-acaba-bem-14443497.html>
- Reiner, R. K., Turban, E., & Potter, R. E. (2006). *Introduction to Information Systems – Supporting and Transforming Business*. New Jersey: Wiley & Sons.
- Sakellarides, C., & Araújo, F. (01 de julho de 2020). A Public Health Strategy for the COVID-19 Pandemic in Portugal: Learning from International Experience. p. 458. doi:<https://doi.org/10.20344/amp.14130>
- Salgueiro, L. (11 de fevereiro de 2023). Estados Gerais - Transformar SNS. Porto, Porto, Portugal. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.youtube.com/watch?v=rMN8YZ8zFs8>
- Servicio Madrileño de Salud - CONSEJERÍA DE SANIDAD. (29 de mayo de 2021). Welcome to the SARS-CoV-2 (COVID19) citation system. Madrid, Espanha. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://autocitavacuna.sanidadmadrid.org/ohcitacovid/#/>
- Serviço Nacional de Saúde. (09 de agosto de 2021). Covid-19 | Casa Aberta. Portugal. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/08/09/covid-19-casa-aberta/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (20 de janeiro de 2023). Debate | “Uso massivo da tecnologia é o grande legado da pandemia”. Lisboa, Lisboa, Portugal. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.spms.min->

saude.pt/2023/01/debate-uso-massivo-da-tecnologia-e-o-grande-legado-da-pandemia/

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2023). Plano de Recuperação e Resiliência – PRR. Lisboa, Portugal. Obtido em abril de 2023, de <https://www.spms.min-saude.pt/plano-de-recuperacao-e-resiliencia-prr/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2023). SONHO Hospitalar | Sistema Integrado de Informação Hospitalar. Portugal. Obtido em maio de 2023, de <https://www.spms.min-saude.pt/2019/01/product-sclinicohospitalar/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2023). Telemonitorização SNS. Portugal. Obtido em maio de 2023, de <https://www.spms.min-saude.pt/telemonitorizacao-sns/>
- Sharpington, K., & Gupta, A. (04 de outubro de 2019). Forecast Analysis: Healthcare Providers Internet of Things Endpoint Electronics and Communications Revenue, Worldwide. (Gartner, Ed.) Obtido em abril de 2023, de <https://www.gartner.com/en/documents/3970072>
- Simard, C., & West, J. (2006). Knowledge networks and the geographic locus of innovation. Em H. Chesbrough, W. Vanhaverbeke, & J. West, *Open Innovation: researching a new paradigm* (pp. 220-240). Oxford: Oxford University Press.
- Simões, M. S. (12 de janeiro de 2023). A Medicina do futuro não precisa de revoluções digitais. Porto, Porto, Portugal. Obtido em janeiro de 2023, de https://www.justnews.pt/artigos/a-medicina-do-futuro-nao-precisa-de-revolucoes-digitais/#.Y_FV6nbP1Pa
- Smout, A., & Sandle, P. (30 de dezembro de 2020). Reino Unido aprova vacina AstraZeneca/Oxford contra Covid-19. (Reuters, Ed.) Inglaterra. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.reuters.com/article/saude-covid-astrazeneca-reinounido-idLTAKBN294154>
- SPMS. (2020). Trace COVID-19. Portugal. Obtido em janeiro de 2023, de <https://tracecovid19.min-saude.pt/>
- Stake, R. (2016). *A arte de investigação com estudos de caso* (4.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2.^a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Suojanen, C., Heemskerk, F., & Serafini, L. (2011). *Innovation in Healthcare: from research to market*. Brussels.
- Tavares, J., Santinha, G., & Gonçalves, L. J. (2020). Tecnologias digitais de apoio à tomada de decisão em saúde. *Journal of Digital Media & Interaction*, 3 (9), pp. 40-53.
- Tegnell, A. (23 de fevereiro de 2021). The Swedish public health response to COVID-19. pp. 320-323. Obtido em fevereiro de 2023, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apm.13112>
- The Local. (12 de maio de 2021). Sweden's foreign residents report confusion over booking Covid-19 vaccine without a personnummer. Suécia. Obtido em fevereiro

de 2023, de <https://www.thelocal.se/20210512/covid-19-vaccine-personnummer-bankid/>

- Trevino, L. K. (1986). Ethical decision making in organizations: a person-situation interactionist model. *Academy of Management Review*, 11 (3), pp. 601-617.
- Turban, E., Leidner, D., McLean, E., & Wertherbe, J. (2007). *Information technology for management. Transforming organizations in the digital economy* (6ª ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Ujvari, S. C. (22 de janeiro de 2022). Covid X gripe espanhola: o que dá e o que não dá pra comparar. Brasil. Obtido em julho de 2022, de <https://www.poder360.com.br/coronavirus/covid-x-gripe-espanhola-o-que-da-e-o-que-nao-da-pra-comparar/>
- UNICEF. (s.d.). O que é o COVAX? Obtido em fevereiro de 2023, de <https://www.unicef.pt/covax-vacinas-para-todos/>
- Villas Bôas, R. V., & Neves, F. S. (2022). Simpósio nº 74: Efetividade dos Direitos Humanos e Fundamentais constitucionais das coletividades e das pessoas vulneráveis: Brasil, Portugal e países emergentes. *VI Congresso Internacional de Direitos Humanos de Coimbra: uma visão transdisciplinar (CIDH)*. Coimbra. Obtido em fevereiro de 2023, de https://www.researchgate.net/publication/367271909_Simposio_n_74_Efetividade_dos_Direitos_Humanos_e_Fundamentais_constitucionais_das_coletividades_e_das_pessoas_vulneraveis_Brasil_Portugal_e_paises_emergentes
- Vitorino, G., João, V. C., & Magalhães, T. (2021). A transformação digital nas suas diversas dimensões. Em T. Magalhães, *Transformação Digital em Saúde. Contributos para a mudança*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Wiersma, W. (1995). *Research methods in education. An introduction* (6ª ed.). Boston: Allynand Bacon.
- Winslow, C. E. (1920). *The untilled fields of public health*. Science.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research. Design and methods* (4 ed.). Thousand Oaks: SAGE.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos* (5ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

Legislação

Portugal

- Decreto do Presidente da República n.º 14/2020, de 18 de março, que declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública, renovado pelos Decretos do Presidente da República n.ºs 17/2020, de 2 de abril, e 20-A/2020, de 17 de abril

- Decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020, de 6 de novembro, que declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública, renovado pelos Decretos do Presidente da República n.ºs 59-A/2020, de 20 de novembro, 61-A/2020, de 4 de dezembro, 66-A/2020, de 17 de novembro, 6-A/2021, de 6 de janeiro, 6-B/2021, de 13 de janeiro, 9-A/2021, de 28 de janeiro, 11-A/2021, de 11 de fevereiro, 21-A/2021, de 25 de fevereiro, 25-A/2021, de 11 de março, 31-A/2021, de 25 de março, e 41-A/2021, de 14 de abril
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 45-C/2021, de 30 de abril, que declara a situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença Covid-19, alterada pelas Resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 46-C/2021, de 6 de maio, 59-B/2021, de 14 de maio, 62-A/2021, 21 de maio, 64-A/2021, de 28 de maio, e parcialmente revogada pelas Resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 52-A/2021, de 11 de maio, 59-B/2021, de 14 de maio, 62-A/2021, 21 de maio, 64-A/2021, de 28 de maio, 70-A/2021, de 4 de junho. A Resolução do Conselho de Ministros foi revogada, na sua totalidade e na redação à data, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 96/2022, de 24 de outubro
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 101-A/2021, de 30 de julho, que altera as medidas aplicáveis em situação de calamidade, no âmbito da pandemia da doença Covid-19, revogada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 114-A/2021, de 20 de agosto
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 114-A/2021, de 20 de agosto, que declara a situação de contingência no âmbito da pandemia da doença Covid-19
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 135-A/2021, de 29 de setembro, que altera as medidas no âmbito da situação de alerta, alterada pelas Resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 142-A/2021, de 29 de outubro, e 157/2021, de 27 de novembro
- Decreto-Lei n.º 78-A/2021, de 29 de setembro, que altera as medidas excecionais e temporárias relativas à pandemia da doença Covid-19, revogado pelo Decreto-Lei n.º 66-A/2022, de 30 de setembro
- Decreto-Lei n.º 30-E/2022, de 21 de abril, que estabelece medidas excecionais e temporárias no âmbito da pandemia da doença Covid-19, revogado pelo Decreto-Lei n.º 66-A/2022, de 30 de setembro
- Decreto-Lei n.º 57-A/2022, de 26 de agosto, que altera as medidas aplicáveis no âmbito da pandemia da doença Covid-19

Organização Mundial da Saúde

- Regulamento Sanitário Internacional – Regulamento n.º 2 da OMS, na redação adotada em 23.05.2005, pela 58.ª Assembleia Mundial de Saúde, tendo entrado em vigor em 15.06.2007 e sido tornada pública, em Portugal, pelo Aviso n.º 12/2008, de 23 de janeiro

ANEXO 1 – Matriz de categorização

Categoria A:

Categorias	Subcategorias	Indicadores
A. Trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde no combate à pandemia	a.1. Os desafios dos processos de comunicação e de coordenação	a.1.1. Percalços na Task-Force
		a.1.2. Decisões técnicas contraditórias
		a.1.3. Colapso das unidades de saúde familiar por falta de condições físicas e humanas
		a.1.4. Falta de foco para responder sobre as patologias diferentes do Covid-19
		a.1.5. Fraca regulação do setor da saúde na resposta à pandemia
		a.1.6. Competição dos egos dos Autarcas
		a.1.7. Fraca resposta do privado
		a.1.8. Colapso do 3º setor e da resposta da RNCCI
		a.1.9. Maior pressão dos hospitais com grande resposta dos hospitais públicos
	a.2. A criação de uma rede de respostas	a.2.1. Agilização da decisão política
		a.2.2. Cobertura da rede do SNS
		a.2.3. Resposta Linha SNS24
		a.2.4. Apoio complementar das freguesias na rede de respostas em saúde
	a.3. Dificuldades na introdução do novo	a.3.1. Médicos envelhecidos
		a.3.2. Execução de normas de saúde pública
		a.3.3. Trace Covid-19
		a.3.4. Apoio social
	a.4. Processos de articulação entre os atores do Município e a nível nacional	a.4.1. Centros de Vacinação
		a.4.2. ACES
		a.4.3. Nível de articulação dos atores do Município
		a.4.4. Regularização dos apoios
	a.5. A resposta do Ministério da Saúde num cenário de incerteza	a.5.1. Nível de satisfação dos autarcas

Categoria B:

Categorias	Subcategorias	Indicadores
B. Papel da Junta de freguesia no combate à pandemia	b.1. Apoio social	b.1.1. Aquisição e distribuição de bens de 1ª necessidade e medicamentos
		b.1.2. Linhas de apoio solidárias
		b.1.3. Regularização de imigrantes
		b.1.4. Envelhecimento ativo e integração na comunidade
		b.1.5. Higienização das ruas
		b.1.6. Distribuição de EPIS
		b.1.7. Apoio ao comércio local
	b.2. Intensificação das comunicações digitais	b.2.1. Incentivo à utilização da plataforma de agendamento da vacinação Covid-19
		b.2.2. Apoio nos certificados de vacinação Covid-19
		b.2.3. Aumento de comunicação nas redes digitais
		b.2.4. Teletrabalho
	b.3. Apoio nos procedimentos ao nível da saúde/ vacinação	b.3.1. Disponibilização de funcionários
		b.3.2. Apoio à gestão dos voluntários
		b.3.3. Seguimento e partilha das orientações da DGS e simplificação das mensagens institucionais
		b.3.4. Contato porta a porta para vacinação
		b.3.5. Esclarecimentos no agendamento da vacina
	b.4. Organização de transportes	b.4.1. Resposta ao nível escolar
		b.4.2. Resposta a doentes não urgentes
		b.4.3. Transporte para o CVC

Categoria C:

Categorias	Subcategorias	Indicadores
C. Plataforma de agendamento da vacinação Covid-19	c.1. Funcionamento	c.1.1. Resposta às pessoas não sinalizadas no sistema de saúde
		c.1.2. Características destacadas
		c.1.3. Grau de satisfação dos fregueses com a plataforma
	c.2. Acesso	c.2.1. Liberdade e igualdade na escolha do CVC
		c.2.2. Replicar a plataforma da vacinação para a gripe sazonal
		c.2.3. Benchmarking com as aplicações provenientes de outros setores de atividade
	c.3. Quebras de funcionamento	c.3.1. Problema de registo da unidade de saúde
		c.3.2. Duplicação de agendamento
	c.4. Implicações da utilização da plataforma para os fregueses	c.4.1. Nível de utilidade
		c.4.2. Literacia digital
		c.4.3. Preferência pelo presencial
		c.4.4. Customização da ferramenta em função da população alvo
	c.5. Possibilidades de utilização da plataforma nos hospitais	c.5.1. Potencial do SNS24
		c.5.2. Agendamento de atos médicos: cirurgia ou diagnóstico entre profissionais
		c.5.3. Agendamento de consultas e MCDTS

Categoria D:

Categorias	Subcategorias	Indicadores
D. Contributos dos Sistemas de Informação para a gestão dos processos de saúde	d.1. Processos de vacinação Covid-19	d.1.1. Volume de vacinação d.1.2. Organização do espaço
	d.2. Acesso Hospitalar	d.2.1. Benchmarking entre hospitais públicos e privados d.2.2. Nível de satisfação com a atribuição do hospital de referência d.2.3. Potencial das Teleconsultas e do Balcão SNS24 d.2.4. Modernização do atendimento administrativo nos hospitais

ANEXO 2 – Guião de base das entrevistas

Preliminares

Legitimação da entrevista

1. Apresentações
2. Informar sobre a natureza e âmbito da pesquisa
3. Salientar a importância da colaboração para os resultados da pesquisa
4. Agradecer a colaboração

Dados de caracterização dos entrevistados

Sexo: _____ Idade: _____
Profissão: _____
Tempo de funções enquanto autarca: _____
Data _____ Hora de início _____ Fim da entrevista _____

- 1 Qual é a sua perceção sobre o trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde no combate à pandemia?
- 2 Gostaria de destacar alguns dos pontos mais fortes e mais fracos do trabalho desenvolvido?
- 3 Qual foi o papel da Junta de Freguesia no combate à pandemia?
- 4 Qual a sua perceção sobre o contributo da plataforma de agendamento da vacinação para a Covid-19?
- 5 Qual foi o papel da Junta de Freguesia especificamente neste processo? (ex: Comunicação, indicação, acompanhamento, articulação com o centro de vacinação)?
- 6 Quais foram os indicadores utilizados para mensurar/medir este trabalho?
- 7 Qual foi o nível de utilização dos fregueses desta plataforma no processo de vacinação?
- 8 Ainda sobre os níveis de utilização,
 - 8.1. Os processos de vacinação decorreram num centro de saúde inserido nesta Freguesia/Concelho?
 - 8.2. Qual foi o número de utentes da freguesia, do concelho e de fora do concelho que usaram a plataforma?
 - 8.3. Tem os números totais relativos aos utentes que se vacinaram no Centro de Saúde de referência desta Freguesia?
- 9 Como avalia o facto de ter existido igualdade no acesso na plataforma de agendamento da vacinação? Ou seja, a escolha de local, por parte dos utilizadores, sem preferência para fregueses e não fregueses?
- 10 Como avalia o trabalho realizado pelas várias entidades e atores participantes, nesse período?

- 11 Pode retirar alguma ilação relativamente à percepção dos fregueses na sua relação com a plataforma?
- 12 Quais as maiores dificuldades/pontos de melhoria que evidencia da relação entre a plataforma e os fregueses?
- 13 A seu ver, quais são os pontos fortes/pontos fracos da implementação de ferramentas deste tipo?
- 14 O que acha da possibilidade de alargar este tipo de interação a outros processos de atendimento no setor da saúde, a outros processos de vacinação COVID-19, rastreios ou para outras patologias em meio hospitalar?
- 15 Qual a sua percepção sobre o papel dos sistemas de informação como contributo para o acesso hospitalar?
- 16 Do seu conhecimento, existe alguma ferramenta deste género na interação com o Hospital?
- 17 Qual é a ferramenta que usa? Como avalia?
- 18 Tem algumas sugestões adicionais a fazer neste campo?

Muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade.