



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS MUDANÇAS
NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS COVID-19:
CONTRIBUTO DA SUPERVISÃO CLÍNICA**

**NURSES' PERCEPTION ABOUT THE CHANGES IN
COVID-19 INTENSIVE CARE UNITS: CONTRIBUTION OF
CLINICAL SUPERVISION**

“Documento Final”

DISSERTAÇÃO

Francisca Inês Calejo Roque

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS
MUDANÇAS NAS UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS COVID-19: CONTRIBUTO DA
SUPERVISÃO CLÍNICA

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Cristina Barroso Pinto e coorientado
pela Professora Doutora Maria José Lumini.

Porto, 2024

AGRADECIMENTO

“The secret, Alice, is to surround yourself with people who make your heart smile. It’s then, only then, that you will find Wonderland.” - Lewis Carroll.

Ao fim deste longo e moroso processo só me resta agradecer àqueles que fizeram o meu coração sorrir e não me deixaram desistir.

Aos meus colegas, em especial à Joana e à Vanessa por toda a preocupação e por todos os turnos em que me deram a mão.

À Francisca e ao Diogo por todo o apoio e carinho.

Ao Luizinho pela constante alegria no olhar.

À Telma, à melhor mana, por estar sempre perto, mesmo estando longe.

Ao Pedro pela paciência, pela impaciência e pelos abraços apertados.

Um especial agradecimento a todos os enfermeiros que participaram neste estudo.

E, por fim, agradecer também a todos os colegas que, juntamente comigo, deram o seu melhor durante este difícil período que foi a pandemia COVID-19.

RESUMO

A pandemia de COVID-19, iniciada em 2019, resultou numa crise sem precedentes nos sistemas de saúde, obrigando as Unidades de Cuidados Intensivos a adaptarem-se rapidamente a um aumento exponencial de doentes críticos. A elevada necessidade de internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos, devido à gravidade dos casos de COVID-19, implicou profundas mudanças organizacionais e operacionais, com um impacto direto e prolongado nos profissionais de saúde. Os enfermeiros, em particular, enfrentaram desafios significativos tanto a nível técnico como psicológico, dada a sobrecarga de trabalho e a elevada pressão emocional causada pela pandemia.

Este estudo tem como objetivo explorar a perceção dos enfermeiros acerca das mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos durante a pandemia, com especial ênfase na contribuição da supervisão clínica. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com recolha de dados realizada através de *focus groups*. Participaram no estudo 13 enfermeiros de duas Unidades de Cuidados Intensivos dedicadas ao tratamento de doentes com COVID-19.

Os resultados indicam que as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos foram maioritariamente percecionadas como negativas, especialmente no domínio psicológico, devido às intensas pressões e desafios diários enfrentados durante a crise. Os enfermeiros identificaram défices na centralização dos cuidados no cliente e lacunas nas estratégias de gestão. Quanto à supervisão clínica, foi considerada insuficiente para apoiar a adaptação dos profissionais às novas exigências impostas pela pandemia, revelando-se uma área de necessidade crítica.

O estudo sublinha a importância de reforçar a supervisão clínica em crises de saúde pública futuras, promovendo o desenvolvimento contínuo de competências profissionais e a segurança nos cuidados de enfermagem. Estes resultados podem servir de base para a criação de programas que melhorem a capacidade de resposta dos enfermeiros em contextos de elevada pressão, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. A integração de um modelo robusto de supervisão clínica poderá contribuir não só para o desenvolvimento de

competências, mas também para o bem-estar psicológico dos enfermeiros, que enfrentam ambientes de trabalho extremamente desafiantes.

Palavras-chave: COVID-19; Cuidados Intensivos; Enfermagem; Supervisão Clínica; Mudanças

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic, which began in 2019, resulted in an unprecedented crisis in healthcare systems, forcing Intensive Care Units to rapidly adapt to an exponential increase in critically ill patients. The high demand for Intensive Care Units admissions, due to the severity of COVID-19 cases, led to profound organizational and operational changes, with a direct and lasting impact on healthcare professionals. Nurses faced significant challenges both technically and psychologically, due to the workload and the intense emotional pressure caused by the pandemic.

This study aims to explore nurses' perceptions of the changes in Intensive Care Units during the pandemic, with a particular focus on the contribution of clinical supervision. Qualitative, descriptive, and exploratory study, with data collected through focus groups. A total of 13 nurses from two Intensive Care Units dedicated to treating COVID-19 patients participated in the study.

The results show that the changes in Intensive Care Units were predominantly perceived as negative, especially in the psychological domain, due to the intense pressures and daily challenges faced during the crisis. Nurses identified deficits in patient-centered care and gaps in management strategies. Clinical supervision was considered insufficient to support professionals in adapting to the new demands imposed by the pandemic, revealing a critical area of need.

The study highlights the importance of strengthening clinical supervision in future public health crises, promoting the continuous development of professional competencies and ensuring the safety of nursing care. These findings may serve as a basis for the creation of programs that enhance nurses' capacity to respond in high-pressure environments, ensuring the quality and safety of care provided. The integration of a robust clinical supervision model could contribute not only to the development of skills but also to the psychological well-being of nurses, who face extremely challenging work environments.

Keywords: COVID-19; Intensive Care; Nursing; Clinical Supervision; Changes

ABREVIATURAS

ARDS - *Acute Respiratory Distress Syndrome* (Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda)

BMA - *British Medical Association*

COVID-19 – *Coronavirus disease 2019* (doença por coronavírus 2019)

DGS - Direção-Geral da Saúde

DoH - Divisão de Enfermagem do Departamento de Saúde do Reino Unido

E:D – Rácio enfermeiro-doente

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control* (Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças)

ECMO - Oxigenação por Membrana Extra Corporal

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

ICN - *International Council of Nurses*

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MSCEC - Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

MSP – Medidas de Saúde Pública

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONAF - Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

Rt - Transmissibilidade (corresponde ao número médio de casos de infeção secundários causados por uma pessoa infetada durante o seu período infeccioso, num determinado período de tempo)

SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

SMI - Serviços de Medicina Intensiva

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO2 - Saturação Periférica de Oxigénio

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIDI - Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infeciosas

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

VNI - Ventilador Não Invasivo

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: PANDEMIA COVID-19, ENFERMAGEM E SUPERVISÃO CLÍNICA..... | 14 |
| 2.1. COVID-19: A Pandemia do Século XXI | 14 |
| 2.1.1. Impacto da COVID-19 nos Sistemas de Saúde | 19 |
| 2.1.2. As Unidades de Cuidados Intensivos durante a pandemia COVID-19..... | 24 |
| 2.1.3. Enfermagem nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19 | 33 |
| 2.2. Supervisão Clínica em Enfermagem | 38 |
| 2.2.1. Modelos de Supervisão Clínica..... | 44 |
| 2.2.2. Métodos de Supervisão Clínica | 48 |
| 2.2.3. Estratégias de Supervisão Clínica | 53 |
| 2.2.4. A Supervisão Clínica em Enfermagem em tempos de pandemia | 56 |
| 3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO | 60 |
| 3.1. Pertinência do Estudo | 60 |
| 3.2. Questão de Partida | 61 |
| 3.3. Finalidade e Objetivos..... | 62 |
| 3.4. Tipo de Estudo | 62 |
| 3.5. Participantes | 63 |
| 3.6. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes..... | 64 |
| 3.7. Técnica de Colheita de Dados | 66 |
| 3.8. Procedimentos para a Análise de Dados | 68 |
| 3.9. Considerações Éticas | 69 |
| 4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS | 71 |
| 4.1. Mudanças na UCI durante a Pandemia COVID-19..... | 72 |
| 4.2. Impacto da Pandemia COVID-19 nos Enfermeiros | 82 |

| | |
|--|------------|
| 4.3. Estratégias de Gestão e Organização | 90 |
| 5. CONCLUSÃO..... | 105 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 109 |
| ANEXOS | 138 |
| ANEXO I – Questioning Route: Guião para Focus Group | |
| ANEXO II – Transcrição do <i>Focus Group</i> – UCI Doenças Infeciosas | |
| ANEXO III – Transcrição do <i>Focus Group</i> – UCI Neurocríticos | |
| ANEXO IV – Matriz de Análise de Conteúdo – UCI Doenças Infeciosas | |
| ANEXO V – Matriz de Análise de Conteúdo – UCI Neurocríticos | |
| ANEXO VI – Declaração de Consentimento Informado e Informação aos Participantes | |
| ANEXO VII – Pedido de Autorização para a Realização de Investigação | |

ÍNDICE de TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Estratégias de Supervisão Clínica | 54 |
| Tabela 2 – Dados Sociodemográficos e Profissionais dos Participantes | 65 |
| Tabela 3 – Temas, Categorias e Subcategorias do Estudo | 71 |

1. INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19 teve o seu início em dezembro de 2019, na China. Esta doença causada por um vírus desconhecido, mais tarde classificado como SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) foi rapidamente disseminada, tendo atingido uma grande parte do mundo nos primeiros quatro meses de 2020 (Turale et al., 2020). Desta forma, o aumento do número de casos de infeção levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar a situação como uma pandemia (Khedkar & Patzak, 2020).

A facilidade de transmissão e a severidade da doença não foram as únicas dificuldades enfrentadas neste período. Aliás, o insuficiente planeamento e preparação dos sistemas de saúde resultou em falhas na organização e capacidade de resposta, conduzindo a outros problemas, entre os quais, a parca disponibilidade de recursos materiais e a escassez de profissionais de saúde (Turale et al., 2020).

O impacto da COVID-19 nos sistemas de saúde teve evidentes consequências para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros. As dificuldades e desafios decorrentes da pandemia obrigaram estes profissionais a trabalhar sobre constante *stress*, dado o desconhecimento da doença, o constante risco de contágio, o exponencial aumento do número de casos de infeção e a carência de recursos, particularmente de equipamentos de proteção individual (EPIs) (Arabi et al., 2021; Turale et al., 2020). Embora esta situação tenha sido sentida em todos os contextos de prestação de cuidados, foi especialmente vivenciada pelos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), devido ao elevado número de casos de pessoas em situação crítica com COVID-19 e à insuficiente disponibilidade de vagas de internamento hospitalar que permitissem atender à demanda de cuidados.

Assim, a necessidade de reestruturação dos serviços de medicina intensiva (SMI) foi impreterível neste período. Aumentar a capacidade das UCIs implicou alterações estruturais e logísticas substanciais e, em diversos casos, conduziu

mesmo à criação de novas unidades (Arabi et al., 2021). Por conseguinte, o número de profissionais a desempenhar funções em UCIs, previamente à pandemia, não era suficiente para atender à demanda de cuidados resultante do aumento exponencial de doentes com COVID-19 (Phua et al., 2020). Exigindo, assim, o reforço das equipas das UCIs através da mobilização de profissionais, recrutamento e novas contratações.

Neste sentido, os enfermeiros das UCIs destinadas à prestação de cuidados a doentes com COVID-19, designadas como UCIs COVID-19, para além das dificuldades inerentes à pandemia, tiveram de se adaptar a inúmeras alterações, quer nos seus serviços e nas suas equipas, como também a um novo modo de cuidar, que envolvia especiais precauções de segurança e de controlo de infeção.

A adaptação a estas mudanças, bem como a necessidade de desenvolvimento de conhecimentos e competências por parte dos enfermeiros, durante esta crise pandémica, tornou relevante encontrar estratégias que facilitassem este processo. Deste modo, a supervisão clínica apresenta características potencialmente facilitadoras para esta adaptação, sendo-lhe reconhecidos benefícios na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados, assim como no desenvolvimento e na satisfação profissional (Doody et al., 2024). Contudo, as circunstâncias impostas pela pandemia e a falta de planeamento para a capacitação dos enfermeiros em situações de crise, implicou que a implementação de modelos e/ou estratégias de supervisão clínica fosse escassa (van Dam et al., 2023).

Desta forma, com o presente estudo pretende-se compreender, segundo a perspetiva dos enfermeiros, os possíveis contributos da supervisão clínica em enfermagem no decurso da pandemia, tendo em conta as mudanças impostas pela mesma. Consequentemente, pretende-se também tirar ilações para eventuais situações emergentes futuras, possibilitando o desenvolvimento de programas que favoreçam a capacidade de adaptação e de resposta dos enfermeiros a estes contextos. Para tal, definiram-se objetivos que

compreendem a identificação das mudanças ocorridas nas UCIs, as respostas dos enfermeiros às mesmas e as estratégias envolvidas nesse processo.

Este estudo insere-se na unidade curricular de Dissertação, do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, referente ao ano letivo de 2023/2024, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O estudo segue o paradigma qualitativo, tendo-se optado pela realização de entrevistas através do método de *focus group*. Neste sentido, a amostra foi constituída por um total de 13 enfermeiros, divididos em dois grupos. Estes foram compostos por elementos de duas UCIs, de um hospital da região do Porto, nas quais foram prestados cuidados a pessoas em situação crítica com COVID-19. As entrevistas foram realizadas nos meses de janeiro e julho de 2023, por videoconferência, tendo sido posteriormente transcritas e analisado o seu conteúdo segundo a perspetiva de Laurence Bardin.

O corpo deste relatório de investigação encontra-se dividido em três capítulos: o enquadramento teórico, o enquadramento metodológico e a apresentação, análise e discussão de resultados.

O enquadramento teórico, apresentado como o primeiro capítulo do desenvolvimento, abrange a revisão da literatura. Este encontra-se dividido segundo as temáticas abordadas, sendo a primeira parte referente à pandemia COVID-19, ao seu impacto nos sistemas de saúde, nas UCIs e nos cuidados de enfermagem. A segunda parte dá ênfase à supervisão clínica em enfermagem, aos seus modelos, métodos e estratégias, bem como às repercussões da pandemia sobre a mesma.

A revisão da literatura efetuada na fundamentação teórica deste trabalho foi realizada através do acesso ao agregador de conteúdos científicos *EBSCOHost Web* e ao motor de busca especializado em literatura académica *Google Scholar*. Foram ainda utilizadas outras fontes, desde livros, a páginas *Web* de organizações governamentais e não governamentais, entre outras.

O segundo subcapítulo corresponde ao enquadramento metodológico. Neste é caracterizado o estudo, apresentando a sua tipologia e a questão de partida,

assim como a sua finalidade e objetivos. É também exposto o desenho do estudo, incluindo a descrição dos participantes e a sua caracterização sociodemográfica e profissional, a técnica para a colheita de dados e os procedimentos para a sua análise, acrescentando-se ainda as considerações éticas relevantes.

No terceiro e último capítulo é realizada a apresentação e análise dos resultados que emergiram dos *focus group*, juntamente com a discussão dos mesmos. O relatório termina com a exposição das conclusões face aos resultados obtidos e os objetivos definidos. São ainda apresentadas algumas considerações relevantes para o futuro, bem como possíveis limitações do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: PANDEMIA COVID-19, ENFERMAGEM E SUPERVISÃO CLÍNICA

A pandemia de COVID-19 provocou uma crise nos sistemas de saúde, obrigando à reestruturação dos cuidados, particularmente nas UCIs, que enfrentaram um aumento exponencial de doentes críticos. A necessidade urgente de adaptação a este novo cenário implicou alterações profundas nas práticas de enfermagem, com impacto direto nos profissionais de saúde. A enfermagem, enquanto pilar essencial na resposta à pandemia, foi desafiada a lidar com exigências complexas e uma sobrecarga de trabalho, expondo a necessidade de estratégias de apoio e supervisão clínica adequadas para sustentar a qualidade dos cuidados e o bem-estar dos enfermeiros.

Neste contexto, a supervisão clínica surge como um processo fundamental para o desenvolvimento das competências dos profissionais de enfermagem, promovendo a reflexão crítica, o apoio emocional e a melhoria contínua das práticas. Este capítulo visa enquadrar teoricamente a relação entre a pandemia COVID-19, a prática de enfermagem nas UCIs e o papel da supervisão clínica, analisando os desafios e oportunidades que emergiram deste período crítico.

2.1. COVID-19: A Pandemia do Século XXI

Em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, foram reportados os primeiros casos de infeção por SARS-CoV-2 (OMS, 2020a). A infeção por este tipo de coronavírus (*Coronavirus 2*) levou ao desenvolvimento da doença por coronavírus, a COVID-19 (*coronavirus disease 2019*), uma doença infecciosa que afeta principalmente o sistema respiratório, causando uma síndrome respiratória aguda (Ruggeri et al., 2022).

No início do ano de 2020, a COVID-19 deixou de se cingir ao território chinês, alastrando-se por todo o mundo e colocando em risco toda a população mundial (Ruggeri et al., 2022). O aumento exponencial do número de casos de infeção por coronavírus levou a que a OMS, no final do mês de janeiro de 2020, declarasse a COVID-19 como uma emergência de saúde pública de preocupação internacional (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2022a). Sensivelmente dois meses após, em março de 2020, dado o contínuo agravamento da situação a nível mundial, a OMS classificou a COVID-19 como pandemia, tendo à data atingido mais de 114 países, com cerca de 118 mil casos de infeções e cerca de 4300 mortes (Khedkar & Patzak, 2020; Ruggeri et al., 2022). Portugal foi um dos países afetado neste período, tendo sido confirmados os primeiros casos de infeção a 2 de março de 2020 (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], 2020). A 18 de março, devido ao crescente número de casos foi declarado o estado de emergência nacional (Presidência da República, 2020).

A rápida propagação da COVID-19 deveu-se especialmente à fácil transmissibilidade do vírus. Este pode transmitir-se por contacto direto, entre uma pessoa infetada e uma pessoa não infetada, através da inalação ou contacto com gotículas e/ou secreções do trato respiratório provenientes, por exemplo, de espirros ou tosse (OMS, 2022a). O período de incubação do vírus varia de 1 a 14 dias, sendo que a pessoa infetada, mesmo assintomática, pode transmitir o vírus durante esse intervalo de tempo (Khedkar & Patzak, 2020). Um outro modo de transmissão é por contacto indireto, através de objetos e/ou superfícies contaminadas (OMS, 2022a).

O aumento exponencial do número de casos de COVID-19 tornou impreterível o controlo da pandemia. Nesse sentido, a OMS definiu, no início de março de 2020, o primeiro plano estratégico de prevenção e resposta para a COVID-19, tendo como objetivos minimizar a transmissão do vírus, otimizar os cuidados de saúde às pessoas infetadas e minimizar o impacto da pandemia quer nos sistemas de saúde, quer a nível socioeconómico (OMS, 2020c). Este plano dirigido a todos os países, visava alertá-los para a necessidade de aumentarem os seus níveis de preparação e alerta, e melhorassem a sua capacidade

resposta na identificação, gestão e cuidados face aos casos de infeção (OMS, 2020c).

A implementação de medidas, em particular as Medidas de Saúde Pública (MSP), foram essenciais para a proteção da população e para a minimização da transmissão do coronavírus (Hoguane et al., 2021; OMS, 2022d). Segundo a OMS (2022d), as MSP recomendadas incluíam medidas de proteção pessoal, como o uso de máscara, a higienização das mãos e a etiqueta respiratória; medidas ambientais de limpeza e desinfeção; medidas de vigilância e resposta (que compreendiam a realização de testes de diagnóstico, os isolamentos e as quarentenas); medidas de distanciamento físico, como a limitação do número de pessoas em determinados locais (ex.: transportes e espaços públicos), o distanciamento social e as restrições à liberdade de movimento, e medidas restritivas para viagens internacionais.

Ao longo do período pandémico, foi necessária a implementação de múltiplas medidas de modo a assegurar um controlo mais adequado da pandemia (OMS, 2022d). Em cada país foram definidos conjuntos de MSP e realizados os respetivos reajustes aos mesmos, tendo em conta a evolução da situação pandémica. Para isso foram avaliados indicadores epidemiológicos, como a taxa de incidência (que traduz o número de novos casos por cada cem mil habitantes), a transmissibilidade (ou R_t , que corresponde ao número médio de casos de infeção secundários causados por uma pessoa infetada durante o seu período infeccioso, num determinado período de tempo), entre outros (Cori et al., 2013; Gianicolo et al., 2020; Peralta-Santos et al., 2021). Estes indicadores permitiram a quantificação da transmissibilidade da doença e, consequentemente, a avaliação do estado da pandemia e o efeito das medidas implementadas (Cori et al., 2013; Hoguane et al., 2021).

Para além das MSP, em outubro de 2021 iniciou-se a campanha de vacinação contra a COVID-19 visando reduzir a gravidade, a mortalidade e os internamentos; diminuir a incidência da doença, sobretudo nas populações mais vulneráveis; reduzir a pressão sobre os sistemas de saúde; minimizar as necessidades de medidas restritivas, permitindo a reabertura da sociedade, e a

consequente eliminação da doença (DGS, 2021; European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2021; OMS, 2022c). Desde o início da campanha de vacinação, estima-se que cerca de 70,3% da população mundial tenha recebido pelo menos uma dose da vacina COVID-19, tendo sido administradas mais de 13 mil milhões de doses (Mathieu et al., 2023; OMS, 2023d).

A COVID-19, como qualquer outra doença, pode manifestar-se através de um determinado conjunto de sintomas, sendo os mais comuns a febre, manifestando-se entre 83 e 99% dos casos, tosse e dispneia, verificadas em cerca de 59-82% e 31-40% dos casos de infeção, respetivamente (OMS, 2020a; 2022a). Frequentemente podem também estar associados outros sintomas como sensação de fadiga, náuseas/vómitos, diarreia, cefaleias, mialgia e odinofagia (OMS, 2022a). Casos de anosmia e ageusia são também frequentemente relatados (OMS, 2020a).

A infeção por SARS-CoV-2 leva a que aproximadamente 80% das pessoas infetadas manifestem algum tipo de sintomatologia (OMS, 2022a). Nestes casos, o grau da gravidade da doença pode variar, podendo ser ligeira (em cerca de 40% dos casos), moderada (40%) ou grave (20%) (OMS, 2022a).

Nos casos de doença ligeira, as pessoas infetadas, apesar de apresentarem sintomatologia, não manifestam sinais clínicos de pneumonia, nem de hipoxia, mantendo uma saturação periférica de oxigénio (SpO₂) superior a 90% em ar ambiente. Por sua vez, nos casos de doença moderada ocorre uma intensificação da sintomatologia do foro respiratório e o consequente desenvolvimento de uma infeção respiratória aguda, mas sem sinais de hipoxia (OMS, 2020; 2022a).

Nos casos de COVID-19 que evoluem para doença grave, para além das manifestações clínicas de pneumonia, verificam-se alterações fisiológicas como o aumento da frequência respiratória (superior a 30 ciclos por minuto), e/ou a diminuição da SpO₂ em ar ambiente, mantendo-se inferior a 90% (OMS, 2020a; 2022a). Destes, cerca de 5%, evolui para doença crítica (OMS, 2022a). Nestes casos, a grave pneumonia por SARS-CoV-2 leva ao severo

comprometimento da capacidade ventilatória podendo, em alguns casos, conduzir ao desenvolvimento de uma síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) (OMS, 2020a). O progressivo agravamento da doença pode desencadear um quadro séptico e, conseqüentemente, choque séptico e falência multiorgânica (OMS, 2020a; 2022a).

A maioria dos casos severos de COVID-19 encontram-se associados a certos fatores de risco, nomeadamente, idade superior a 60 anos, obesidade, hábitos tabágicos e doenças crónicas como diabetes, doença cardíaca, hipertensão, doenças pulmonares crónicas, doenças cerebrovasculares, doença renal crónica, doenças autoimunes e estados de imunossupressão, como cancro ou o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (OMS, 2020; 2022a).

Os doentes com doença ligeira e moderada, na sua maioria, não necessitam de hospitalização ou cuidados emergentes, porém é necessário o seu isolamento de modo a minimizar a transmissão do vírus (OMS, 2022b). A OMS (2022b) recomendava que estes casos fossem acompanhados pelas unidades de saúde não hospitalares para avaliação da progressão da doença, sendo o grau de acompanhamento ajustado à sintomatologia manifestada, aos fatores de risco associados e à vulnerabilidade socioeconómica de cada pessoa.

Para doentes graves ou com elevado risco de deterioração do seu estado de saúde é recomendado o seu internamento em unidades hospitalares, a fim de lhes serem prestados os cuidados de saúde necessários, facilitar o reconhecimento precoce do agravamento do seu estado de saúde e, conseqüentemente, adequar os cuidados e tratamentos à sua condição (OMS, 2022b). Em alguns casos, o estado de saúde crítico ou potencialmente crítico destas pessoas torna imprescindível o recurso a cuidados específicos, diferenciados, prestados sob vigilância contínua, impondo-se a sua admissão numa UCI (OMS, 2022a).

O aumento do número de casos de COVID-19 e o conseqüente aumento da necessidade de cuidados de saúde e de hospitalização destes doentes revelou-se um desafio para todos os sistemas de saúde a nível mundial, dado que, na sua maioria, estes não foram concebidos para dar resposta a

catástrofes, como é o caso das pandemias (Lal et al., 2020; Mahendradhata et al., 2021). Assim, foi indispensável a adaptação e reforço dos sistemas de saúde para enfrentar o desafio da pandemia pela COVID-19 e manter a capacidade de resposta necessária aos doentes não-COVID-19 (Mustafa et al., 2022).

Foi apenas em maio de 2023, após um período de quase 4 anos, com cerca de 760 milhões de casos de infeção e quase 7 milhões de mortos, que a OMS determinou que a COVID-19 deixou de constituir uma emergência de saúde pública (OMS, 2023a; 2023c). Contudo, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Diretor-Geral da OMS, lembrou que a infeção por SARS-CoV-2 continuava a afetar milhões de pessoas no mundo, levando à morte de milhares todas as semanas (OMS, 2023b). Reforçou ainda a possibilidade de ocorrência de novos surtos causados por novas variantes do vírus (OMS, 2023b). Deste modo, realça a necessidade de restaurar, reforçar e fortalecer os sistemas de saúde; a importância da integração da vacina contra a COVID-19 nos programas de vacinação; de manter o trabalho com as comunidades, de modo a assegurar uma melhor resposta no futuro, e ainda a importância da continuidade da investigação e da sua partilha (OMS, 2023b; 2023c).

2.1.1. Impacto da COVID-19 nos Sistemas de Saúde

A pandemia pela COVID-19 desencadeou uma crise mundial sem precedentes. Os inúmeros casos de infeção e a consequente morbidade e mortalidade provocados pela doença causaram graves problemas nos sistemas de saúde (Haileamlak, 2021; Haldane et al., 2021). Contudo, a pandemia não foi um acontecimento inesperado, uma vez que a maioria das avaliações de risco dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) previa a possibilidade de surgir alguma forma de pandemia (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2022). Por conseguinte, desde 2005 que a OMS recomendava a elaboração de

planos de preparação para crises de saúde pública, como as pandemias (OCDE, 2022). Apesar dos riscos, a capacidade de antecipação e preparação face aos mesmos era insuficiente, tendo sido demonstrado em estudos da OCDE que os países não possuíam capacidade de resposta para uma pandemia, especialmente com a magnitude da COVID-19 (OCDE, 2022).

As consequências da crise pandémica fizeram-se sentir em todo o mundo. Apesar de em alguns países o seu impacto ter sido mais devastador do que em outros, comprovou-se que nenhum sistema de saúde se encontrava preparado para responder a um desafio deste tipo (Mustafa et al., 2022). Assim, quer a falta de preparação dos sistemas de saúde, quer a fácil e rápida propagação da doença, exponenciaram as dificuldades sentidas ao longo do período pandémico (Filip et al., 2022; Kaye et al., 2020).

Os sistemas de saúde devem estar preparados para responder e adaptar-se a crises de saúde pública, garantindo, em simultâneo, a continuidade da prestação de serviços de saúde essenciais e a qualidade dos cuidados (Arsenault et al., 2022; Mustafa et al., 2022). Para tal, é fundamental o desenvolvimento de planos de emergência que facilitem a resolução deste tipo de crises (Mustafa et al., 2022). Porém, foi possível verificar na maioria dos planos de emergência de saúde pública pré-pandemia COVID-19 que os sistemas de saúde não tinham capacidade para manter a sua funcionalidade e ao mesmo tempo dar resposta a uma pandemia (Mustafa et al., 2022). Como consequência desta insuficiente preparação e planeamento, os sistemas de saúde enfrentaram graves problemas, muitos destes relacionados com a falta de recursos e de profissionais de saúde.

Desde o início do surto de COVID-19 que a insuficiência de recursos era clara, quer pela escassez de recursos materiais como EPIs, equipamentos hospitalares e materiais de higienização, quer pelo insuficiente número de vagas de internamento em enfermarias e UCIs (British Medical Association [BMA], 2022; Kaye et al., 2020).

Uma parte, senão a maioria dos serviços de saúde, teve, em algum momento da pandemia, EPIs insuficientes (Kaye et al., 2020). Segundo o estudo de Kaye

et al. (2020), em alguns países, este problema teve implicações no aumento da propagação do vírus e no conseqüente agravamento da pandemia. De acordo com este estudo, vários profissionais de saúde relataram ter prestado cuidados a doentes com COVID-19 utilizando EPIs inadequados, assim como outras situações em que tiveram necessidade de reutilizar equipamentos e períodos nos quais não tinham acesso a equipamentos como máscaras, luvas ou fatos de proteção (Kaye et al., 2020).

Os sistemas de saúde debateram-se ainda com a escassez de infraestruturas que permitissem dar resposta adequada a algumas das exigências da COVID-19 (Haldane et al., 2021). Deste modo, revelou-se fundamental a implementação de reformas e mudanças nos sistemas de saúde através da reconfiguração das instituições e dos seus serviços; a conversão de locais públicos, especialmente utilizados como centros de testagem e de vacinação; a construção de novas instalações e, em alguns casos as parcerias com o setor privado e lares de idosos (Haldane et al., 2021; Kaye et al., 2020).

O elevado número de doentes infetados com SARS-CoV-2 a requerer cuidados de saúde provocou sérias dificuldades a nível hospitalar, quer pela saturação dos serviços de urgência, quer pelo insuficiente número de vagas de internamento disponíveis em enfermarias e UCIs (BMA, 2022). No sentido de otimizar os recursos existentes, foi necessário proceder a uma reorganização dos serviços, de modo a permitir a separação entre doentes positivos ou com suspeita de infeção e doentes negativos, e aumentar a capacidade dos serviços para a prestação de cuidados a doentes com COVID-19 (BMA, 2022). No caso particular das UCIs, devido à sua recorrente sobrelotação, foi necessária a criação de novas unidades, transformando enfermarias e outros serviços com o intuito de aumentar o número de camas disponíveis (BMA, 2022). Todavia, a insuficiência de vagas não era a única limitação nas UCIs. Com a pandemia, agudizou-se também o, défice de alguns equipamentos, especialmente ventiladores, que existiam em número insuficiente para fazer face às necessidades impostas pela COVID-19 (BMA, 2022; Kaye et al., 2020). Somam-se a estes problemas, sobretudo no decurso do período correspondente à primeira vaga, a escassez de oxigénio e a carência de alguns

fármacos e outros equipamentos médicos necessários na prestação de cuidados de saúde (BMA, 2022; Filip et al., 2022).

A gestão dos profissionais de saúde foi outra dificuldade enfrentada pelos sistemas de saúde no decurso da pandemia. Para além do número de profissionais no ativo ser insuficiente para responder às demandas da COVID-19, estes estavam igualmente sujeitos às consequências da crise pandémica (BMA, 2022). Os casos de infeção por COVID-19 em profissionais de saúde e a consequente necessidade de isolamento, as faltas por doença, bem como por necessidade de apoio à família e os casos de *burnout* levaram a elevados níveis de absentismo (BMA, 2022). Assim, para se colmatar este défice de profissionais, foi necessário aumentar o número de horas de trabalho, de modo a assegurar o número mínimo de profissionais nos serviços (Filip et al., 2022; Haldane et al., 2021). Além disso, o tipo de cuidados requeridos pelos doentes, bem como, a escassez de recursos humanos, que nem sempre permitia atingir as dotações seguras previstas para cada serviço, originou inevitavelmente um aumento excessivo da carga de trabalho (BMA, 2022; Haldane et al., 2021). Na tentativa de minimizar este problema foi necessária a implementação de várias estratégias, como o aumento do recrutamento de novos profissionais; a redistribuição de profissionais para serviços com maiores necessidades, como serviços de urgências e UCIs, e em alguns casos, recorreu-se também a profissionais de saúde reformados e a estudantes de medicina e enfermagem (BMA, 2022; Haldane et al., 2021).

A pandemia impôs que os cuidados de saúde se centrassem principalmente nos doentes com COVID-19, resultando um enorme impacto sobre as restantes áreas da saúde. A incapacidade de resposta dos serviços de saúde, bem como as condicionantes impostas pelos regimes de confinamento social levaram a que a maioria dos cuidados não-COVID fossem assegurados apenas em situações urgentes e emergentes (BMA, 2022; Kaye et al., 2020). Neste sentido, muitos cuidados de saúde foram suspensos e/ ou cancelados no decorrer da pandemia, incluindo cirurgias, consultas e acompanhamento de doentes crónicos, consultas de saúde materna e infantil, assim como rastreios, tratamentos e acompanhamento de doenças oncológicas (Arsenault et al.,

2022). Para além disso, os constrangimentos na gestão de recursos humanos e materiais e a redução do número de vagas disponíveis para internamento em enfermarias e em UCIs foram também prejudiciais para os doentes não-COVID (Arsenault et al., 2022). Como consequência, prevê-se que, ao longo dos próximos anos, esta redução da disponibilidade de cuidados tenha um significativo impacto quer para serviços de saúde, quer para a saúde da população (BMA, 2022).

A crise pandémica provocada pela COVID-19 não deve apenas ser analisada do ponto de vista das dificuldades e dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, deve também ser percebida como uma oportunidade para desenvolver sistemas mais bem preparados e com maior capacidade para encarar as necessidades de saúde futuras (Kaye et al., 2020).

Ao longo das diversas vagas desta pandemia, os sistemas de saúde foram capazes de se adaptar para superar as adversidades, utilizando para isso estratégias que permitiram a continuidade e a melhoria de alguns cuidados de saúde (Kaye et al., 2020). A utilização de campanhas dirigidas à população relativas à etiqueta respiratória, à higienização das mãos, ao uso de EPIs, entre outras, contribuíram para minimizar a transmissão da doença (Filip et al., 2022; Kaye et al., 2020). De referir ainda a importância da telessaúde, que permitiu melhorar e facilitar o acesso a cuidados de saúde, possibilitando consultas e acompanhamento de pessoas nos seus domicílios, bem como a monitorização de doentes com COVID-19 em isolamento, reduzindo a necessidade de recurso às infraestruturas de saúde (Haldane et al., 2021).

No período pós-pandémico, os sistemas de saúde devem focar-se na recuperação das perturbações consequentes do mesmo, sendo necessário restabelecer os cuidados de saúde, especialmente aqueles que foram suspensos e/ou cancelados, e ainda identificar e resolver os problemas inerentes à diminuição da disponibilidade de cuidados (Arsenault et al., 2022; Mustafa et al., 2022). É também fundamental a reestruturação dos sistemas de saúde, de modo a (re)construir sistemas melhor preparados para responder quer às exigências do quotidiano, quer às que possam surgir fruto de

emergências. É, portanto, necessário o desenvolvimento de planeamentos mais estruturados, que permitam a melhoria da quantidade e da qualidade dos cuidados, que sustentem a manutenção dos serviços essenciais mesmo face a este tipo de situações de emergência e que prevejam um investimento sólido nos profissionais de saúde, possibilitando dotações mais seguras e maior acesso à formação e desenvolvimento profissional (Filip et al., 2022; Haldane et al., 2021; Mustafa et al., 2022).

Podem ser retiradas algumas lições da pandemia COVID-19 – a impreterível necessidade de reestruturação e reorganização dos sistemas de saúde e a importância de reinventar os cuidados de saúde, investindo no envolvimento da população na sua saúde e na promoção da acessibilidade aos cuidados de saúde, utilizando, por exemplo, os meios de comunicação digital (Filip et al., 2022).

2.1.2. As Unidades de Cuidados Intensivos durante a pandemia COVID-19

Durante a pandemia pela COVID-19, a crescente necessidade de cuidados de saúde, em particular no âmbito dos cuidados intensivos, pressupôs uma enorme sobrecarga nas UCIs (Carenzo et al., 2020; Vera San Juan et al., 2022).

De modo a dar resposta às necessidades emergentes da pandemia, estas unidades tiveram de aumentar a sua capacidade para garantir a prestação de cuidados ao número crescente de pessoas infetadas, assegurando, em simultâneo, os cuidados necessários aos restantes doentes (Carenzo et al., 2020; Waele et al., 2020).

Aumentar a capacidade das UCIs implicou uma série de mudanças estruturais e organizacionais que possibilitassem o aumento do número de camas, o isolamento de doentes infetados com COVID-19; materiais e equipamentos

suficientes e o número adequado de profissionais de saúde, garantindo a melhor qualidade dos cuidados de saúde (Goh et al., 2020; Waele et al., 2020).

Desde o início da pandemia, um dos objetivos primordiais das UCIs foi aumentar a disponibilidade de vagas (Arabi et al., 2021; Waele et al., 2020). Neste sentido, foi necessário acrescentar camas nas unidades preexistentes, minimizando o espaço entre estas e/ou convertendo os quartos individuais em quartos duplos (Arabi et al., 2021; Phua et al., 2020). Contudo, esta estratégia tem um potencial limitado, quer pelo espaço disponível nas unidades, quer pelas adequadas práticas de prevenção e controlo de infeção, que preconizam o distanciamento seguro entre doentes, de modo a minimizar a possibilidade de transmissão de infeções e doenças (Phua et al., 2020).

Assim, o aumento do número de camas nas UCIs não foi, na grande maioria dos casos, suficiente, obrigando a que os cuidados à pessoa em situação crítica deixassem de se cingir apenas a estas unidades. Neste sentido, foi necessário reorganizar outros serviços pré-existentes, especialmente serviços que já possuíam equipamentos de monitorização contínua, como unidades de cuidados pós-anestésicos, blocos operatórios, unidades de endoscopia e salas de emergência (Arabi et al., 2021; Goh et al., 2020; Phua et al., 2020). Nos períodos em que ocorreram aumentos significativos dos casos de infeção por COVID-19 e, conseqüentemente, aumentaram as necessidades de cuidados de saúde, criaram-se novas UCIs em enfermarias (Arabi et al., 2021).

De igual forma, na pandemia, as necessidades de cuidados não foram estanques, estando sujeitas a rápidas flutuações que exigiram a elaboração de protocolos para uma melhor gestão das UCIs, dos seus recursos materiais e humanos (Vera San Juan et al., 2022).

Em Portugal, a gestão e reorganização dos SMI realizaram-se tendo em conta o impacto da pandemia na capacidade de resposta destes serviços. Deste modo, a Norma 005/2020 da Direção-Geral da Saúde (DGS) estipulou um plano de estratégias e medidas a implementar nos períodos de baixo e moderado impacto, em que as UCIs tinham suficiente capacidade de resposta e nas quais a lotação de doentes com COVID-19 variava entre os 10 a 25%.

Esta norma integra também situações nas quais a capacidade de resposta se encontra no seu limite ou é excedida, correspondendo a períodos de impacto grave e catástrofe. Nestes períodos, a ocupação de camas por doentes positivos para a COVID-19 supera os 50%, tornando a capacidade das UCIs insuficiente e exigindo o internamento de doentes críticos em áreas alternativas.

Um outro aspeto fundamental na gestão das UCIs foi a organização de áreas e/ou unidades específicas para o tratamento de doentes com COVID-19, como as áreas de coorte para doentes positivos e para doentes com suspeita de infeção, assim como as UCIs dedicadas à COVID-19, nas quais estavam internados apenas doentes infetados (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020; Goh et al., 2020; Mendes et al., 2020). Igualmente importante foi a definição de zonas COVID-19 para a prestação de cuidados diretos aos doentes e de zonas não-COVID ou zonas limpas, considerados locais mais seguros para os profissionais de saúde, com menor exposição ao agente infeccioso, destinadas ao desempenho de cuidados indiretos como a preparação de fármacos, organização de materiais e transmissão de informação (ex. passagens de turno) (Waele et al., 2020). A criação de zonas específicas para a colocação e remoção de EPIs foi também essencial para promover a segurança dos profissionais (Arabi et al., 2021).

Num contexto pandémico, a escassez de recursos pode ser uma realidade, colocando em risco doentes e profissionais de saúde. Nas UCIs este problema pode ter um impacto mais significativo e negativo, uma vez que a saúde e vida dos doentes críticos está dependente de determinados equipamentos (por exemplo, ventiladores), materiais e fármacos, sendo que a sua limitação resulta na diminuição da disponibilidade de cuidados e, conseqüentemente, no aumento da morbidade e mortalidade (Aziz et al., 2020). De modo a evitar estas dificuldades decorrentes da limitação de recursos, sentidas com particular intensidade na primeira vaga da pandemia, a organização dos SMI implicou um planeamento mais rigoroso na gestão de recursos, através da sua racionalização, da identificação de materiais e fármacos prioritários, tentando assegurar o fornecimento adequado dos mesmos (Goh et al., 2020).

Uma outra estratégia de gestão das UCIs durante período pandémico da COVID-19, dada a escassez de vagas e recursos, foi a triagem na admissão (Waele et al., 2020). Estes ajustes nos critérios de admissão foram definidos em consonância com os princípios éticos fundamentais, visando assegurar uma prestação de cuidados justa e equitativa (Goh et al., 2020; Waele et al., 2020; Trentini et al., 2021). Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) recomendava que os critérios de admissão nas UCIs não fossem restritivos, privilegiando a avaliação de cada caso, de modo a garantir a melhor gestão face à gravidade da situação e aos recursos disponíveis (Mendes et al., 2020).

Importa assinalar que os protocolos de triagem para a admissão nas UCIs, mesmo em situações de catástrofe, não devem ter como foco aumentar a disponibilidade de camas, mas sim salvar o maior número possível de vidas, priorizando a prestação de cuidados com base na probabilidade de benefício clínico (Castro et al., 2020; Goh et al., 2020). Nestes períodos delicados e de maior escassez de recursos, os critérios constantes nestes protocolos devem ser explícitos, objetivos, transparentes e divulgados publicamente (Goh et al., 2020; Mendes et al., 2020).

Contudo, estes critérios foram alvo de diversas alterações ao longo da pandemia COVID-19, dada a necessidade de racionalizar os recursos existentes, sobretudo nas fases mais críticas, onde a necessidade de internamento em cuidados intensivos aumentava (Phua et al., 2020; Trentini et al., 2021). Num estudo realizado por Trentini et al. (2021), no norte de Itália, foi possível verificar que os critérios de admissão nas UCIs sofreram significativas mudanças, especialmente no período de maior pressão sobre os sistemas de saúde, entre os meses de março e abril do ano de 2020. Neste período, os critérios tornaram-se mais restritivos, priorizando doentes com maior probabilidade de sobrevivência e maior esperança de vida, o que, conseqüentemente, levou a que a probabilidade de admissão para doentes com idade superior a 70 anos diminuísse em cerca de 50% (Trentini et al., 2021).

Outro importante método para a gestão das admissões nos SMI foi a rede de comunicação intra e inter-hospitalar (Arabi et al., 2021). Dentro da mesma instituição foi relevante a comunicação entre diversas UCIs e os restantes serviços e enfermarias, permitindo decidir e definir *timings* para a transferência entre serviços, tanto na admissão em UCIs de doentes internados em enfermarias, como na gestão de altas das unidades (Arabi et al., 2021; Mendes et al., 2020). A comunicação a nível inter-hospitalar permitiu também uma gestão das vagas nos SMI, quer para doentes COVID como para doentes não-COVID, permitindo a sua transferência tendo em conta as necessidades de cuidados (Arabi et al., 2021).

Como já referido, aumentar a capacidade das UCIs não se resume apenas ao aumento do número de vagas de internamento ou a uma maior disponibilidade de recursos materiais, implica também um aumento no número de profissionais de saúde. A crescente demanda de cuidados intensivos decorrentes da COVID-19 levou a que o número de profissionais qualificados nesta área fosse insuficiente, obrigando à integração de novos profissionais nas equipas (Waele et al., 2020; Vera San Juan et al., 2022).

A imperativa pretensão de reforço das equipas das UCIs COVID-19 implicou o recrutamento de profissionais com experiência profissional em cuidados intensivos, provenientes de outras unidades, serviços ou departamentos, e até mesmo de profissionais reformados (Aziz et al., 2020; Phua et al., 2020). Para além disso, foram temporariamente reorientados para estas UCIs outros profissionais, como médicos anestesistas e enfermeiros do bloco operatório (Aziz et al., 2020). Quando estas estratégias se revelaram insuficientes para colmatar as necessidades impostas pela pandemia, procedeu-se à integração de profissionais de saúde sem qualquer experiência em cuidados intensivos (Aziz et al., 2020). Esta reestruturação das equipas constituiu múltiplos desafios, pela necessidade de adaptação a novas formas de trabalho, de integração de diferentes profissionais e pela exigência de desenvolvimento profissional e formativo (Vera San Juan et al., 2022).

No sentido de minimizar as dificuldades e promover a segurança dos profissionais e dos cuidados de saúde, foi indispensável definir algumas estratégias. As necessidades formativas das equipas das UCIs COVID-19 variaram consoante a experiência dos profissionais, tendo sido indispensável a formação básica em cuidados intensivos para os profissionais sem qualquer experiência na área, assim como a formação de todos os profissionais relativamente ao controlo de infeção e uso de EPIs (Aziz et al., 2020; Phua et al., 2020; Vera San Juan et al., 2022). Estratégias como o recurso a conteúdos audiovisuais, videoconferências e listas de verificação permitiram otimizar a formação dos profissionais (Aziz et al., 2020). Contudo, esta atividade formativa foi muito condicionada durante a pandemia, especialmente nos períodos mais agudos, dada a limitação da disponibilidade de tempo e a necessidade de profissionais na prestação de cuidados (Vera San Juan et al., 2022).

A promoção da segurança durante a pandemia passou indispensavelmente pelas medidas de controlo de infeção e pelo uso de EPIs. Neste sentido, foi necessário desenvolver e implementar protocolos direcionados para as particularidades da infeção pela COVID-19, proporcionar apoio e experiência prática para a colocação e remoção adequada dos EPIs, definir áreas no interior das UCIs dedicadas à prestação de cuidados diretos aos doentes e áreas limpas para cuidados indiretos e outras funções, minimizar a exposição dos profissionais de saúde, definindo um número essencial de profissionais para a prestação de cuidados e redefinir procedimentos para reduzir a emissão de partículas e aerossóis, entre outras estratégias (Aziz et al., 2020; Goh et al., 2020, Mendes et al., 2020).

A gestão das equipas foi também fundamental para potenciar a segurança das mesmas e dos cuidados de saúde, através de uma distribuição equitativa dos profissionais com e sem experiência em cuidados intensivos em cada turno (Aziz et al., 2020; Carenzo et al., 2020). Esta gestão permitiu promover estratégias de supervisão, tendo os profissionais mais experientes um papel de supervisor e de apoio face aos restantes (Goh et al., 2020; Vera San Juan et al., 2022). Ainda dentro desta gestão das equipas, foi também necessária a adequação dos rácios face às necessidades de cuidados dos doentes, às suas

exigências clínicas, ao nível de experiência de cada profissional e à disponibilidade de apoio (Goh et al., 2020; Phua et al., 2020).

No que concerne aos profissionais de saúde, a pandemia colocou uma enorme pressão sobre os mesmos, especialmente nas UCIs COVID-19 (Waele et al., 2020). Para além das UCIs estarem entre os três principais ambientes de trabalho com maior suscetibilidade para situações de *stress* e *burnout*, estes profissionais ainda se debateram com todas as dificuldades consequentes da pandemia (Arabi et al., 2021; Waele et al., 2020). Estudos demonstraram que os profissionais de saúde, especialmente os mais expostos à COVID-19, tinham um risco elevado de desenvolver problemas de saúde mental, tendo-se verificado um aumento da prevalência de problemas como a insónia, a ansiedade, a depressão e o burnout (Arabi et al., 2021; Waele et al., 2020).

As mudanças nas condições de trabalho nas UCIs impostas pela pandemia comprometeram a saúde física e mental dos profissionais (Arabi et al., 2021; Halpern & Miller, 2020). O uso de EPIs contribuiu para a pressão sentida pelos profissionais, pois dificultavam a realização de procedimentos e cuidados, e também condicionavam fisicamente os profissionais, uma vez que as máscaras faciais magoavam o rosto, sobretudo quando usadas durante longos períodos, os óculos e viseiras dificultavam a visão e o uso de batas impermeáveis era desconfortável pela incapacidade de transpiração dos tecidos e pelo aumento da temperatura (Waele et al., 2020). Para além disso, a sensação de ineficácia e de incapacidade de prestar cuidados de qualidade, assim como a elevada carga de trabalho, a inexperiência, as inadequadas condições no ambiente de trabalho, a escassez de recursos e o medo de contaminação e transmissão da doença contribuíram negativamente para a saúde e bem-estar dos profissionais (Goh et al., 2020 ; Halpern & Miller, 2020). A estes fatores acrescem ainda questões relacionadas com as decisões de continuidade de cuidados e de fim de vida, levando a situações de angústia moral e que contribuem para o aumento do desgaste psicológico sentido pelos profissionais (Goh et al., 2020).

A pandemia COVID-19 também condicionou amplamente os cuidados centrados na família (Aziz et al., 2020; Arabi et al., 2021). As medidas de

confinamento, o distanciamento social e as restrições de visitas nos hospitais limitaram o contacto dos doentes com os seu familiares e/ou pessoas significativas (Arabi et al., 2021). Além disso, o risco de transmissibilidade da COVID e a escassez de EPIs também contribuíram para a restrição das visitas presenciais (Aziz et al., 2020).

O contacto dos profissionais de saúde com as famílias também foi dificultado, dada a carência de recursos humanos e o aumento da carga de trabalho (Arabi et al., 2021). O uso de EPIs e as medidas de distanciamento também prejudicaram a comunicação e relação com as famílias, pelas dificuldades de expressão e compreensão pelo uso de máscaras, e pela limitação da capacidade dos profissionais para transmitir apoio e empatia às famílias (Arabi et al., 2021).

Apesar de todas as adversidades, o envolvimento da família nos cuidados de saúde, em particular nos cuidados à pessoa em situação crítica, mesmo em situações de surtos de doenças infecciosas, deve ser mantido (Aziz et al., 2020). Durante um período tão complexo como é uma pandemia, as visitas das famílias e/ou pessoas significativas requerem orientações específicas, sendo necessário o acompanhamento e apoio dos profissionais de saúde, de modo a garantir a segurança dos visitantes através do correto uso de EPIs e aferindo que a sua condição de saúde é compatível com a possibilidade de visita num ambiente condicionado e de isolamento (Aziz et al., 2020).

No decorrer da pandemia COVID-19 foram implementadas estratégias que permitiram melhorar a comunicação das famílias e/ou pessoas significativas com os doentes e com os profissionais de saúde (Aziz et al., 2020; Arabi et al., 2021). No contexto de cuidados intensivos foram muitas vezes utilizados meios de comunicação tecnológicos, como as chamadas telefónicas e as videochamadas, a fim de garantir o contacto das famílias com os doentes conscientes e com os profissionais (Arabi et al., 2021). Outras estratégias como fotografias e desenhos também permitiram a aproximação dos doentes às suas famílias (Arabi et al., 2021).

A COVID-19 trouxe desafios sem precedentes para os sistemas de saúde, alguns dos quais poderão levar a mudanças transformadoras (Arabi et al., 2021). Para além disso, evidenciou algumas fragilidades na preparação para situações de emergência, sendo necessárias melhorias na capacidade de reservas de EPIs, otimizar a disponibilidade de recursos, dispositivos e fármacos através de cadeias de abastecimento eficazes, promover o desenvolvimento de protocolos para uma utilização mais eficaz dos recursos materiais e humanos, assim como protocolos de cuidados direcionados, em particular, para surtos de doenças infecciosas (Arabi et al., 2021).

Os desafios da pandemia também deverão conduzir a mudanças no paradigma das UCIs e na forma como se prestam cuidados em cuidados intensivos (Arabi et al., 2021). Assim, é necessária uma melhor preparação e planeamento que possibilite aumentar a capacidade das UCIs, encontrando estratégias que o facilitem, como a criação de “UCIs silenciosas”, unidades construídas com a finalidade de serem utilizadas em situações emergentes, nas quais o número de camas de cuidados intensivos é insuficiente (Aziz et al., 2020; Arabi et al., 2021). Implica também otimização das equipas, a promoção da comunicação multidisciplinar, bem como da formação profissional (Arabi et al., 2021; Vera San Juan et al., 2022). Acresce ainda a necessidade de definir e implementar protocolos criteriosos de triagem de admissão nas UCIs e de cuidados de fim de vida, como também promover o envolvimento das famílias nos processos de transição saúde-doença (Aziz et al., 2020; Arabi et al., 2021).

Apesar da pandemia ter sido um grande desafio e ter levado a significativas mudanças nas UCIs, permitiu o desenvolvimento do conhecimento, a sua partilha e o conseqüente aprimoramento dos cuidados à pessoa em situação crítica com COVID-19, possibilitando a melhoria futura dos cuidados de saúde.

2.1.3. Enfermagem nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19

Durante a pandemia COVID-19 foram enfrentados inúmeros desafios pelos profissionais de saúde, especialmente nas UCIs. A crescente necessidade de cuidados intensivos tornou-se evidente logo nas primeiras semanas de pandemia, uma vez que cerca de 5% das pessoas infetadas desenvolviam pneumonias graves e ARDS, com necessidade de suporte ventilatório, bem como de outras medidas de suporte de vida como as terapias de substituição da função renal e o ECMO (Oxigenação por Membrana Extra Corporal) (Chegini et al., 2021; Fernández-Castillo et al., 2021; Imbriaco et al., 2021; OMS, 2022a). O aumento do número de doentes internados nas UCIs levou, sobretudo na primeira vaga, a que a resposta dos sistemas de saúde fosse essencialmente centrada no aumento de número de camas e de UCIs, tendo implicações no aumento da carga horária e de trabalho dos profissionais (International Council of Nurses [ICN], 2020; Moradi et al., 2021).

Neste período de mudanças e incertezas, os enfermeiros, juntamente com os restantes profissionais de saúde, enfrentaram a crise pandémica trabalhando arduamente para cuidar dos doentes infetados com COVID-19 e para minimizar as taxas de infeção e de mortalidade associadas à doença (Arcadi et al., 2021; Kang & Shin, 2020).

No contexto de cuidados intensivos, os cuidados de enfermagem são altamente complexos e qualificados, exigindo um grande domínio de conhecimentos e habilidades por parte dos enfermeiros, de forma a manter as funções básicas de vida e prevenir complicações, com a finalidade de alcançar a recuperação total da pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). A estas exigências somaram-se muitas outras durante a pandemia COVID-19, o que provocou uma enorme pressão sobre os enfermeiros, pois estes são os profissionais que mais tempo passaram a cuidar dos doentes infetados com SARS-CoV-2 nas UCIs (Fernández-Castillo et al., 2021; Moradi et al., 2021; Turale et al., 2020).

Para responder ao incomensurável número de pessoas em situação crítica com COVID-19, os enfermeiros das UCIs tiveram de se adaptar ao aumento da capacidade das unidades e à sua reestruturação, assim como à necessidade de serem redistribuídos pelas UCIs COVID-19 (Imbriaco et al., 2021). Todas essas mudanças provocaram diversas dificuldades, que tiveram de ser enfrentadas pelos enfermeiros ao longo da pandemia (Bruyneel et al., 2020).

No início do surto de COVID-19, especialmente durante a primeira vaga, o número de enfermeiros a exercer funções nas UCIs era insuficiente para as necessidades de cuidados (Hoogendoorn et al., 2021; Kang & Shin, 2020). De forma a suprir a falta de enfermeiros, foi necessário aumentar o número de horas de trabalho e os rácios enfermeiro-doente (E:D) (Hoogendoorn et al., 2021). Além disso, esta doença pressupunha uma maior complexidade de cuidados, superior à média dos restantes doentes internados em UCIs, levando a uma crescente necessidade de cuidados de enfermagem e ao inevitável aumento da carga de trabalho (Hoogendoorn et al., 2021; Kang & Shin, 2020). No estudo de Hoogendoorn et al. (2021), onde é comparada a carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos entre doentes com COVID-19, doentes com pneumonia e outros doentes internados em UCIs, concluiu-se que o número de doentes por enfermeiro foi maior durante o período pandémico, especialmente entre os meses de abril e maio de 2020, tendo atingido rácios de 1:5 por turno. Assegurar rácios E:D adequados é essencial para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados, porém vários estudos têm vindo a comprovar que o aumento dos rácios está, em muitos casos, associado ao aumento da mortalidade, de incidentes e efeitos adversos, bem como de infeções nosocomiais (Bruyneel et al., 2020). Hoogendoorn et al. (2021) verificaram também o aumento do tempo despendido em algumas intervenções de enfermagem, como nos cuidados de higiene e nas mobilizações e posicionamentos, sendo que nestas últimas, o número de enfermeiros requeridos para realizar a intervenção era de três ou mais, particularmente quando se posicionavam os doentes em *prone* ou se revertia este decúbito (Hoogendoorn et al., 2021). As intervenções de enfermagem relacionadas com cuidados respiratórios também foram mais frequentemente realizadas em

doentes com COVID-19 do que em doentes com outros tipos de pneumonias (Hoogendoorn et al., 2021).

Dado este aumento da carga de trabalho e a impreterível necessidade de reforçar as equipas de enfermagem das UCIs COVID-19, profissionais de outras UCIs ou com experiência prévia em cuidados intensivos foram mobilizados para estas unidades (Imbriaco et al., 2021). Numa fase posterior, procedeu-se também à contratação de enfermeiros que, em muitos casos, não tinham qualquer experiência ou formação prévia em cuidados à pessoa em situação crítica (Imbriaco et al., 2021). Esta estratégia, apesar de ter sido benéfica pelo aumento da disponibilidade de enfermeiros, acarretou alguns problemas, uma vez que os enfermeiros das unidades ficaram encarregues da integração, supervisão e formação destes elementos, para além dos cuidados aos doentes, o que levou ao aumento da sua responsabilidade e, mais uma vez, da carga de trabalho (Imbriaco et al., 2021).

A pandemia obrigou ainda a outras reestruturações na equipa de enfermagem, sendo que para além dos enfermeiros envolvidos na prestação direta de cuidados aos doentes, foi preciso destinar alguns elementos para ficarem fora das zonas de isolamento, tendo funções de gestão de fármacos e materiais, bem como de suporte em situações emergentes ou que requeressem um maior nível de cuidados (Imbriaco et al., 2021).

A dinâmica de trabalho também sofreu significativas alterações durante este período, além das mudanças ao nível da equipa de enfermagem, os enfermeiros tiveram de se adaptar a uma nova forma de cuidar, com necessidade de utilizar EPIs de forma continuada, de adaptar protocolos e intervenções e a interagir de forma diferente com os doentes e com as suas famílias (Conz et al., 2021).

O envolvimento da família nos cuidados foi substancialmente prejudicado durante a pandemia, sobretudo no seu início (Imbriaco et al., 2021). O risco de transmissibilidade da COVID-19, as medidas de confinamento, o medo de contágio e a não permissão de visitas, limitaram amplamente o contacto dos doentes com as suas famílias (Imbriaco et al., 2021). Para além do enorme

retrocesso nos cuidados, esta situação teve um enorme impacto para as famílias e para os doentes (Imbriaco et al., 2021). Os cuidados à família foram escassos, muitas vezes limitados a uma chamada telefónica diária, na qual enfermeiros e/ou médicos funcionavam como intermediários, de forma a manter a proximidade da família e transmitindo as atualizações sobre o estado de saúde do doente (Fernández-Castillo et al., 2021; Imbriaco et al., 2021). Numa fase posterior, foi possível permitir chamadas e videochamadas entre as famílias e os doentes cuja condição de saúde o possibilitasse, assim como foram retomadas, ainda que de forma condicionada, as visitas (Imbriaco et al., 2021).

Para os doentes este impacto foi ainda mais significativo. A ausência de visitas e, em muitos casos, a impossibilidade de contacto com as famílias, levou a que expressassem sentimentos de ansiedade, tristeza, solidão e abandono, enquanto lidavam com a vulnerabilidade imposta pela doença (Imbriaco et al., 2021). Este foi um dos fatores que contribuiu para a desumanização dos cuidados durante a pandemia, juntamente com a necessidade de manter os doentes em isolamento e as barreiras de comunicação provocadas por dispositivos de ventilação não invasiva (ex.: oxigenoterapia nasal de alto fluxo [ONAF], ventilador não invasivo [VNI], Helmet) e pelo uso de EPIs que não só obstaculizavam a comunicação, como também dificultavam a identificação dos profissionais de saúde (Fernández-Castillo et al., 2021; Imbriaco et al., 2021). Contudo, o papel dos enfermeiros passou também por minimizar estes problemas promovendo, dentro das suas possibilidades, a garantia da segurança dos cuidados, o apoio emocional, a compaixão e o conforto, permanecendo perto dos doentes quando mais ninguém podia estar (Arcadi et al., 2021).

O pesado papel que os enfermeiros tiveram de assumir durante a pandemia, os desafios que tiveram de enfrentar nesta situação de constante stress, como nunca tinham experienciando, teve claras consequências físicas e psicológicas (Imbriaco et al., 2021; Moradi et al., 2021; Turale et al., 2020). O excesso de trabalho, aliado ao uso contínuo de EPIs levaram à exaustão física dos

enfermeiros (Moradi et al., 2021). Estes equipamentos comprometiam a mobilidade e habilidade, provocavam extremo desconforto pelo calor e pelas lesões cutâneas, para além de condicionarem as saídas das zonas de isolamento das unidades, reduzindo a possibilidade de uso de casas de banho e de pausas para as refeições (Moradi et al., 2021). Além disso, muitos outros fatores concorreram para a pressão psicológica sentida pelos enfermeiros, como o medo de contágio e da possibilidade de transmissão da infeção, acabando frequentemente por se isolarem e limitarem o contacto com a sua família; os sentimentos de incapacidade, de falta de competência e de confiança por não conseguirem salvar os doentes, bem como o constante risco de complicações e de morte (Moradi et al., 2021; Sezgin et al., 2021). Acrescem a estes, os processos de decisão de fim de vida que levantaram, em alguns casos, questões éticas que potenciaram a angústia moral (Turale et al., 2020). Esta pressão psicológica desencadeou vários problemas de saúde mental como o *burnout*, a ansiedade e a depressão (Chegini et al., 2021). Estudos mostram que, os enfermeiros das UCIs têm uma maior prevalência de distúrbios psicológicos, dado os fatores de risco associados ao contexto de trabalho, mas esta é significativamente maior em situações de maior stress, como já ocorrera anteriormente no surto de outras infeções, como o Ébola e a Gripe A (Chegini et al., 2021). Efetivamente, tem vindo a ser demonstrado que, durante a pandemia COVID-19, os enfermeiros das UCIs sofreram diversos problemas psicológicos, desde o aumento dos níveis de stress, de ansiedade e depressão, assim como distúrbios do sono, situações de stress pós-traumático e burnout (Arcadi et al., 2021; Calkins et al., 2023).

No decorrer da pandemia, os enfermeiros não deixaram qualquer dúvida, apesar de todas as dificuldades e adversidades, com espírito de sacrifício e comprometendo muitas vezes as suas necessidades e bem-estar, estiveram à altura dos desafios, em prol de um cuidado digno e humano ao doente com COVID-19 (Arcadi et al., 2021; Kang & Shin, 2020; Turale et al., 2020). No entanto, a pandemia trouxe também oportunidades de aprendizagem e melhoria, para que, no futuro, os sistemas de saúde possam estar adequadamente preparados, proporcionando melhores condições de trabalho

para os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, contribuindo para a sua formação e preparação para situações de emergência e desastre, garantindo consequentemente, cuidados mais seguros e de qualidade (Moradi et al., 2021; Turale et al., 2020).

2.2. Supervisão Clínica em Enfermagem

Desde o início da década de 1990, a supervisão clínica em enfermagem (SCE) tem tido um aumento da sua popularidade. O seu crescente debate e discussão permitiram reconhecer este novo fenómeno como uma estratégia potenciadora para o exercício da profissão (Lynch et al., 2008).

Em 1993, a Divisão de Enfermagem do Departamento de Saúde (DoH) do Reino Unido, na sua publicação *Vision for the Future*, assumiu a liderança na definição da supervisão clínica como uma prioridade na agenda da profissão (Bishop, 1998). Nesta publicação emanada pelo DoH, a SCE é considerada fundamental no processo de aprendizagem, potenciando quer a melhoria das práticas, quer o desenvolvimento de capacidades reflexivas e analíticas, incentivando ainda o processo de autoavaliação (Abreu, 2007). É também definida como um “processo formal de suporte profissional e de aprendizagem, que permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pela sua prática e promover a proteção do utente e a segurança dos cuidados em situações clínicas complexas” (DoH, 1993 como citado em Abreu, 2007, p. 182).

Segundo Abreu (2007), a SCE terá tido, no trabalho de Florence Nightingale, o início da sua base. Apesar de não poderem ser-lhe atribuídas responsabilidades na área da supervisão clínica, foi com ela que se iniciou a implementação de alguns princípios da supervisão quer no âmbito da formação, quer no da administração (Abreu, 2007).

Posteriormente, em 1964, Hildegarde Peplau identificou, no contexto da formação em enfermagem, algumas preocupações como o “desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais, em paralelo com a inteligência emocional, as preocupações éticas e o pensamento relacional” (Abreu, 2007, p.178). Este período de reforma do ensino de enfermagem encontra-se intimamente relacionado com o início da conceitualização da SCE e da sua implementação (Cutcliffe et al., 2001).

Tait (1994) define algumas características da SCE, numa perspetiva mais direcionada para os cuidados de enfermagem, considerando-a como um mecanismo para proteção de padrões e da saúde pública, promovendo o desenvolvimento da excelência na prática (Abreu, 2003). Associa a SCE com a segurança dos cuidados e com a contínua melhoria da qualidade dos mesmos (Abreu,2007).

Apesar do conceito de supervisão clínica ter sido significativamente explorado no contexto da enfermagem no início dos anos noventa, segundo Cutcliffe et al. (2001) citando Faugier (1996), até 1996 a existência de publicações relativas a esta temática, na literatura em enfermagem, era ainda escassa. Sendo que os estudos sobre SCE, quer no âmbito do desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem, quer da formação contínua de enfermeiros, surgem essencialmente no final da década de noventa (Abreu, 2003).

Nesse período, em que se verifica o aumento do interesse pelo estudo da SCE, surgem também algumas dúvidas. Uma vez que, quando comparada com outros conceitos previamente utilizados na enfermagem, como o de *mentorship* e de *preceptorship* (Bishop, 1998), gera-se alguma confusão quanto à sua definição e quanto à sua diferenciação quando aplicadas na prática (Cutcliffe et al., 2001). As suas diferenças encontram-se essencialmente em dois aspetos, no período de duração e na relação entre o supervisor e o supervisionado, sendo que a SCE é um processo contínuo, sem um final definido, em que o papel do supervisor é de facilitar a reflexão e a análise crítica e não direcionar ou gerir o trabalho do supervisionado (Mackereth, 1997). Veronica Bishop (1998) considera que este problema de comparação entre conceitos está assente em questões

de semântica, argumentando que o importante da supervisão clínica é o seu foco na prática clínica – “*the heart of what nursing is about*” (Bishop, 1998, p. 7), sendo um mecanismo de apoio para o desenvolvimento da mesma.

Um outro problema associado à supervisão clínica é a existência de uma grande diversidade de definições, tornando mais difícil a sua compreensão (Lynch et al., 2008). Estas diferenças encontram-se essencialmente dependentes da multiplicidade sociológica e clínica dos contextos de saúde e dos diferentes autores e/ou estudos utilizados no processo de investigação (Abreu, 2007).

Apesar da difícil universalidade do conceito de SCE, Bishop (1998) definiu três objetivos essenciais: garantir a segurança das práticas; desenvolver as capacidades individuais e profissionais dos indivíduos e promover a excelência dos cuidados. Indo ao encontro a estes objetivos a SCE pode, então, ser considerada um processo que promove o desenvolvimento profissional e a formação contínua (Orga, 2004 como citado em Abreu, 2007), tendo por consequência a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados. Bishop (1998) acrescenta ainda que a supervisão clínica e, por consequência, o alcance dos seus objetivos está dependente do tempo, dos profissionais e dos recursos envolvidos.

Neste seguimento, a SCE pode então ser interpretada como um processo de colaboração, sustentado na relação profissional de dois ou mais enfermeiros (Abreu & Marrow, 2012; Garrido et al., 2008), um espaço de reflexão profissional que permite a melhoria de capacidades e o desenvolvimento de novas competências através da partilha de conhecimentos, experiências e valores, tendo como foco as necessidades de formação e de orientação (Garrido et al., 2008; Lynch et al., 2008), possibilitando, por conseguinte, a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados (Abreu & Marrow, 2012), bem como a promoção da inovação na prática clínica (Garrido et al., 2008).

Embora o conceito de SCE seja bastante amplo, podem ser identificadas duas perspetivas predominantes, uma de cariz educacional e outra de cariz administrativo (Macedo, 2015). No que diz respeito à perspetiva educacional,

verifica-se que esta é direcionada para a formação em enfermagem em contexto académico, tendo por objetivo a aprendizagem através de estratégias de planificação, observação e reflexão, estando então mais dirigida para a orientação e acompanhamento de alunos de enfermagem (Macedo, 2015). Por sua vez, a perspetiva administrativa encontra-se relacionada com o desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Macedo, 2015). Contudo os seus objetivos contemplam, para além da melhoria das competências profissionais, a conseqüente melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados. Macedo (2015) classifica esta perspetiva da SCE de natureza administrativa, uma vez que a formação e capacitação dos enfermeiros para o seu trabalho implica mudanças organizacionais nos sistemas de saúde, principalmente ao nível da qualidade dos cuidados.

Em Portugal tem-se verificado um aumento da investigação na área da SCE, quer no âmbito da formação de estudantes de enfermagem, quer no âmbito do desenvolvimento profissional. A Ordem dos Enfermeiros (OE) destaca a importância da SCE no acompanhamento dos profissionais, na promoção da sua decisão autónoma e na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados (OE, 2010). Todavia, evidencia também que a maioria dos estudos nesta área está direcionada para a formação em contexto de ensino clínico, reconhecendo a falta de estudos no campo da supervisão clínica direcionada para enfermeiros e para a sua formação e desenvolvimento profissional contínuos.

É ainda relevante salientar que, em 2018, a OE reconheceu as competências acrescidas, diferenciadas e avançadas em supervisão clínica, referindo que:

“O exercício de Enfermagem em Supervisão Clínica é determinante para assegurar um suporte efetivo e integral na relação supervisiva, garantindo a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico -reflexiva e consolidação da identidade profissional. Constitui -se, através do desenvolvimento de competências, como uma

componente efetiva e de suporte para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, visando a obtenção de ganhos em saúde. Importa, pois, ser reconhecida, validada e certificada pela Ordem dos Enfermeiros, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional” (OE in Diário da República n.º 113/2018, p. 16657).

Apesar da SCE em contexto profissional ser cada vez mais abordada, existem ainda alguns problemas que dificultam a sua implementação nas organizações de saúde. Uma dessas razões encontra-se relacionada, segundo Cutcliffe e Proctor (1998), com o facto de estrutural e culturalmente as organizações e serviços de saúde não estarem preparados para a sua implementação. Neste sentido, é necessário um ajuste e flexibilidade da SCE para que a sua implementação seja aceite e, conseqüentemente, seja mais eficaz e se obtenham melhores resultados (Carvalho et al., 2015). Cutcliffe e Proctor (1998) consideram ainda que outra das razões será a falta de clareza na definição dos objetivos da SCE, considerando que existem duas perspetivas relativas aos mesmos. Numa das perspetivas, o papel de supervisor é assumido pelos enfermeiros mais experientes numa área específica, ensinando e apoiando os enfermeiros menos experientes, promovendo o seu desenvolvimento profissional nessa mesma área (Cutcliffe & Proctor, 1998). A outra perspetiva considera que a supervisão clínica deverá funcionar como um fórum, onde se discutem os problemas com os quais os enfermeiros se debatem na sua prática, tendo por objetivo a reflexão sobre os mesmos e conseqüentemente a definição de estratégias para a sua resolução (Cutcliffe & Proctor, 1998). Nesta perspetiva, Cutcliffe e Proctor (1998) referem não ser necessário que os enfermeiros supervisores tenham mais experiência profissional que os supervisionados, mas sim que o supervisor seja capaz de construir uma rede de apoio eficaz, facilitando aos enfermeiros a identificação das suas dificuldades e a ajuda para as colmatar. Os autores concluem que

esta possível confusão face aos objetivos da SCE induza resistência na sua implementação.

Outra causa que pode dificultar o desenvolvimento da SCE nas instituições de saúde são as opiniões dos enfermeiros relativas à mesma. Mackereth (1997) refere que a ideia de que os enfermeiros têm relativamente à SCE pode estar sob a influencia de algumas considerações erróneas. O autor identificou algumas dessas situações, nas quais a supervisão era entendida como uma sessão para repreensão dos profissionais, um processo imposto e não negociável, uma oportunidade para identificar e rejeitar os maus enfermeiros, e uma relação entre supervisor e supervisionado em que o primeiro tem de assumir a responsabilidade pelo trabalho realizado pelo segundo. Garrido et al. (2008) sugere ainda que o termo supervisão pode induzir alguma preocupação dado o contexto tradicional associado à palavra, expressando uma relação de obediência e de subserviência do supervisionado para com o supervisor.

Não obstante, os benefícios da SCE encontram-se claramente expressos na literatura, podendo ser divididos em dois grupos: os benefícios organizacionais e os benefícios para os enfermeiros. No que diz respeito à perspetiva dos enfermeiros, vários estudos identificam um amplo conjunto de benefícios. A nível profissional e educacional são identificados o desenvolvimento de conhecimento e competências; o colmatar das falhas entre a educação e as práticas; a melhoria da capacidade de reflexão, impulsionando a prática reflexiva; a melhoria da capacidade de resolução de problemas; a estimulação da criatividade; o aumento da satisfação profissional; o aumento da produtividade; a melhoria da eficiência e eficácia profissional, e a promoção de capacidades de liderança. A SCE tem também benefícios reconhecidos ao nível da equipa de enfermagem, como é o caso da melhoria das relações entre enfermeiros, da perceção de igualdade e pertença na equipa, e da integração de novos enfermeiros nos serviços ser mais facilitada quer para a equipa, quer para os novos elementos. No ponto de vista pessoal também são enumerados alguns benefícios como a maior sensação de suporte, de encorajamento, de estabilidade e de bem-estar; a redução dos níveis de ansiedade; a diminuição do *stress* e de situações de *burnout*; a melhoria das estratégias de *coping* para

lidar com o trabalho; o aumento da autoconsciencialização e o desenvolvimento da autoconfiança e da autoestima. Os benefícios a nível organizacional surgem como consequência dos benefícios anteriormente explanados, sendo estes a melhoria do clima organizacional, a diminuição do número de baixas e de absentismo e mais relevante ainda, a melhoria dos cuidados de saúde, na sua qualidade e segurança (Abreu, 2007; Abreu & Marrow, 2012; Alves & Pacheco, 2016; Bifarin & Stonehouse, 2017; Bishop, 1998; Cutcliffe et al., 2001; National Council for Professional Development of Nursing and Midwifery, 2008).

2.2.1. Modelos de Supervisão Clínica

A supervisão clínica compreende a definição de um plano orientador e estruturado, no qual é determinada a sua finalidade, assim como os papéis dos seus intervenientes, permitindo direccionar o processo supervisivo para a consecução dos seus objetivos (Garrido et al., 2008). Este método de sistematização da supervisão clínica pode ser designado como modelo (Garrido et al., 2008).

Um modelo de supervisão é um quadro conceptual explicativo e organizado com o objetivo de direccionar o pensamento e construir um método de referência para o processo de supervisão (Abreu, 2007; Sloan & Watson, 2002). Num modelo podem ser definidos múltiplos aspetos do processo supervisivo, como as suas fases, a definição do papel do supervisor e do supervisionado, bem como considerações para a sua implementação (Sloan & Watson, 2002).

A conceção de um modelo de supervisão clínica deve, na perspetiva de Powell (1993), assentar em quatro dimensões fundamentais: a fundamentação filosófica, em que se define a base das estratégias de supervisão; a dimensão descritiva, onde se explana o processo supervisivo; os fatores contextuais, isto é, a caracterização do contexto e dos participantes, e o estadió de

desenvolvimento, que remete para as competências e capacidades do supervisor (Powell, 1993 como citado em Garrido et al., 2008).

Inicialmente os modelos de supervisão utilizados na SCE eram, na sua maioria, modelos de psicoterapia e de *counselling* (Cutcliffe & Proctor, 1998). Contudo, os objetivos da supervisão são distintos dos objetivos da psicoterapia e do *counselling* (Garrido et al., 2008). Enquanto o foco da supervisão é a aquisição e desenvolvimento de competências, com a finalidade de melhorar a prática clínica, no *counselling* e na psicoterapia os seus objetivos são as mudanças de comportamento, a fim de promover o desenvolvimento pessoal (Powell, 1993 como citado em Garrido et al., 2008).

A evolução da SCE potenciou o desenvolvimento de modelos direcionados para a prática de enfermagem (Cutcliffe & Proctor, 1998). Nos últimos 30 anos, vários modelos de SCE foram surgindo. O aparecimento de distintos modelos prende-se com a dificuldade em aglutinar todos os elementos relevantes num só modelo, que possa ser tido como referência em distintas situações (Abreu, 2007). Neste sentido, é possível afirmar que nenhum modelo se consegue adaptar a todas as necessidades e a todos os contextos relacionados com a prática de enfermagem (Sloan & Watson, 2002).

Dada a diversidade de modelos de SCE, Butterworth e Faugier sugeriram uma classificação dos modelos em três tipos: os que se centram na relação de supervisão; os que definem os papéis e caracterização das suas funções, e os que se focam no desenvolvimento da relação supervisiva - modelos desenvolvimentais (Abreu, 2007; Lyth, 2000).

O modelo de Ekstein e Wallerstein, de 1972, é considerado um dos primeiros modelos de supervisão clínica. Este modelo distingue a psicoterapia da supervisão, considerando esta última como um processo de formação e de aprendizagem contínuo, tendo uma relação direta com a promoção da qualidade (Abreu, 2007).

Um dos modelos mais popular e frequentemente utilizado na SCE é o modelo de Brigid Proctor (Lynch et al., 2008), de 1987. Um modelo desenvolvimental

centrado quer nas funções da supervisão clínica, quer na relação supervisiva (Alves & Pacheco, 2016). O modelo de Proctor define três funções estruturantes do processo supervisivo – as funções normativa, formativa e restaurativa (Abreu, 2007). A função normativa relaciona-se com questões de gestão, com a manutenção dos padrões profissionais, com a promoção da qualidade e minimização dos riscos (Abreu, 2007; Alves & Pacheco, 2016; Sloan & Watson, 2002). No que concerne à função formativa, esta prende-se com desenvolvimento de competências e conhecimentos (Abreu, 2007; Alves & Pacheco, 2016; Sloan & Watson, 2002). Por sua vez, a função restaurativa encontra-se relacionada com estratégias de suporte para minimizar o *stress* inerente aos contextos da prática de enfermagem (Abreu, 2007; Sloan & Watson, 2002).

Na sua revisão da literatura, Brunero & Stein-Parbury (2008), identificaram diversos benefícios na implementação do modelo de Proctor, desde o desenvolvimento de capacidades e de conhecimento (função formativa), ao alívio de stress e suporte entre enfermeiros (função restaurativa) e à melhoria da prática e da responsabilidade profissional (função normativa). Porém, as limitações do modelo são também reconhecidas, existindo referência à dependência do contexto onde se pretende utilizar o modelo, sendo este problema transversal à grande maioria dos modelos de supervisão (Abreu, 2007). Contudo, são ainda identificadas carências na orientação dos supervisores quanto ao seu papel e às suas funções (Abreu, 2007; Sloan & Watson, 2002) e na apresentação de intervenções específicas para o desenvolvimento das funções centrais do modelo (Abreu, 2007).

A frequente utilização do modelo de Proctor, bem como o reconhecimento dos benefícios da sua implementação, proporcionaram o aparecimento de outros modelos, alguns destes tendo a ideologia de Proctor como base, como é o caso do modelo de Nicklin (1997). Este considera que a SCE deve dar resposta a três variáveis principais – gestão, formação e resposta emocional (correspondentes no modelo de Proctor às funções normativa, formativa e restaurativa, respetivamente), sendo o processo de supervisão clínica um ciclo

de seis etapas – a análise prática (avaliação das situações/ problemas); a identificação de problemas; o objetivo (definição dos objetivos que se pretendem alcançar através do processo supervisivo); o planeamento, a implementação e a avaliação (Abreu, 2007; Garrido, 2008; Sloan & Watson, 2002).

Em Portugal, Sandra Cruz (2012) apresenta, no contexto da sua tese de doutoramento, o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC). Este modelo surge pela necessidade do contributo da enfermagem para os ganhos em saúde e, conseqüentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados (Barroso et al., 2020). Assim como, pela não existência de um modelo de SCE que esteja apto para os enfermeiros e para os atuais contextos da prática clínica (Barroso et al., 2020; Carvalho et al., 2019). O MSCEC foi integrado em diferentes projetos, inicialmente no projeto C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, e à posteriori no projeto SafeCare, tendo ao longo dos anos sofrido algumas alterações e aprimoramento, acabando por dar origem ao modelo SafeCare (Carvalho et al., 2019).

O modelo SafeCare tem por objetivo a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados através da implementação de estratégias de supervisão clínica (Carvalho et al., 2019). Neste sentido, procura identificar as áreas suscetíveis de intervenção, utilizando o conceito de Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE), o qual permite a orientação do processo supervisivo e avaliar a implementação e efetividade do modelo (Barroso et al., 2020).

O modelo apresenta quatro eixos estruturantes e é composto por quatro etapas (Barroso et al., 2020). São identificados como eixos estruturantes o contexto, isto é o ambiente no qual se desenvolvem os cuidados, que condiciona e influencia a prática de enfermagem; os cuidados de enfermagem; o desenvolvimento profissional, tendo por referência a continua melhoria de conhecimentos e competências, considerando uma visão holística que integra não só o enfermeiro como profissional, mas também como pessoa, o contexto

onde exerce a sua profissão e as relações interpessoais neste implícitas, e a supervisão, como processo formal que visa o acompanhamento da prática de enfermagem (Carvalho et al., 2019). Todos estes eixos se encontram relacionados entre si, implicando que o desenvolvimento de um se repercute no desenvolvimento dos restantes (Carvalho et al., 2019). No que concerne às etapas, estas são o diagnóstico da situação, a identificação das necessidades em supervisão clínica, a implementação do modelo e a avaliação dos resultados (Barroso et al., 2020).

Apesar de ainda não existirem estudos suficientes que comprovem que a implementação do modelo SafeCare aumente a qualidade e/ou a segurança dos cuidados, nos contextos onde foi implementado o feedback dos profissionais foi bastante positivo (Barroso et al., 2020).

Em resumo, no que concerne aos modelos de supervisão clínica, nenhum modelo deverá ser considerado melhor que outro, mas sim ser mais ou menos adequado ao contexto clínico onde se pretende desenvolver um processo de supervisão clínica (Garrido, 2008). É o contexto que permite a determinação do modelo e não o contrário, uma vez que a finalidade dos modelos é otimizar o processo de tomada de decisão através de estratégias apropriadas ao contexto e aos objetivos pretendidos com o processo de supervisão (Garrido, 2008). Para além disso, a seleção do modelo está dependente do tempo definido para a intervenção, bem como dos seus intervenientes. Utilizando a ideia de Hart e Rotem, apresentada por Garrido (2008), é possível imitar um supervisor, contudo na ausência de um modelo concetual, o processo supervisivo não é alcançado.

2.2.2. Métodos de Supervisão Clínica

Para além da necessidade de definição de um modelo orientador para a implementação de práticas supervisivas em enfermagem, é também essencial determinar o método de supervisão clínica mais adequado, estando isso

dependente da organização, do serviço e das necessidades dos seus profissionais (Butterworth, 2022). As oportunidades e necessidades de supervisão facilmente diferem entre instituições e/ou serviços, sendo que, por exemplo o método de supervisão clínica adotado para um serviço de enfermagem comunitária poderá não ser o mais apropriado para um serviço de urgência (Butterworth, 2022).

Neste sentido, são apresentados na literatura diversos tipos de métodos de supervisão clínica, como métodos de supervisão clínica interna ou externa, métodos dependentes da relação entre o supervisor e o supervisionado, métodos dependentes do número de supervisionados e métodos de supervisão relacionados com a profissão dos seus intervenientes, podendo a supervisão estar só direccionada para a enfermagem e para os seus profissionais, ou também pode estar direccionada para vários profissionais, de distintas áreas, assumindo um carácter multidisciplinar.

No que concerne aos métodos de supervisão clínica interna e externa, estas diferem essencialmente na proveniência do supervisor, sendo que na interna o supervisor pertence à organização e/ou ao serviço, enquanto na externa, o supervisor é alguém externo à organização (Hardy & Debbage, 2016). Ambos os métodos apresentam diversas vantagens e desvantagens, sendo que a nível económico é geralmente mais acessível um supervisor interno à organização (Lynch et al., 2008). Contudo, relativamente à confidencialidade e à gestão de conflitos, caso o supervisor seja interno à organização e, particularmente se pertencer ao serviço onde se pretende implementar o processo supervisivo, poderá enfrentar maiores dificuldades quer na gestão de informação e na comunicação desta às chefias, quer na manutenção da relação supervisiva, devendo manter-se imparcial face às opiniões das chefias, de outros colegas e às suas próprias opiniões sobre os supervisionados. Estas dificuldades não são, usualmente, sentidas por um supervisor externo (Lynch et al., 2008). Uma outra possível vantagem do método de supervisão clínica externa encontra-se relacionada com o facto do supervisor não ter uma relação prévia com os profissionais e não conhecer a realidade das suas dinâmicas e do funcionamento do serviço, possibilitando, desta forma, uma abordagem numa

perspetiva diferente, ausente de juízos de valor, permitindo ainda que este se foque exclusivamente nos objetivos delineados para o processo supervisivo (Hardy & Debbage, 2016; Lynch et al., 2008; Rothwell et al., 2019). Por outro lado, um supervisor interno reconhece mais facilmente as necessidades do serviço e dos seus profissionais, podendo-lhe permitir uma abordagem mais direcionada para estas e para a resolução de problemas (Lynch et al., 2008).

Na SCE podem existir essencialmente dois tipos de relação entre o supervisor e o supervisionado: a relação entre estudante de enfermagem e enfermeiro tutor e/ou professor, e a relação entre enfermeiro supervisor e enfermeiro supervisionado. Na relação entre o estudante de enfermagem e o seu enfermeiro tutor/ professor, a SCE ocorre sobretudo durante os ensinamentos clínicos, tendo como finalidade a construção da identidade do futuro enfermeiro (Garrido et al., 2008). Neste sentido, o supervisor tem um papel orientador, acompanhando o estudante no seu processo de formação, guiando-o no seu percurso de forma a aumentar os seus conhecimentos, a desenvolver competências práticas e a adquirir comportamentos, contribuindo, assim, para o seu desenvolvimento profissional (Garrido et al., 2008).

Por sua vez, quando o supervisor e o(s) supervisionado(s) são enfermeiros, estabelecesse-se uma SCE de pares. A supervisão de pares é basilar na cultura de enfermagem, sendo mais frequentemente implementada na prática clínica, especialmente na integração de novos enfermeiros nos serviços (Alves & Pacheco, 2016). Este método permite o desenvolvimento e a formação contínua dos enfermeiros, sendo vários os benefícios atribuídos a este método de supervisão, desde o desenvolvimento de conhecimentos e competências, à melhoria da confiança e da satisfação dos profissionais, ao apoio e alívio do stress e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade dos cuidados (Alves & Pacheco, 2016; Bulman et al., 2016). Na literatura podem identificar-se dois tipos de supervisão de pares: a mais tradicional e frequente em que um enfermeiro, usualmente mais experiente, assume o papel de supervisor e um outro enfermeiro assume o papel de supervisionado, e a cossupervisão, um outro tipo de supervisão de pares no qual não existe um supervisor formal, sendo que ambos os enfermeiros partilham essa função, mantendo os mesmos

objetivos de discussão e reflexão sobre a prática clínica, e o apoio mútuo (Bifarin & Stonehouse, 2017; Care Quality Commission, 2013).

A partilha de conhecimento, a discussão e reflexão sobre a prática clínica, e o desenvolvimento de relações profissionais sustentadas no apoio e na orientação presentes na supervisão clínica de pares, independentemente do seu tipo, permitiram a Brunero e Stein-Parbury (2008) caracterizar este método supervisivo como um método educativo entre colegas.

Um outro método de supervisão encontra-se relacionado com número de supervisados, isto é, caso seja apenas um supervisado, o método de supervisão é individual, caso sejam dois ou mais, o método de supervisão é em grupo. Cada um dos métodos possui as suas vantagens e desvantagens, não sendo possível considerar que um é melhor do que o outro (Lynch et al., 2008). No entanto, um dos métodos poderá ser mais adequado do que outro face às necessidades dos profissionais e dos serviços.

O método de supervisão individual, também referenciado na literatura como método de um-para-um ou de par-para-par, pressupõem que o supervisor seja um profissional mais experiente e/ou especializado numa determinada área, cujo objetivo é orientar o supervisado, permitindo uma reflexão sobre os cuidados, disponibilizando para isso tempo e oportunidades de aprendizagem (Bifarin & Stonehouse, 2017; Butterworth, 2022). Neste sentido, o supervisado torna-se o foco da relação supervisiva (Lynch et al., 2008). A relação estabelecida entre o supervisor e o supervisado é mais próxima, baseada na comunicação aberta, compreensão e confiança, proporcionando uma maior sensação de apoio e suporte, e permitindo um processo supervisivo mais direcionado para as necessidades e dificuldades do supervisado (Bifarin & Stonehouse, 2017; Lynch et al., 2008).

No que concerne ao método de supervisão em grupo ou de equipa, este implica o envolvimento de um ou mais supervisores e de dois ou mais supervisados, num mínimo de três elementos, sendo que, geralmente, o grupo é constituído por profissionais do mesmo serviço (Bifarin & Stonehouse, 2017; Lynch et al., 2008). Ao contrário do método de supervisão individual, o foco da

supervisão em grupo não está nos indivíduos de forma particular, devendo ser orientada para o trabalho em equipa, com a finalidade de melhorar as competências do grupo e conseqüentemente promover o seu desenvolvimento profissional (Lynch et al., 2008). Este método de supervisão permite uma mais vasta partilha de experiências e de conhecimentos, um debate sobre os cuidados e sobre as necessidades dos profissionais e serviços, e um trabalho com a finalidade de colmatar as dificuldades e as necessidades identificadas (Lynch et al., 2008). Neste sentido, o supervisor assume um papel de orientador e/ou facilitador do trabalho do grupo/ equipa (Bifarin & Stonehouse, 2017). Na literatura são evidenciados como benefícios deste método supervisivo a partilha de informação e discussões mais produtivas, e uma rede de apoio mais ampla (Winstanley & White, 2003).

Persiste a dúvida se a supervisão clínica deverá ser exclusiva de uma disciplina e dos seus profissionais ou se esses limites devem ser ultrapassados, possibilitando uma supervisão de carácter multidisciplinar, em que a partilha de conhecimento é mais abrangente (Lynch et al., 2008). No caso da enfermagem, as práticas supervisivas podem não ser exclusivamente relacionadas com a disciplina de enfermagem, podendo haver contributos de outras disciplinas, como por exemplo da medicina, nutrição, entre outras (Lynch et al., 2008). Estes contributos permitem aos enfermeiros o desenvolvimento de conhecimentos e/ou práticas que potenciam a melhoria dos seus cuidados, permitindo uma abordagem mais ampla e holística dos mesmos (Lynch et al., 2008). Porém, a intervenção de outras disciplinas nas práticas supervisivas direcionadas para enfermeiros não desvalorizam a SCE, pois a manutenção e o desenvolvimento de conhecimentos e de competências no seio da disciplina de enfermagem, são fundamentais e imprescindíveis para o desenvolvimento profissional. Mesmo na SCE podem ainda estabelecer-se ligações entre as distintas áreas de especialização em enfermagem, possibilitando a partilha de conhecimentos mais específicos (Lynch et al., 2008).

A escolha do método de supervisão clínica a adotar é apenas uma etapa do processo de supervisão. Todos os métodos possuem vantagens e desvantagens, sendo necessário considerá-las cuidadosamente para que o

método escolhido seja o mais adequado, contribuindo assim para o sucesso do processo supervisivo (Lynch et al., 2008).

2.2.3. Estratégias de Supervisão Clínica

A eficácia do processo supervisivo depende essencialmente da relação supervisor-supervisado, das suas motivações e envolvimento no processo, bem como de um ambiente que estimule a aprendizagem e o desenvolvimento das práticas. Contudo, é ainda necessário definir estratégias adequadas às necessidades do supervisado e do supervisor, que otimizem o desenvolvimento pessoal e profissional e que, conseqüentemente, permitam alcançar os objetivos pretendidos com o processo supervisivo (Pinto, 2013; Fowler, 2014; Rocha et al., 2016).

As estratégias de supervisão clínica podem ser entendidas como o plano de ação, no qual se realiza a seleção das atividades, procedendo-se à sua organização e gestão, de modo a atingir os objetivos definidos para o processo de SCE (Simões et al., 2008).

Na revisão da literatura foi possível identificar diversas estratégias de supervisão clínica, tendo sido realizada uma seleção com base na frequência da sua menção e na relevância atribuída às mesmas no contexto da SCE.

Neste sentido, foram então selecionadas 13 estratégias de supervisão – Análise crítico-reflexiva das práticas; Observação; Demonstração; Orientação; Feedback; Apoio/ Suporte; Análise de casos; Análise de documentação dos cuidados de enfermagem; Relatório reflexivo; Formação contínua; Auto supervisão; Sessões de supervisão; Supervisão à distância – as quais se encontram explanadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Estratégias de Supervisão Clínica

Observação

É uma das estratégias de SC mais utilizadas no contexto da prática de enfermagem, sendo um processo organizado de recolha de informação, no qual a observação direta do supervisor e das suas práticas permitem ao supervisionado o desenvolvimento de competências e da sua performance (Pires et al., 2016). O papel de observador pode também ser assumido pelo supervisor, com o objetivo de verificar e avaliar o progresso do supervisionado e consequentemente aliar outras estratégias, como o feedback, para a otimização do processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

Demonstração

Estratégia mais frequentemente utilizada no desenvolvimento de habilidades práticas, na qual o supervisor demonstra um determinado procedimento e/ou intervenção, sendo que durante essa demonstração descreve a sua ação e reflete em conjunto com o supervisionado sobre a mesma. Por sua vez, o papel do supervisionado, para além do processo reflexivo, poderá ser apenas de observador ou de colaborador na ação demonstrada. A demonstração permite uma maior sensação de segurança do supervisionado na realização futura do procedimento/intervenção e, consequentemente, potencia a segurança dos cuidados prestados (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

Análise Crítico-Reflexiva das Práticas

A análise crítico-reflexiva é fundamental para a enfermagem, permitindo através da análise e reinterpretação das práticas atingir uma maior compreensão sobre as mesmas e, consequentemente, definir melhores soluções para os problemas com os quais os enfermeiros se deparam. Permite ainda melhorar a autonomia dos profissionais e potencia a melhoria da qualidade dos cuidados (Pires et al., 2016). Neste sentido, o papel do supervisor centra-se num diálogo que estimule a capacidade crítico-reflexiva do supervisionado através de práticas como o questionamento, de modo a organizar o conhecimento e desenvolver o pensamento crítico a fim de dar resposta a um problema e decidir de forma mais acertada face ao mesmo (Pinto, 2013).

Feedback

Um dos objetivos da SCE é a partilha de *feedback*, quer nos processos auto e hétero reflexivos, promovendo a consciencialização do desenvolvimento pessoal e profissional. Esta estratégia pode assumir duas vertentes, o *feedback* positivo no sentido de reforçar uma atitude/ comportamento do supervisionado e valorizar o seu desenvolvimento, e o *feedback* negativo de forma a corrigir e/ou melhorar alguma atitude/ comportamento do supervisionado e definir as áreas que precisam de ser melhoradas na sua prática clínica (Pinto, 2013; Rocha, 2013; Pires et al., 2016).

Apoio/ Suporte

Estratégia que visa a relação de ajuda do supervisor para com o supervisionado, essencial no desenvolvimento profissional e pessoal deste último. A relação empática e o ambiente de apoio proporcionado pelo supervisor nesta estratégia de SC permitem reduzir o *stress* e prevenir o *burnout*, possibilitando a comunicação de sentimentos e discussão de problemas, melhorando a satisfação profissional.

Análise de Casos

Análise, discussão e reflexão de casos da prática clínica e/ou de episódios relevantes, através dos quais se pretende o desenvolvimento do conhecimento teórico e a sua aplicabilidade na prática, promovendo as capacidades crítico-reflexivas do supervisionado. Neste tipo de estratégia supervisiva, o supervisor deve ajudar o supervisionado na estruturação dos seus conhecimentos, a estabelecer relações entre o conhecimento e a prática clínica, a planejar o seu plano de ação e a identificar e/ou minimizar problemas (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

Relatório Reflexivo

Documento crítico-reflexivo redigido pelo supervisionado, no qual é explorado o seu percurso e analisado o seu desenvolvimento pessoal e profissional, enunciando sucessos e dificuldades, pensamentos e emoções. O relatório permite, para além da reflexão do supervisionado, uma avaliação por parte do supervisor da perspetiva do supervisionado face ao seu percurso, sendo fulcral uma reflexão conjunta sobre o mesmo a fim de determinar e, conseqüentemente melhorar, aspetos da prática clínica em enfermagem.

Auto Supervisão

Centralizada no papel do supervisionado, tendo por objetivo o desenvolvimento de capacidades de introspeção, de auto-observação, de autoanálise e autorreflexão. Conseqüentemente permite também o autoconhecimento e a identificação das dificuldades e potencialidades, bem como o desenvolvimento das capacidades práticas pela reflexão sobre as suas intervenções, possibilitando a minimização de erros e o desenvolvimento da segurança do profissional e dos seus cuidados. O supervisor assume, neste tipo de estratégia, a responsabilidade de dotar o supervisionado de conhecimento que lhe permita desenvolver o seu processo supervisivo de forma praticamente autónoma (Simões, 2004; Rocha, 2013).

Sessões de Supervisão

Sessões agendadas entre o supervisor e o(s) supervisionado(s), com data, localização e tempo definidos, e previamente preparadas pelo supervisor. Este tipo de sessões pode ser realizado de forma individual ou em grupo, visando, em ambos os casos, a análise da prática clínica através da reflexão, da discussão e da partilha (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

Supervisão Clínica à Distância

Utiliza recursos tecnológicos para promover a comunicação entre o supervisor e o

supervisionado, sendo mais comumente utilizados recursos como o telefone, e-mail e plataformas de videoconferência. Este tipo de estratégia possibilita o processo supervisivo em tempo real e/ou em momentos acordados pelos intervenientes (Rocha et al., 2016).

Formação Contínua

É uma estratégia formativa essencial para a prática profissional dos enfermeiros, visando o desenvolvimento contínuo e contribuindo na melhoria e aquisição de conhecimentos e competências, na capacitação profissional e na autonomia, incentivando a investigação e a inovação (Rocha, 2013; Pires et al., 2016).

Análise de Documentação dos Cuidados de Enfermagem

Os dados e o plano de cuidados de enfermagem são utilizados através da sua discussão e reflexão para potenciar a capacidade de análise de dados e o pensamento crítico do supervisionado, permitindo um melhor planeamento e adequação dos cuidados (Pinto, 2013).

2.2.4. A Supervisão Clínica em Enfermagem em tempos de pandemia

Nos últimos anos, com a pandemia pela COVID-19, os cuidados de saúde e, em particular, os cuidados de enfermagem enfrentaram uma nova e difícil realidade. A exacerbada procura pelos serviços de saúde causada pela infeção por SARS-CoV-2 resultou numa crescente necessidade de apoio no setor da saúde, especialmente para os seus profissionais (Butterworth, 2022). Estes estiveram constantemente sujeitos a elevados níveis de stress e de pressão profissional, levando ao seu desgaste e, conseqüentemente, a cuidados mais deficitários (Butterworth, 2022). O apoio dos profissionais de saúde é essencial quer para o seu bem-estar no trabalho, quer para facilitar estratégias de *coping* que permitam fazer face às exigências decorrentes da pandemia e, por conseguinte, proporcionar melhores cuidados (Catling et al., 2022).

Durante este árduo período, era imperativo identificar e potenciar mecanismos de apoio para os profissionais, tais como a supervisão clínica (Martin et al., 2022), sendo que o seu contributo foi ou poderia ter sido benéfico neste processo (Butterworth, 2022). Todavia, são ainda escassos os estudos que demonstram a implementação de estratégias de supervisão clínica durante o

período pandémico, apesar de estar demonstrado o seu benefício para os profissionais de saúde, especialmente em tempos difíceis e de maior instabilidade, permitindo a redução do *stress* e *burnout*, a melhoria do seu bem-estar em contexto de trabalho e, também a melhoria da satisfação profissional (Martin et al., 2022).

O aumento da procura de cuidados de saúde, da carga de trabalho e do *stress* levou a que os profissionais de saúde priorizassem a prestação de cuidados e outras responsabilidades clínicas à sua necessidade de apoio e à otimização das suas condições de trabalho, tendo a supervisão clínica sido deixada em segundo plano (Martin et al., 2022; Martin & Snowdon, 2020). Os profissionais referem, inclusive, que a principal barreira para a supervisão clínica é a falta de tempo (Ducat et al., 2016, como citado em Martin & Snowdon, 2020). No entanto, é contraditório que nos momentos em que a supervisão clínica é mais necessária seja difícil encontrar tempo para ela (Martin & Snowdon, 2020).

Segundo Martin et al. (2022), estudos recentes indicam que o impacto da pandemia sobre a supervisão clínica em profissionais de saúde e em estudantes em ensinamentos clínicos levou a uma clara diminuição da sua frequência e duração, e conseqüentemente a uma drástica redução do apoio providenciado através das estratégias de supervisão. Contudo, a efetividade da supervisão clínica pode ser restaurada durante o período pandémico e pós-pandémico se os profissionais, juntamente com as organizações de saúde, reimplementarem as práticas supervisivas (Martin et al., 2022).

No sentido de trazer ou retrazer a supervisão clínica para o dia-a-dia dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, Catling et al. (2022) sugerem a implementação de estratégias de supervisão clínica de grupo, de modo a promover um ambiente de apoio que permita melhorar o bem-estar emocional, as relações entre profissionais e a reflexão sobre a prestação de cuidados, a fim de melhorar ou manter a qualidade e segurança dos cuidados. O estudo de Catling et al. (2022) apesar de estar direcionado para as enfermeiras parteiras no contexto da prática de cuidados em saúde materna e

obstétrica, não descarta os benefícios das estratégias de supervisão para outros profissionais de saúde em diferentes contextos.

Mottershead (2021) sugere como método a supervisão clínica restaurativa, sustentado no modelo de supervisão de Proctor. Este método utiliza uma estratégia de narrativa entre os profissionais de saúde, na qual os supervisores partilham as suas experiências pessoais e profissionais, de modo a proporcionar uma discussão centrada na solução de problemas. Neste seguimento, o autor propôs a criação de um mapa temático que incluía as questões mais pertinentes, com o intuito de criar uma resposta estratégica para ajudar os profissionais a responder a essas mesmas questões. Essa abordagem permitiu, segundo o autor, capacitar os profissionais, orientando-os ou reorientando-os para a prática. Mottershead (2021) refere também que a metodologia de utilização da narrativa permitiu uma prática restaurativa e reflexiva, através da reflexão e da partilha de experiências, o que possibilitou melhores estratégias de *coping* e, por conseguinte, melhorou a capacidade de resiliência dos profissionais. Consequentemente, este método levou a um processo capacitador e proativo que permitiu assegurar os padrões de qualidade dos cuidados e o bem-estar dos profissionais.

No seu estudo, Martin et al. (2022) propuseram um conjunto de recomendações para reforçar e restaurar as práticas supervisivas durante o período pandémico, referindo que as estratégias recomendadas podiam ser implementadas por vários profissionais de saúde e em diferentes contextos. Os autores designaram essas estratégias de “*ENGAGE Strategies*”, sendo que cada letra da sigla remetia para a ação implícita em cada estratégia – Examinar (*Examine*), Normalizar (*Normalize*), Reunir (*Gather*), Acesso (*Access*), Crescimento (*Grow*) e Avaliação (*Evaluate*). As estratégias passavam por apelar às organizações e profissionais para reverem as práticas supervisivas e incentivar à implementação de estratégias que garantam uma supervisão baseada na evidência (Examinar); apelar ao reforço de políticas de supervisão clínica, normalizando e priorizando as práticas supervisivas (Normalizar); apelar aos profissionais de saúde que se juntassem, com a intenção de implementarem estratégias de supervisão que favorecessem a sua saúde

mental e bem-estar (Reunir); encorajar os profissionais, especialmente os mais jovens, na procura de supervisão clínica junto de profissionais mais experientes e capazes de exercerem o papel de supervisor (Acesso); apelar ao reforço da formação, de modo a potenciar a eficácia da supervisão (Crescimento); apelar aos investigadores que avaliassem os processos supervisivos e a sua eficácia, e também que incentivassem à investigação de novas estratégias de supervisão clínica, como a telesupervisão (Avaliação). Martin et al. (2022) sustentaram a definição destas estratégias no modelo de Proctor, referindo que, no período pós-pandémico, as estratégias relacionadas com a função restaurativa do modelo seriam as que poderiam providenciar uma maior ajuda para os profissionais de saúde, pois possibilitam a melhoria do seu bem-estar e da sua saúde mental.

Importa acrescentar que é da responsabilidade das organizações e dos seus gestores assegurar que os profissionais tenham acesso e tempo para a supervisão clínica, de modo a reforçar o apoio necessário durante os períodos pandémico e pós-pandémico (Martin & Snowdon, 2020), verificando-se que, independentemente da metodologia ou tipo de estratégia de supervisão utilizadas, existam claros benefícios para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No processo de investigação, a fase metodológica é crucial para a sua planificação (Fortin, 2009). Esta fase, segundo Fortin (2009), é um processo racional na qual a investigação assume uma visão do mundo, através da determinação do modo pelo qual se irá dar respostas às questões de investigação e da definição dos meios para a sua realização.

3.1. Pertinência do Estudo

Ao longo dos últimos anos, a pandemia COVID-19 teve um enorme impacto nos cuidados de saúde, tendo-se tornado um foco de estudo nas mais diversas áreas de investigação em saúde.

No que remete ao presente estudo, para além da pertinência e atualidade da temática, a sua exploração foi também do interesse pessoal da investigadora, dado ter exercido funções com enfermeira em diversas UCIs adaptadas para a prestação de cuidados a pessoas em situação crítica com COVID-19. Esta experiência profissional foi assente em muitas dúvidas e dificuldades, que motivaram a escolha deste tema e o seu desenvolvimento nesta Dissertação de Mestrado.

A realidade durante o período pandémico foi um culminar de diversas exigências para as populações, para os sistemas de saúde e, em particular, para os profissionais de saúde. O exponencial aumento do número de casos de infeção por COVID-19 e, conseqüentemente, o elevado número de doentes em estado crítico levou a que as unidades hospitalares ultrapassassem a sua capacidade de resposta, tendo sido necessária uma enorme adaptação para colmatar a falta de camas, de equipamentos e de profissionais de saúde habilitados a exercer funções em cuidados intensivos (van Dam et al., 2023).

Neste período conturbado, muitos profissionais de saúde foram mobilizados para prestarem cuidados em UCIs, muitos deles sem qualquer experiência prévia, nem formação adequada (van Dam et al., 2023). É especialmente neste contexto que a problemática da supervisão clínica surge, pela necessidade de orientação e apoio a estes profissionais, pelo contributo para a sua aprendizagem e desenvolvimento profissional, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados (van Dam et al., 2023). Apesar da sua inegável importância, durante as circunstâncias impostas pela pandemia, a supervisão clínica foi um dos aspetos menos trabalhados, levando a que profissionais sem experiência em cuidados intensivos assumissem um elevado nível de autonomia num curto espaço de tempo, impulsionando também a que os profissionais das UCIs tivessem responsabilidades de supervisão, não estando muitas das vezes preparados para elas (van Dam et al., 2023).

3.2. Questão de Partida

A investigação parte do pressuposto da procura de algo, tendo origem numa questão (Quivy & Campenhoudt, 2008; Fortin, 2009). Esta estabelece o ponto de partida, no qual se apresenta o projeto de investigação e se descreve aquilo que se procura e/ou se pretende compreender melhor (Quivy & Campenhoudt, 2008). A esta questão Quivy e Campenhoudt (2008) denominam de “pergunta de partida”.

Assim, para o presente estudo, formulou-se a seguinte questão de partida: “De que modo a Supervisão Clínica em Enfermagem pode contribuir para melhorar a resposta dos enfermeiros face às transformações ocorridas nas UCIs devido à pandemia por COVID-19?”

3.3. Finalidade e Objetivos

Num processo de investigação, os objetivos são entidades que orientam o estudo, de forma que se obtenha a informação pretendida (Fortin, 2009).

Neste sentido, o presente estudo tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção que favoreçam a resposta dos enfermeiros das UCIs num contexto pandémico. Assim, no que concerne aos objetivos, foram definidos os seguintes:

- Identificar as mudanças ocorridas nas UCIs;
- Reconhecer o tipo de respostas dos enfermeiros às transformações ocorridas nas UCIs;
- Identificar as estratégias de supervisão clínica utilizadas;
- Explorar outras estratégias que poderiam ter sido utilizadas.

3.4. Tipo de Estudo

Considerando o fenómeno em estudo, optou-se pela utilização do paradigma qualitativo, uma vez que se pretende compreender o fenómeno de forma alargada, através da perspetiva dos participantes, tendo em conta a descrição das suas experiências pessoais (Fortin, 2009). Atendendo ao método de investigação qualitativo, o objetivo do estudo é do tipo descritivo, exploratório e transversal, pois visa analisar diferentes aspetos do fenómeno, recorrendo à partilha das experiências e vivências dos participantes, sendo esta partilha realizada num momento único de interação entre a investigadora e os participantes (Fortin, 2009).

3.5. Participantes

Para a realização do presente estudo foi necessário determinar os participantes. Segundo Fortin (2009), os participantes representam um grupo de indivíduos cujas características se enquadram nos critérios de seleção determinados para o estudo. Desta forma, os participantes deste estudo são enfermeiros que exerceram funções numa UCI adaptada para a admissão de doentes infetados com SARS-CoV-2, durante a pandemia pela COVID-19, de um hospital da região do Porto, tendo sido seleccionadas para este efeito, a Unidade de Cuidados Intensivos de Doenças Infecciosas (UCIDI) e a Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCIN). Os critérios de inclusão definidos foram: exercer funções numa das respetivas UCIs (UCIDI ou UCIN), independentemente da vaga pandémica e ter, pelo menos, três anos de experiência profissional na respetiva UCI.

Participaram no estudo dois grupos, sendo o Grupo 1 composto por enfermeiros a exercer funções na UCIDI e o Grupo 2 por enfermeiros a exercer funções na UCIN, a qual foi adaptada para a prestação de cuidados a doentes em situação crítica com COVID.

Todos os enfermeiros da UCIDI e da UCIN, que cumpriam os critérios de inclusão foram contactados pela investigadora. Primeiramente, foi explicado o contexto e objetivos do estudo, permitindo assim, identificar os indivíduos interessados em participar no estudo. Estes últimos, foram novamente contactados, a fim de definir uma data para a realização das sessões de focus group. Assim, os grupos de participantes foram constituídos pelos enfermeiros com disponibilidade para participar na sessão por videoconferência nas datas determinadas, perfazendo uma amostra final de 13 participantes.

3.6. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes

Os 13 enfermeiros que participaram no estudo foram divididos em dois grupos. O Grupo 1 era constituído por sete enfermeiros da UCIDI e o Grupo 2 por seis enfermeiros da UCIN. Na Tabela 2 são apresentados os dados relativos à sua caracterização sociodemográfica e profissional.

Dos participantes, oito eram do sexo feminino (61,5%) e cinco do sexo masculino (38,5%), com idades compreendidas entre os 27 e os 50 anos, tendo a sua maioria entre os 35 e os 45 anos (61,5%).

No que concerne às suas habilitações académicas, na generalidade os participantes possuíam Curso de Pós-Licenciatura (53,8%), uma percentagem significativa possuía Mestrado (38,5%) e somente um participante era detentor apenas da Licenciatura (7,7%).

Quanto à categoria profissional, oito eram enfermeiros de cuidados gerais (61,5%), cinco eram enfermeiros especialistas (38,5%), sendo que três eram especialistas em enfermagem de reabilitação e dois em enfermagem médico-cirúrgica. Um dos participantes exercia funções de enfermeiro gestor (7,7%).

O tempo de exercício profissional variou entre os seis e os 28 anos, tendo a média rondado os 18 anos.

Por fim, relativamente ao tempo de experiência no serviço, a média foi de 14 anos, compreendendo um tempo mínimo de experiência de cinco anos e máximo de 28 anos.

Tabela 2 - Dados Sociodemográficos e Profissionais dos Participantes

| Variáveis | | Grupo 1 UCIDI | Grupo 2 UCIN | Total | |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------|-----------------|-------|------|
| | | N=7 | N=6 | N=13 | N(%) |
| Sexo | Feminino | 5 | 3 | 8 | 61,5 |
| | Masculino | 2 | 3 | 5 | 38,5 |
| Faixa Etária | ≤ 30 anos | | 1 | 1 | 7,7 |
| | > 30 – 35 anos | | 2 | 2 | 15,4 |
| | > 35 – 40 anos | 2 | 2 | 4 | 30,8 |
| | > 40 – 45 anos | 4 | | 4 | 30,8 |
| | > 45 – 50 anos | 1 | 1 | 2 | 15,4 |
| Habilitações Académicas | Licenciatura | | 1 | 1 | 7,7 |
| | Curso de Pós-Licenciatura | 6 | 1 | 7 | 53,8 |
| | Mestrado | 1 | 4 | 5 | 38,5 |
| Categoria Profissional | Enfermeiro de Cuidados Gerais | 2 | 6 | 8 | 61,5 |
| | Enfermeiro Especialista | 5 | | 5 | 38,5 |
| | Enfermeiro Gestor | 1 | | 1 | 7,7 |
| Tempo de Exercício Profissional | ≥ 3 – 5 anos | | | | |
| | > 5 – 10 anos | | 2 | 2 | 15,4 |
| | > 10 – 15 anos | | 2 | 2 | 15,4 |
| | > 15 – 20 anos | 3 | 1 | 4 | 30,8 |
| | > 20 – 25 anos | 3 | 1 | 4 | 30,8 |
| | > 25 anos | 1 | | 1 | 7,7 |
| Tempo de Experiência no Serviço | ≥ 3 – 5 anos | | 2 | 2 | 15,4 |
| | > 5 – 10 anos | 2 | 1 | 3 | 23,1 |
| | > 10 – 15 anos | 1 | 1 | 2 | 15,4 |
| | > 15 – 20 anos | 2 | 1 | 3 | 23,1 |
| | > 20 – 25 anos | 1 | 1 | 2 | 15,4 |
| | > 25 anos | 1 | | 1 | 7,7 |

3.7. Técnica de Colheita de Dados

A técnica de colheita de dados deve ser selecionada por forma a dar resposta aos objetivos do estudo e às suas questões de investigação (Fortin, 2009). Deste modo, dado o carácter exploratório-descritivo do presente estudo, optou-se pela utilização do *focus group*.

O *focus group* é um método de recolha de dados qualitativos no qual um pequeno grupo de indivíduos, orientado por um moderador, discute sobre uma determinada temática e/ou conjunto de questões (Sim, 1998; Onwuegbuzie et al., 2009). Este método tem como propósito a recolha de opiniões, possibilitando uma melhor compreensão das experiências, sentimentos e pensamentos das pessoas envolvidas no grupo (Krueger & Casey, 2015).

Neste sentido, Krueger e Casey (2015) estabeleceram cinco características essenciais de um *focus group* – o grupo deve ser constituído por poucos elementos, entre cinco e oito pessoas; os participantes devem possuir determinadas características em comum; os dados fornecidos devem ser de cariz qualitativo; a discussão deve ser focada (“*focus*”) num determinado tema e os dados recolhidos devem ajudar na compreensão do mesmo.

Nos últimos anos, a utilização deste método em estudos na área da saúde tem sido crescente, enfatizando-se o seu uso em estudos que pretendem conhecer as perceções dos enfermeiros face ao seu papel e adquirir informações relativas a questões clínicas e de serviços, através da perspetiva dos profissionais de saúde (Sim, 1998).

A escolha deste método de colheita de dados recaiu na possibilidade de recolher informação de diferentes indivíduos em simultâneo e nas oportunidades da dinâmica de grupo, permitindo não só a expressão individual, mas também a interação do grupo. Esta última pode ser facilitadora para a exploração e clarificação de opiniões, assim como na discussão de problemas e soluções (Sim, 1998).

Num *focus group* podem ser utilizadas diversas estratégias para a moderação da discussão do grupo, tendo sido a “*questioning route*” a estratégia escolhida no presente estudo. A “*questioning route*” é o conjunto de uma série de questões que permite ao moderador ter um fio condutor para a orientação da discussão do grupo, a fim de garantir resposta às questões de investigação de um estudo (Krueger & Casey, 2015). Dado que um *focus group* é uma experiência social, a “*questioning route*” utilizada deve promover a resposta dos participantes e encorajar a interação entre os mesmos (Krueger & Casey, 2015). Para além disso, esta estratégia permite também uma maior coerência na forma em que as questões são colocadas a diferentes grupos (Krueger & Casey, 2015). Neste sentido, para facilitar a realização e organização do *focus group*, foi delineada a “*questioning route*” presente no Anexo I.

A recolha de dados foi realizada em dois momentos e com dois grupos distintos, de modo a permitir que esta fosse mais vasta e diferenciada, abrangendo perspetivas e contextos diferentes. Assim, no primeiro momento, foi realizado um *focus group* com sete enfermeiros da UCIDI e, no segundo momento, com seis enfermeiros da UCIN, convertidas em UCIs COVID-19 durante o período pandémico. Os *focus group* foram realizados nos dias 31 de janeiro e 13 de julho do ano de 2023, com a duração de cerca de uma hora. Em ambos os grupos, as sessões foram moderadas pela investigadora, tendo como observador a Professora Doutora Cristina Pinto, orientadora do estudo.

As sessões foram realizadas por videoconferência através das plataformas ZOOM e Google Meet, tendo-se procedido à sua gravação em formato audiovisual. Posteriormente, foi efetuada a transcrição das gravações (Anexo II e III), recorrendo ao tipo de transcrição não naturalista. Este tipo de transcrição foca-se no conteúdo da informação, privilegiando o discurso verbal, o que permite, conseqüentemente, uma transcrição mais refinada e seletiva (Azevedo et al., 2017). A fim de manter a confidencialidade dos participantes, os seus dados foram ocultados e substituídos por códigos, correspondendo o código DI_E aos participantes da UCIDI e NC_E aos da UCIN.

3.8. Procedimentos para a Análise de Dados

Após a realização das sessões de *focus group*, é necessário realizar a análise dos dados recolhidos. Dado o paradigma qualitativo do presente estudo, o modo de análise e de interpretação dos dados teve por base os princípios da análise de conteúdo de Laurence Bardin.

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2020, p. 33) “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. A autora defende que a análise de conteúdo se organiza em três fases: (1) a pré-análise; (2) a exploração do material; (3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2020).

A pré-análise corresponde ao processo inicial da análise de conteúdo, é a fase de organização (Bardin, 2020). Esta fase, segundo Bardin (2020, p. 121), tem por objetivo “tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”, permitindo identificar e selecionar os conteúdos mais pertinentes para o estudo. Neste sentido, as transcrições dos *focus group* foram os documentos selecionados para serem submetidos a análise, tendo, na sua leitura, sido identificados os conteúdos relevantes.

Posteriormente, estes conteúdos foram organizados, selecionando-se as unidades de registo e de contexto que respondiam, de modo mais conveniente, aos objetivos do estudo (Bardin, 2020). Efetuou-se, portanto, um processo de codificação dos dados em bruto, por forma a transformá-los em unidades que permitam obter uma descrição daquilo que se pretende analisar no estudo (Bardin, 2020). Para este processo foi utilizado o software de análise de dados qualitativos *ATLAS.ti*. Em seguida, iniciou-se o processo de categorização, de acordo com os objetivos do estudo. A categorização tem como finalidade “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (Bardin, 2020, p. 147). Assim, foi construída uma matriz de análise para cada *focus group* (Anexo IV e V), as quais integram as categorias,

subcategorias e as respetivas unidades de análise. Para Bardin (2020), esta corresponde à segunda fase da análise conteúdo, a exploração do material.

A terceira e última fase da análise de conteúdo corresponde ao tratamento dos resultados obtidos e à sua interpretação (Bardin, 2020). Nesta fase, os dados previamente obtidos e organizados são tratados de forma a serem significativos e válidos, permitindo, à posteriori, a sua interpretação, a qual será apresentada no seguinte capítulo.

3.9. Considerações Éticas

Todas as investigações no domínio da saúde, ao envolverem seres humanos, carecem de uma série de cuidados éticos que o investigador tem de ter em conta desde o início da investigação (Fortin, 2009). Estes cuidados, ou considerações éticas, podem variar, desde a escolha do tema, o tipo de estudo, o recrutamento dos participantes, as estratégias de recolha e interpretação dos resultados, entre outros (Fortin, 2009).

Durante o desenvolvimento desta investigação foram respeitados os princípios éticos para a investigação em saúde definidos na Declaração de Helsínquia, assegurando a confidencialidade e anonimato dos participantes, e garantindo o cumprimento das normas emanadas pelas instituições envolvidas.

Por conseguinte, foi solicitado a cada participante o seu consentimento para a participação no estudo através de uma declaração de consentimento informado, juntamente com um documento de informação aos mesmos (Anexo VI), no qual se apresentava uma breve abordagem à temática em estudo, a sua finalidade e método de recolha de dados, entre outros. Este documento dispunha também do contacto da investigadora, em caso de necessidade de esclarecimento de dúvidas. Foi ainda explicado que a participação no estudo é voluntária, pelo que os participantes eram livres de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que houvesse qualquer tipo de prejuízo para si. Importa assim referir que nenhum enfermeiro foi obrigado ou coagido a

responder a nenhuma questão, nem penalizado por optar não participar no estudo.

No que respeita a instituição envolvida, foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde do respetivo hospital, o pedido de autorização para realização da investigação, em conjunto com o requerimento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração, tendo sido o pedido aprovado pelo mesmo (Anexo VII).

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados emergentes da análise de conteúdo dos *focus group* realizados, procedendo-se à sua análise e discussão, de modo a responder aos objetivos do estudo previamente enunciados.

No processo de análise, a informação obtida através do discurso dos participantes foi organizada segundo um sistema de categorias e subcategorias, tendo em conta as temáticas abordadas ao longo das entrevistas, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Temas, Categorias e Subcategorias do Estudo

| TEMA 1: Mudanças na UCI durante a pandemia COVID-19 | |
|---|--|
| Categorias | Subcategorias |
| Mudanças Organizacionais | Alterações nas Equipas |
| | Alterações Estruturais |
| Mudanças Operacionais | Reorganização da Dinâmica de Trabalho |
| | Equipamentos de Proteção Individual |
| | Circuitos e Áreas de Trabalho |
| | Procedimentos e Protocolos |
| | Cuidados à Pessoa em Situação Crítica com COVID-19 |
| TEMA 2: Impacto da pandemia COVID-19 nos enfermeiros | |
| Categorias | Subcategorias |
| Impacto Psicológico | Medo e Insegurança |
| | Stress e Ansiedade |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | Satisfação/ Insatisfação com o Trabalho |
| Dificuldades e Desafios | Dificuldades Enfrentadas pela Equipa |
| | Falta de Apoio/ Reconhecimento |
| Adaptação às Exigências da Pandemia | Capacidade de Adaptação e Resiliência |
| | Suporte/ Apoio da Equipa |
| | Altruísmo |

TEMA 3: Estratégias de gestão e organização

| Categories | Subcategorias |
|------------------------------|-------------------------------------|
| Gestão dos Serviços | Recursos Humanos |
| | Recursos Materiais |
| | Planeamento e Preparação |
| | Processo de Integração no Serviço |
| Cuidados Centrados na Pessoa | Segurança dos Cuidados |
| | Humanização dos Cuidados |
| | Envolvimento da Família no Cuidados |

4.1. Mudanças na UCI durante a Pandemia COVID-19

Em períodos conturbados e de instabilidade, a necessidade de mudanças é inevitável, o que não foi exceção durante a pandemia COVID-19. A capacidade de adaptação dos sistemas de saúde foi fundamental para dar resposta aos desafios impostos pela pandemia (Haldane et al., 2021). Nos hospitais, em particular nas UCIs, foram necessárias várias mudanças dada a rápida progressão e à gravidade da doença, que, por sua vez, levaram ao exponencial aumento do número de internamentos em cuidados intensivos (Vidal-Cortés et al., 2022). Neste sentido, os enfermeiros identificaram diversas mudanças nas

UCIs durante a pandemia, tendo-se categorizado estas em dois tipos: mudanças organizacionais e mudanças operacionais.

Mudanças Organizacionais

As mudanças organizacionais, reconhecidas pelos enfermeiros, refletem as alterações realizadas nas equipas e na estrutura física e organizacional das UCIs durante a pandemia. Desde o seu início que a reconfiguração e/ou criação de UCIs, assim como o aumento do número de profissionais, foi impreterível para a gestão do cenário crítico a que os cuidados intensivos estiveram sujeitos (Costa et al., 2023).

No que concerne às alterações nas equipas, estas foram prontamente identificadas pelos enfermeiros de ambos os grupos:

“A primeira mudança de referência é a mudança da equipa.” (NC_E1)

“... a questão das equipas que sofreram alterações...” (DI_E2)

Os enfermeiros das UCIs já se confrontavam com uma situação de subdotação prévia à pandemia (Nuñez et al., 2020). Porém, neste período, o número de enfermeiros era claramente insuficiente para o aumento do número de doentes em cuidados intensivos, tendo este problema sido referenciado pelos enfermeiros:

“... todas as mãos, todos os braços eram poucos ... nós não eramos suficientes, a nossa equipa não dava resposta.” (DI_E5)

O reforço e a reorganização das equipas foram essenciais para a resposta à pandemia (Hoogendoorn et al., 2021; Nuñez et al., 2020). Sobretudo numa fase inicial, o reforço das equipas foi através da mobilização de enfermeiros de outros serviços e UCIs, tendo esta realidade sido descrita por ambos os grupos de enfermeiros (Poortaghi et al., 2021; Sezgin et al., 2021).

“... nós herdamos colegas da Cardiotorácica, colegas do bloco e colegas de outras unidades.” (NC_E1)

“... nós tivemos de reforçar a equipa com a vinda de colegas que estavam dispersos na unidade hospitalar...” (DI_E2)

“... eramos poucos, portanto tivemos de acolher muitos enfermeiros de outros serviços, isso tornou-se inevitável.” (DI_E5)

Este não foi o único método de reforço das equipas identificado. A integração de novos elementos, contratados durante este período, foi também uma das alternativas utilizadas para aumentar a dotação de enfermeiros (Poortaghi et al., 2021). Porém, muitos destes novos elementos, quer recém-contratados, quer vindos de outros serviços da unidade hospitalar, não tinham qualquer experiência prévia em cuidados intensivos (Imbriaco et al., 2021).

“... chegada de um número significativo de novos profissionais...” (DI_E2)

“... a integração de colegas novos com pouca experiência ... sem qualquer experiência em cuidados intensivos.” (NC_E5)

“... colegas que foram para o nosso serviço para nos ajudar. Muitos deles nem sequer tinham experiência em cuidados intensivos.” (NC_E4)

Este reforço das equipas implicou a sua reorganização, de modo que a distribuição dos elementos fosse equitativa, incluindo enfermeiros com experiência, que exerciam funções anteriormente na unidade, colegas de outros serviços com experiência e elementos sem experiência (Imbriaco et al., 2021).

“... as equipas foram desagregadas e foram formadas equipas novas para integrar os colegas que vieram de outros sítios.” (NC_E1)

“... tiveram que ser distribuídos pelas equipas e os colegas do serviço também, para tentar equilibrar.” (NC_E1)

O grupo de enfermeiros da UCIN identificaram ainda outras situações que implicaram alterações na sua equipa. A redistribuição de enfermeiros das UCIs não se limitou à transferência de profissionais das suas unidades para outras pré-existentes, convertidas em UCIs COVID-19 (Arabi et al., 2021; Imbriaco et al., 2021). Também foi necessária a alocação de enfermeiros com competências no cuidado à pessoa em situação crítica, noutros serviços e/ou

enfermarias convertidos em UCIs COVID-19, para a constituição das equipas destas novas unidades.

“... colegas que saíram do serviço e tiveram que se deslocar. ... mudaram mesmo para outros serviços e foram alocados noutra espaço.” (NC_E1)

Para além disso, a necessidade de manter a prestação de cuidados a doentes neurocríticos implicou a divisão da equipa entre a UCIN COVID-19 e a UCIN realocizada, sobre a qual se falará seguidamente.

“Nós fomos divididos. Tanto a equipa médica como a de enfermagem...” (NC_E1)

“Nós nunca tivemos a opção de ficar todos juntos, a equipa teve que se dividir a meio...” (NC_E1)

Concomitantemente, também se confirmou a existência de alterações estruturais nos serviços. Estas encontram-se relacionadas com as modificações físicas e logísticas da UCI, tendo-se verificado que, apesar de terem ocorrido quer na UCIDI, quer na UCIN, as alterações foram distintas.

Uma das estratégias utilizadas na pandemia para permitir a resposta ao aumento do número de pessoas em situação crítica com COVID-19 foi aumentar o número de camas disponíveis nas UCIs (Phua et al., 2020). No caso da UCIDI, houve a necessidade de expandir a unidade, reconfigurando os quartos de internamento contíguos à unidade, permitindo o acréscimo de camas. Todavia, estas alterações encontravam-se amplamente limitadas aos espaços disponíveis, às suas condições e em termos de recursos.

“... a necessidade que houve inicial de expansão da unidade ... o número de camas foi aumentado para instalações não ideais.” (DI_E1)

“... passámos de um conceito open space, em que víamos todos os doentes que tínhamos a nosso cuidado, para um conceito com quartos fechados sem os devidos equipamentos para ter uma vigilância adequada...” (DI_E1)

“... uma das principais medidas foi efetivamente o ajuste do ponto de vista de lotação do serviço. Nós tínhamos uma unidade open space para seis camas e tivemos de converter, do dia para a noite, quatro quartos de internamento, ,

sem as mínimas condições logísticas para assegurar doentes de nível três.”
(DI_E2)

A premência de aumentar a capacidade de resposta da medicina intensiva levou à necessidade de reconfigurar UCIs pré-existentes para a admissão de doentes COVID-19, sendo que, para isso, os doentes destas unidades tiveram de ser transferidos para outras UCIs (Phua et al., 2020). Este tipo de estratégia foi utilizado na UCIN, a qual foi convertida em unidade COVID-19. Porém, dada a indispensabilidade da prestação de cuidados diferenciados a doentes neurocríticos, optou-se pela realocação do serviço. Neste sentido, a UCIN, assim como parte dos seus recursos materiais e humanos, ocuparam uma das alas da UCI da Cirurgia Cardiorácica, apesar dos constrangimentos inerentes a esta mudança.

“... houve uma mudança mesmo de espaço do serviço.” (NC_E1)

“... acho que a passagem para a Cardiorácica foi (...) Teve que ser. Foi assim um bocadinho em cima do pé, porque as coisas foram evoluindo...”
(NC_E5)

“... ficaram confinados a um espaço que não estava minimamente adaptado às necessidades, com recursos que não estavam adaptados...” (NC_E1)

Mudanças Operacionais

Verificaram-se também mudanças operacionais. Estas referem-se às adaptações no fluxo de trabalho realizadas ao longo do período pandémico. Deste modo, da análise dos *focus group*, resultaram cinco subcategorias – reorganização da dinâmica de trabalho; equipamentos de proteção individual; circuitos e áreas de trabalho; procedimentos e protocolos; cuidados à pessoa em situação crítica com COVID-19.

Neste período, face as constantes necessidades de mudanças nas UCIs, foi imperiosa a reorganização da dinâmica de trabalho (Pereira et al., 2023). Tendo esta questão sido prontamente identificada pelos enfermeiros.

“A dinâmica de trabalho foi outra coisa que mudou radicalmente.” (NC_E1)

“Quando surgiu a pandemia, logo na primeira vaga, a avalanche de trabalho era de tal ordem enorme, que alterou um bocadinho a forma de trabalho a que estávamos habituados, porque eram inúmeros os doentes sempre a chegar, em estado muito grave, com equipas que frequentemente tinham colegas de outros serviços que não estavam habituados à rotina do serviço...” (DI_E3)

A dinâmica de trabalho foi significativamente prejudicada pela elevada carga de trabalho (Conz et al., 2021; Moradi et al., 2021). Esta sobrecarga levou, entre muitas outras coisas, à difícil gestão do trabalho nas UCIs (Conz et al., 2021; Moradi et al., 2021). Neste contexto, os enfermeiros enfatizaram que permaneciam durante longos períodos nas áreas de isolamento, na prestação de cuidados diretos aos doentes, e como a gestão de trabalho tinha implicado a redução do tempo de pausas.

“... passavam a estar limitados em termos de dinâmica de trabalho a um espaço confinado durante um período de tempo obrigatoriamente longo.” (NC_E1)

“Muitas vezes acabávamos por deixar de poder fazer algumas coisas, passamos a comer em pouco tempo, a descansar pouco ou nada, a trabalhar em muitos turnos seguidos sem os devidos descansos...” (DI_E3)

A integração de novos profissionais e as alterações na organização dos serviços impuseram também ajustes nos papéis desempenhados pelos enfermeiros (Imbriaco et al., 2021). Um dos participantes mencionou a criação de um novo papel - enfermeiro de referência:

“Passamos a ter um enfermeiro de referência em área limpa, a quem era quase referenciado tudo e fazia suporte nos dois espaços.” (NC_E1)

No estudo de Imbriaco et al. (2021) é igualmente feita referência à definição de novas funções, incluindo uma função semelhante à desempenhada pelo enfermeiro de referência, porém é nomeada por estes como *runners*. Em ambos os casos, estes enfermeiros tinham como função apoiar os colegas no desempenho de algumas atividades não relacionadas com a prestação direta de cuidados, como por exemplo, na preparação de medicação e na organização de material para a realização de procedimentos, bem como em

situações e procedimentos mais complexos, como as entubações endotraqueais (Imbriaco et al., 2021).

Também foi referenciada a importância do papel dos elementos mais experientes dos serviços. Durante a pandemia, estes enfermeiros tiveram responsabilidades acrescidas, de modo a garantir a qualidade e segurança dos cuidados e o suporte aos colegas menos experientes ou vindos de outras UCIs, tendo, em simultâneo, de cuidar dos doentes que lhes eram atribuídos nos turnos (Imbriaco et al. 2021).

“... os elementos da nossa equipa funcionavam como um suporte de controlo lá dentro e cá fora.” (NC_E1)

O trabalho em equipa multidisciplinar também foi alvo de alterações, tendo sido evidenciadas pelos participantes. Estas podem relacionar-se com o clima de instabilidade e da rotatividade dos profissionais, que limitavam as suas relações interpessoais (Rehder et al., 2022).

“Nós notávamos uma diferença muito grande em termos de articulação de trabalho com a equipa médica. Porque, o facto de as pessoas não estarem habituadas a trabalhar em conjunto, levava sempre a que, antes de qualquer procedimento, que não fosse urgente ou emergente, existisse um cuidado de definir passos e de rever os passos do procedimento para que nada falhasse.” (NC_E1)

Outro ponto relativo às alterações da dinâmica de trabalho mencionados pelos enfermeiros foi a redução de cuidados diferenciados, como os cuidados prestados pelos enfermeiros de reabilitação:

“...deixaram de haver cuidados de enfermagem de reabilitação. Na minha opinião, foi uma grande perda para as pessoas que estavam ao nosso cuidado. Por outro lado, percebo que era necessário ter todas as mãos disponíveis para os cuidados gerais de enfermagem...” (DI_E1)

“... os doentes ficaram sem cuidados de enfermagem de reabilitação durante bastante tempo, mais do que deveriam...” (DI_E5)

Esta problemática é explorada no estudo de Padilha e Silva (2020), onde é referida a necessidade de cessação de cuidados de reabilitação, particularmente durante as primeiras vagas, em prol de serem assegurados cuidados gerais aos doentes com COVID-19, dada a escassez de enfermeiros.

Ao longo da pandemia, no que respeita ao controlo de infeção nas UCIs, esta passou fundamentalmente pela proteção dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, pelo uso de EPIs (Yuan et al., 2020). Apesar do protocolo de uso de EPIs nas UCIs anteceder este período, o desconhecimento das características de transmissibilidade do vírus SARS-CoV-2, especialmente nas primeiras vagas, levou a ajustes bastante significativos no seu uso, assim como à necessidade de protocolar o modo de colocação/ remoção para minimizar os riscos de contágio (Cook, 2020; Yuan et al., 2020). Durante as entrevistas, a necessidade destes ajustes na utilização de EPIs foram também abordadas pelos enfermeiros:

“Também tivemos mais mudanças, por exemplo, em termos da utilização de EPIs, que passou a ser completamente diferente.” (NC_E2)

“... no início era tudo muito confuso, teve que se fazer os protocolos de como é que se vestem/ despem adequadamente os equipamentos ... não estávamos habituados a esta situação.” (NC_E2)

“A questão dos Equipamentos de Proteção Individual foi uma situação muito, muito importante, uma situação que era até difícil de resolver, porque ninguém sabia ao certo o que era preciso utilizarmos para combater o COVID-19 ... nessa altura toda a gente queria estar protegida com o máximo de EPIs que tivesse.” (DI_E3)

Uma outra alteração identificada, em particular pelos enfermeiros da UCIN, foi a criação de circuitos e áreas de trabalho:

“... a existência dos circuitos. Sítios por onde se podia passar antes, mas que não podíamos na altura do COVID.” (NC_E4)

“... tínhamos circuitos para nos podermos deslocar...” (NC_E1)

“Passamos a ter um enfermeiro de referência em área limpa...” (NC_E1)

A separação das áreas de trabalho em “área limpa” e “área suja”, bem como a criação de circuitos foi a estratégia utilizada nesta UCI para maximizar a utilização do seu espaço físico. Efetivamente, este tipo de estratégia tem sido referenciado na literatura, sendo que, aquando da inexistência ou escassez de quartos com pressão negativa, a separação geográfica das áreas clínicas, de armazenamento, entre outras, das áreas de internamento de doentes infetados permite minimizar o risco de contaminação, promovendo conseqüentemente, um ambiente mais seguro (Goh et al., 2020; Imbriaco et al. 2021).

A ausência de referência a esta mudança pelos enfermeiros da UCIDI, pode estar motivada pela especificidade do serviço no cuidado ao doente com doença infecciosa, implicando que a sua organização no âmbito da redução da transmissibilidade deste tipo de doenças estivesse pré-estabelecida.

Na entrevista com o grupo da UCIN foram também salientadas alterações relacionadas com os protocolos do serviço e com alguns procedimentos:

“Também houve alguns procedimentos que necessitavam de outros tipos de cuidados que nós não estávamos habituados.” (NC_E2)

“... também tivemos protocolos diferentes.” (NC_E4)

Para responderem às necessidades de cuidados dos doentes com COVID-19, bem como para a promoção do controlo de infeção, a adaptação a novos protocolos e procedimentos foi impreterível para todos os enfermeiros (Cadge et al., 2021; Conz et al., 2021). Esta adaptação justifica-se pela demanda no acréscimo de cuidados face aos praticados anteriormente na UCI, logo será tão mais necessária quanto menos o contacto prévio com este tipo de doenças infecciosas do foro respiratório (Conz et al., 2021). Assim, esta adaptação terá sido mais significativa para o grupo da UCIN, dado não ser uma realidade frequente no seu serviço a abordagem a esta tipologia de doentes. Como referido anteriormente, será algo mais recorrente na UCIDI o que, por sua vez, possibilita justificar a omissão desta temática. Apesar de, na sua globalidade, a COVID-19 ter exigido a reestruturação de protocolos e a introdução de novas *guidelines* e *care bundles* (Cadge et al., 2021; Carter & Notter, 2020).

Todas estas mudanças tiveram impacto no cuidado à pessoa em situação crítica com COVID-19, levando a inevitáveis alterações nos cuidados de enfermagem. Este aspeto foi mencionado pelos participantes, dando ênfase a algumas particularidades no cuidado ao doente COVID-19 e às diferenças destes versus os cuidados anteriormente prestados nas suas UCIs.

A complexidade do doente COVID-19 exigiu cuidados igualmente complexos (Lucchini et al., 2020). Os participantes expuseram algumas situações que traduzem esta complexidade de cuidados:

“... os doentes tinham, de facto, uma reserva que revelava a hipóxia que os caracterizava. Nós não tínhamos quase tempo para falhar uma entubação.”
(NC_E1)

“... o desequilíbrio que eles sofriam quando a perfusão acabava ... implicava uma reação muito mais imediata...” (NC_E1)

“... nos transitamos, na primeira fase, de entubar todos os doentes, para uma fase em que não entubávamos quase nenhum. Por isso houve uma mudança radical até na maneira como se decidiu tratar a doença. ” (NC_E1)

“... era necessário, por uma questão de otimizar a ventilação, de colocar os doentes em prone. Não eram um, nem dois, às vezes eram cinco ou seis, e até chegaram a ser oito ou dez doentes ... com inúmeros problemas - ventilados, edemaciados, com inúmeras perfusões, num contexto muito difícil...” (DI_E3)

No que toca às diferenças entre outros doentes e os com COVID-19, os enfermeiros enfatizaram:

“Por exemplo, o remifentanil corria a ritmos completamente absurdos comparativamente com o que corre nos nossos doentes ... o cuidado que se impõe em termos de controlo é muito maior...” (NC_E1)

“... até os tempos de resposta eram completamente diferentes.” (NC_E1)

Em semelhança com o estudo de Sezgin et al. (2021), os seus participantes também relataram diferenças relacionadas com a necessidade de maior vigilância e maior exigência na monitorização, dadas as alterações hemodinâmicas inesperadas nos doentes com COVID-19. O que distingue as

respostas dos enfermeiros do estudo de Sezgin et al. (2021), das respostas dos enfermeiros do presente estudo é que, no primeiro, estas diferenças não eram consideradas significativas, porém não se encontra referenciado o contexto clínico no qual os participantes exerciam funções previamente à pandemia COVID-19.

4.2. Impacto da Pandemia COVID-19 nos Enfermeiros

Cuidar num período de mudanças, incertezas e exigências teve um claro impacto sobre todos os enfermeiros, mas em particular nos enfermeiros das UCIs COVID-19, que diariamente se expuseram a um vírus desconhecido, cuidando daqueles que mais precisavam. Na procura das respostas dos enfermeiros às mudanças impostas pela pandemia, importou perceber como foi percecionado o impacto destas mudanças e a adaptação às mesmas ao longo deste período. Deste modo, resultaram três temas predominantes – impacto psicológico; dificuldades e desafios; adaptação às exigências da pandemia.

Impacto Psicológico

A pandemia trouxe consigo desafios particularmente difíceis para os enfermeiros. Encarar todas as mudanças, o aumento do número de horas de trabalho e a escassez de recursos, teve um impacto claramente negativo a nível físico, mas sobretudo a nível psicológico (Aloweni et al., 2022; Shen et al., 2020). Este período teve inevitáveis consequências sobre o bem-estar e saúde mental dos enfermeiros, sendo frequente o aumento do *stress*, as insónias, os sintomas de ansiedade e depressão e o burnout (Aloweni et al., 2022).

Nas entrevistas, os enfermeiros partilharam algumas emoções e experiências que traduzem as consequências da pandemia a nível psicológico e emocional.

O medo e a insegurança foram as emoções mais frequentemente manifestadas.

“... porque era tudo desconhecido e era o medo também ... era um risco grande para nós.” (NC_E3)

“... é sempre uma situação nova e que exige coragem, coisas que são desconhecidas trazem sempre algum medo à mistura.” (DI_E2)

Assim como, mencionaram situações de stress e de ansiedade, que dificultaram o processo de adaptação à pandemia.

“... é evidente que despoletou muito stress. Um stress acrescido na equipa de enfermagem sem dúvida, cuidar desses doentes.” (DI_E1)

“... contínuo trabalho sob pressão e sob stress.” (DI_E2)

Estes sentimentos apontados pelos participantes não se prendiam apenas com os níveis de stress relacionados com o trabalho, mas também pela necessidade de afastamento da família e de isolamento.

“Este isolamento da família, de muitos enfermeiros, também nos fragilizou de alguma forma. Este stress todo que vivemos, também foi um pouco causado pelo afastamento das famílias, que nos deixou numa situação de mais ansiedade.” (DI_E5)

A expressão destes sentimentos e emoções são corroboradas no estudo de Gordon et al. (2021). Neste estudo os enfermeiros entrevistados referem terem vivenciado emoções como ansiedade/ stress, medo, desamparo e preocupação durante o curso da pandemia (Gordon et al., 2021). Na *scoping review* de Lima et al. (2023) são também apresentados outros estudos que abordam a expressão destes mesmos sentimentos por outros grupos de enfermeiros e profissionais de saúde.

Apesar do claro impacto negativo da pandemia sobre os enfermeiros, foi manifestado, em ambos os grupos, satisfação com o trabalho realizado.

“... o sentimento com que saí foi de realização, de que estávamos ali todos para o mesmo. Acho que até correu muito bem, apesar de não estarmos com a

nossa equipa, mas acho que no fundo, apesar de não ter sido bom, obviamente, no fim correu bem.” (NC_E3)

“... de uma forma geral, o grupo sente-se orgulhoso pela sua capacidade, pela sua determinação e pelo empenho que teve.” (DI_E2)

“Mas acima de tudo, acho que correu bem ... entregarmos o melhor que sabemos fazer e prestarmos os nossos melhores cuidados.” (DI_E1)

A satisfação com o trabalho desempenhado é dos poucos sentimentos positivos descritos pelos profissionais de saúde, demonstrando orgulho pelo trabalho, pelo esforço e pela capacidade de adaptação a um ambiente austero e em constante mudança (Chegini et al., 2021; Costa et al., 2023).

Dificuldades e Desafios

Nos serviços de medicina intensiva, os enfermeiros são constantemente desafiados pela instabilidade e vulnerabilidade dos seus doentes, implicando uma rápida capacidade de adaptação a contextos inesperados. Contudo, durante a pandemia COVID-19, os desafios e as dificuldades enfrentadas ultrapassaram todas aquelas anteriormente vividas.

A prestação de cuidados a doentes com COVID-19 implicava, inevitavelmente, o confronto diário com dificuldades, fossem estas pela complexidade da doença, pela escassez ou inadequada gestão de recursos ou pela sobrecarga de trabalho (Moradi et al., 2021; Vejdani et al., 2021).

Durante as entrevistas, os enfermeiros evidenciaram algumas das dificuldades enfrentadas pelas suas equipas. Destas, importa destacar as dificuldades relacionadas com a carga horária e os rácios enfermeiro-doente.

“E mesmo os rácios também, que era muito difícil e muito pesado para os colegas. Isso também foram dificuldades sentidas.” (NC_E2)

“Fora a carga horária, que de facto também era uma carga horária mais pesada naquela altura e que também não ajudou.” (NC_E1)

“Foi, sem dúvida, um momento com uma carga de trabalho muito mais aumentada. Com turnos, com jornadas longas, com um horário muito mais carregado que o habitual e num contexto de stress. E eu acho que isto refletiu-se. Isto não mata, mas mói.” (DI_E1)

“... a lotação e a exigência de cuidados, que nem sempre foi colmatada com o rácio que seria adequado...” (DI_E2)

Estas dificuldades foram transversais a uma grande parte dos enfermeiros de todo o mundo. No estudo de Hoogendoorn et al. (2021), realizado na Alemanha, foi evidenciado um aumento bastante significativo na carga horária e de trabalho, por forma a colmatar a escassez de enfermeiros. Nos meses de abril e maio de 2020, verificaram um aumento no rácio E:D de cerca de 30% (Hoogendoorn et al., 2021). Verificaram-se casos em que estes rácios eram maximizados a mais do dobro do recomendado, isto é, enquanto as guidelines alemãs para os cuidados intensivos preconizam um rácio máximo 1:2, em algumas UCIs, foram verificados rácios de 1:5 (Hoogendoorn et al., 2021).

Outras das dificuldades expressas pelos enfermeiros prende-se com a gestão de recursos humanos. A rotatividade de profissionais entre UCIs, apesar de necessária no reforço das equipas e no equilíbrio ao nível de competências e experiência entre os membros, implicou que os enfermeiros tivessem de se adaptar a novos colegas, a novas equipas e a diferentes dinâmicas de trabalho (Bergman et al., 2021).

“Inclusive abrimos outros serviços que nem sequer estavam praticamente preparados, ou seja, que não eram unidades de cuidados intensivos e em que foram misturadas equipas de pessoas de todo o lado. Inclusive eu, saí do nosso serviço para ir, por exemplo, para o UPA.” (NC_E3)

“...cheguei a dar apoio ao piso 6 ... caímos lá de paraquedas, com os colegas que já lá estavam a trabalhar e nós vínhamos dar apoio e às vezes parecia que nós estávamos a “estorvar” mais do que a dar efetivamente apoio.” (NC_E2)

O apoio dos profissionais de saúde, quer organizacional, quer social, em especial em momentos de maiores dificuldades e vulnerabilidade, permite minimizar os efeitos negativos do *stress* e, conseqüentemente, reduzir a

prevalência de quadros de depressão, ansiedade e *burnout* (Santana-López et al., 2022). Contudo, este apoio não foi, em muitos casos, percebido pelos participantes, principalmente no que se refere ao apoio organizacional.

“... acho que o hospital nessa parte não se preocupou muito com os profissionais, apenas deixou rolar.” (NC_E4)

“Nós somos o reflexo crasso do que é a falha de acompanhamento psicológico dos profissionais.” (NC_E1)

No estudo de Moradi et al. (2021), os participantes fizeram referências idênticas quanto à ineficácia das organizações no que toca ao apoio dos profissionais de saúde. Nesse estudo, os enfermeiros consideraram que o esforço das organizações para proporcionar meios e alternativas mais facilitadoras para o bem-estar dos profissionais e para os cuidados prestados foi muito reduzido (Moradi et al., 2021).

A falta de reconhecimento pelo esforço e trabalho desenvolvido durante a pandemia foi também mencionada pelos enfermeiros:

“... nem sequer tivemos a visibilidade que nos era merecida ... quer do ponto de vista institucional, quer do ponto de vista da sociedade. Infelizmente há muito pouca retribuição...” (DI_E2)

“... falta de reconhecimento dos profissionais, pela entrega que os profissionais tiveram, a falta de reconhecimento. Não pelos colegas, mas pelos órgãos hierárquicos superiores. Ficamos com a sensação de que aqueles agradecimentos às vezes eram “palavras um bocado ocas”...” (DI_E1)

De acordo com o estudo de Maghsoodi et al. (2023), os enfermeiros também não viram os seus esforços reconhecidos como mereciam. Estas situações de falta de reconhecimento e apreciação pelos enfermeiros e pelo seu trabalho afeta negativamente a sua motivação e a satisfação profissional (Maghsoodi et al., 2023).

Adaptação às Exigências da Pandemia

Adaptação foi a palavra de ordem durante a crise pandémica. Todas as mudanças, incertezas e desafios exigiram dos profissionais de saúde uma enorme capacidade de resposta e de resiliência.

A rápida evolução da pandemia COVID-19 impediu que os profissionais de saúde tivessem tempo e recursos para se prepararem para a nova realidade que se avizinhava (Thusini, 2020). A fim de facilitar este processo de adaptação e otimizar a capacidade de resposta, era igualmente necessário que os serviços de saúde estivessem preparados para enfrentar uma crise pandémica, o que não se verificou (Moradi et al., 2021). Neste sentido, os profissionais tiveram a responsabilidade de encontrar estratégias de *coping* para lidar com esta situação de crise, recorrendo à sua capacidade de adaptação e resiliência para tal (Thusini, 2020). Em consonância, estes aspetos foram mencionados pelos enfermeiros:

“... fomos conseguindo adaptar-nos às dificuldades ... fomos conseguindo ultrapassar isso.” (NC_E5)

“... conseguimos adaptarmo-nos de forma a ter bons resultados e sucesso. Mas dependeu muito do trabalho individual de cada um e da capacidade de gestão emocional de cada um.” (NC_E6)

Uma nova doença, uma nova realidade de cuidados. Os participantes abordaram também a necessidade de se adaptarem a um novo modo de cuidar, que exigiu um grande esforço da sua parte:

“... tivemos que nos ajustar a isso, às exigências da realidade dos doentes, eram diferentes e exigiram adaptação para toda a gente, até nesse sentido.” (NC_E1)

“Apesar de nós sermos ... o serviço de doenças infecciosas ... nós tivemos de adaptar o cenário que nós treinávamos ... face à ausência de conhecimento da doença COVID...” (DI_E2)

Este período impôs aos enfermeiros das UCIs, um rápido ajuste a um novo modo de cuidar, pela necessidade de cuidados diferenciados, pelo uso de EPIs

e de medidas mais restritivas de controlo de infeção, assim como pelos ajustes nos espaços físicos e nos métodos de trabalho (Conz et al., 2021).

Também foi referido pelos participantes a capacidade e o esforço de adaptação das equipas:

“A dinâmica da equipa, naquele período mais crítico, na primeira vaga e também em algumas ocasiões na segunda vaga, foi-se ajustando consoante as necessidades e graças à entreaajuda de todos conseguiu-se fazer isso.” (DI_E3)

“Foi necessário um esforço muito grande de todas as partes, tanto a parte do serviço que acolhe, como dos colegas que vão para um novo serviço.” (NC_E2)

As constantes mudanças nas equipas implicaram uma necessidade permanente de adaptação de todos os profissionais. A entreaajuda e o trabalho em equipa foram fundamentais neste processo de ajuste às adversidades, permitindo a partilha de conhecimentos, o suporte dos profissionais com menos competências e experiência, e a adaptação a um novo ambiente de trabalho e modo de cuidar (Thusini, 2020).

Confrontar desafios e adversidades, em particular no contexto da prestação de cuidados de saúde, torna-se mais fácil quando as equipas demonstram coesão, confiança e trabalham juntas para um mesmo objetivo (Jassar et al., 2020). Durante estes momentos de crise são essenciais, contribuindo para melhores cuidados e para dinâmicas de trabalho mais facilitadoras (Jassar et al., 2020; Rehder et al., 2022). Apesar de ser difícil juntar todos estes fatores quando as equipas estavam sujeitas a constantes mudanças, os enfermeiros evidenciaram a importância do apoio entre colegas.

“... há suporte e entreaajuda na equipa, as pessoas preocupam-se com os colegas ... acho que foi essa cumplicidade que sustentou, na verdade, tudo.” (NC_E1)

“... fomo-nos ajudando muito uns aos outros para estarmos aqui hoje.” (DI_E2)

Estas afirmações vão ao encontro do estudo de Arcadi et al. (2021), em que o suporte e a coesão entre pares foi significativamente destacado pelos

enfermeiros. É ainda acrescentado que este suporte entre colegas não se cingia apenas à equipa de enfermagem, mas a toda a equipa multidisciplinar, afirmando que contribuiu para a sua resiliência e lhes permitiu encarar mais positivamente as consequências da pandemia (Arcadi et al., 2021).

O suporte também foi percecionado pelos enfermeiros numa perspetiva supervisiva. Porém, esta estratégia de supervisão não funcionou de forma programada e premeditada, mas sim de forma espontânea dos colegas com maior experiência para com os restantes.

“Muitos deles nem sequer tinham experiência em cuidados intensivos... Também tivemos que lhes dar esse apoio. Tivemos que nos reajustar.”
(NC_E4)

“... os elementos da nossa equipa funcionavam como um suporte...” (NC_E1)

Efetivamente, o crescente número de doentes, a escassez de profissionais, bem como outras demandas da pandemia, comprometeram as práticas supervisivas (Hennus et al., 2021). Neste sentido, priorizou-se a organização das equipas, na tentativa de equilibrar o número de elementos sem ou com pouca experiência em cuidados intensivos, face ao número disponível de enfermeiros com mais experiência, assumindo que a colaboração interprofissional permitiria colmatar a ausência de um plano de supervisão clínica e uma adequada integração dos novos profissionais (Hennus et al., 2021).

O altruísmo está historicamente ligado à enfermagem, sendo um dos valores desta profissão, que se traduz no seu modo de cuidar (Slettmyr et al., 2022). Apesar de todas as dificuldades enfrentadas neste tumultuoso período, o altruísmo dos enfermeiros prevaleceu, tendo sido considerado um fator facilitador neste processo de adaptação à COVID-19 (Slettmyr et al., 2022). Como tal, os enfermeiros da UCIDI consideraram o altruísmo um fator positivo para o trabalho em equipa e para a sua capacidade de resposta.

“Dentro da equipa de enfermagem acho que há um grande espírito de altruísmo ... este espírito de altruísmo potenciou muito o funcionamento da equipa.” (DI_E1)

“Deixou de ter uma visão tão individualizada e passou, na altura, a ser um bocado mais focada na entreatajuda e altruísmo, para conseguir atingir objetivos que eram inúmeros.” (DI_E3)

4.3. Estratégias de Gestão e Organização

As elevadas taxas de hospitalização e de internamento em UCIs levaram a que as organizações de saúde tivessem, impreterivelmente, de adaptar as suas estratégias de gestão e organização dos serviços (BMA, 2022; Vargas et al., 2020). Neste sentido, importou perceber qual a perspetiva dos enfermeiros em relação às estratégias utilizadas e que potencialmente poderiam ter sido utilizadas durante este período.

Gestão dos Serviços

Constituir novas UCIs dedicadas ao doente com COVID-19 implicou uma ampla capacidade de gestão de recursos, quer materiais, quer humanos, assim como das condições físicas e logísticas dos serviços, de modo a maximizar a sua utilização e a minimizar possíveis cadeias de transmissão intra-hospitalares (Vargas et al., 2020).

Durante a pandemia, a gestão dos recursos humanos foi altamente complexa, dada a escassez de profissionais. Este problema implicou a definição e implementação de estratégias de modo colmatar este défice, como o aumento da carga horária e/ou o recrutamento de profissionais (BMA, 2022). No decurso das entrevistas, esta situação foi mencionada pelos participantes:

*“... de repente, passaram a ser precisos o dobro dos recursos humanos.”
(NC_E1)*

“...houve a necessidade de automaticamente reforçar as equipas. Recordo-me da enfermeira diretora, à data dizer-me “não tenho enfermeiros” e eu disse

“tem enfermeiros, tem de os ir buscar e temos de ir buscar os melhores que tivermos para nos vir ajudar”.” (DI_E2)

Neste sentido, foram identificadas algumas das estratégias utilizadas, que permitiram aumentar o número de enfermeiros disponíveis para prestarem cuidados nas UCIs COVID-19, bem como alguns défices associados às mesmas. Uma das estratégias prende-se com a distribuição de enfermeiros de serviços que encerraram ou minimizaram o seu funcionamento durante o período pandémico.

“Houve serviços que, à data, pela sua dinâmica de funcionamento, acabaram por ser encerrados, como consultas, hospital de dia ... que permitiu fazer jus ao uso de recursos humanos e permitiu dar, de alguma forma, no imediato, resposta aos serviços que tiveram necessidades acrescidas...” (DI_E2)

No estudo de Imbriaco et al. (2021), realizado em Itália, é também possível verificar a implementação deste tipo de estratégias, sendo mencionada a redistribuição de enfermeiros provenientes de outros serviços, como do bloco operatório, que integraram as equipas das UCIs. Contudo, são também referidas algumas das limitações desta estratégia, dada a inexperiência destes profissionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e as dificuldades inerentes à adaptação a um contexto de trabalho diferente que, conseqüentemente, exigia conhecimentos e competências diferentes (Imbriaco et al.; 2021).

Outra das estratégias referidas é também sugerida nas *guidelines* elaboradas por Aziz et al. (2020), prendendo-se com a realocação de enfermeiros com experiência prévia em cuidados intensivos, a exercer funções em outros serviços. Apesar de reconhecerem a sua implementação na sua instituição, os participantes constataam algumas carências na mesma.

“Uma coisa que eu acho que falhou foi, por exemplo, não foram recrutados colegas de cuidados intensivos de todos os serviços do hospital, há colegas que trabalham no internamento que não foram recrutados.” (NC_E1)

A necessidade de recrutamento de enfermeiros para as UCIs COVID-19 não se cingiu apenas à mobilização de profissionais dentro das instituições, como

anteriormente referido, houve também a necessidade de recrutamento de profissionais externos, muitas vezes, sem competências e experiência no cuidado ao doente crítico (Aziz et al., 2020). Dadas as dificuldades inerentes à integração de novos profissionais, sobretudo na ausência de experiência no contexto de cuidados intensivos, os enfermeiros sugeriam a alteração de alguns aspetos, de forma a facilitar os processos de integração e a reduzir a sobrecarga dos profissionais encarregues do processo supervensivo destes colegas.

“... estes colegas novos tinham tido outro timing de adaptação no internamento e tinham-se repescado esses colegas de cuidados intensivos que ficaram nos internamentos ... e depois começava-se a fazer o que tivesse que ser de facto, in extremis, que era ter gente nova a assegurar esse tipo de doentes, acreditando que quem está com experiência consegue ter quatro braços, os seus e os do colega.” (NC_E1)

“A questão da gestão dos recursos humanos. Acho que depois desta experiência, é necessário alocar profissionais aos serviços de acordo com a sua experiência e com o tipo de serviços que estão a prestar. Acho que deve ter sido das coisas mais reveladoras de défice, nesse departamento.” (NC_E6)

Um dos participantes da UCIN recomendou ainda outra estratégia, que incluía os enfermeiros da UCIDI, na qual sugeria recorrer à *expertise* destes colegas no cuidado ao doente com doença infecciosa, possibilitando suporte quer formativo, quer na reorganização das unidades.

“De facto, a experiência deles era mais relevante a esse nível, tinham tido experiências prévias com outros microrganismos que exigiam um cuidado particular e tiveram de se adaptar a isso. E acho que, se calhar, teria valido a pena rentabilizar um bocado mais a experiência desses colegas.” (NC_E1)

Outro problema vivido no decurso da pandemia, sobretudo no seu início, prendeu-se com a carência de recursos materiais. Para a prestação segura de cuidados, em particular no contexto de cuidados intensivos, acrescentando-lhe ainda, as exigências da COVID-19, é indispensável o recurso a diversos tipos de equipamentos e materiais, desde EPIs, ventiladores, fármacos, entre outros (BMA, 2022). A insuficiência deste tipo de recursos induz preocupações nos

enfermeiros, contribuindo para o aumento do stress e de sentimentos de insegurança (Fernández-Castillo et al., 2021).

Apesar dos participantes reconhecerem dificuldades na gestão de recursos materiais, apresentam uma perspetiva centrada nas formas como foi minorado o problema.

“... do ponto de vista logístico com as necessidades, as unidades foram sendo sucessivamente apetrechadas do que era devido, as coisas foram chegando, umas mais rápidas do que outras.” (DI_E2)

“... com a escassez de recursos que tínhamos ... a integração europeia para nós foi uma vantagem imensa ... foi fundamental para manter a sustentabilidade em todas as áreas de todos os serviços nacionais de saúde de todo o lado. Mesmo cá, muitas fabriquetas que não estavam destinadas para este tipo de atividade passaram a produzir esse tipo de matérias. Acho que, de uma maneira geral, a tragédia une as pessoas.” (NC_E1)

Os enfermeiros deram ainda relevância ao uso de recursos tecnológicos, que permitiram otimizar a comunicação entre os profissionais e com as famílias.

“... uma dificuldade estrutural que nós tínhamos no nosso serviço, o facto de estar dividido em duas alas – Ala A e a Ala B – e a comunicação entre as duas alas, sobretudo estando na área dita suja, era difícil. Então a utilização de um walkie talkie para conseguirmos articular com os colegas da outra ala, em situações emergentes ou situações mais rápidas, foi uma das estratégias que também funcionou muito bem connosco.” (NC_E2)

“Nós fomos dos primeiros serviços a dispor da possibilidade de usar os sistemas de informação, em particular tablets, para estabelecermos comunicação com as famílias. Todos os serviços do hospital foram dotados da mesma possibilidade e não ficou limitado aos serviços com doentes COVID.” (DI_E2)

Dadas as alterações estruturais nas UCIs, na necessidade de dividir os espaços em espaços “limpos” e “contaminados/ sujos”, foi preciso melhorar e facilitar a comunicação entre profissionais, sendo que para isso, os profissionais tiveram de encontrar estratégias, como aquela que é referenciada,

o uso do *walkie talkie* (Igra et al., 2020). No estudo de Igra et al. (2020), apesar de terem sido utilizadas estratégias diferentes daquelas que foram mencionadas pelos participantes deste estudo, evidenciam que a melhoria da comunicação entre profissionais facilitou algumas dinâmicas de trabalho e possibilitou uma maior capacidade de suporte.

No que toca à comunicação com a família, as restrições de visitas levaram a que fossem encontradas alternativas que permitissem o contacto com os doentes e com os profissionais de saúde. Neste sentido, uma das estratégias mencionadas na literatura foi o uso de tablets ou equipamentos semelhantes que permitissem a realização de videochamadas, permitindo minimizar o distanciamento entre o doente e a sua família e promover o envolvimento da família (Igra et al., 2020; Phua et al., 2020).

A possibilidade de ocorrer uma crise pandémica era prevista desde o início dos anos 2000, porém a pandemia COVID-19 revelou uma preparação claramente insuficiente dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, uma capacidade de resposta muito limitada face à sua magnitude (OECD, 2022). A falta de preparação e planeamento teve conseqüências em todas as dimensões analisadas no estudo, desde a constante necessidade de adaptação, às dificuldades na gestão de recursos e na organização dos serviços.

Neste sentido, os enfermeiros, tendo vivenciado as realidades impostas por estes défices de preparação, mencionaram a relevância e a necessidade de planeamento prévio a um momento de crise, de forma a permitir a sua capacitação e, conseqüentemente, melhorar a sua capacidade de resposta.

“... se existir coordenação, se existir planeamento, nós conseguimos, pelo menos, ter capacidade de resposta. E eu acho que, atendendo à gravidade das circunstâncias, o que se pede em primeira mão é a capacidade de resposta...”
(NC_E1)

“... este grande susto e esta testagem de todo o sistema de saúde fez perceber que, de facto, isto é um investimento importante e que tem de ser naturalmente feito ... esse trabalho tem de ser feito e tem de ser feito com planeamento, não quando começa a surgir o primeiro caso na China, na Noruega ou na Tailândia.

Mas tem de ser um trabalho programado, tem de ser estruturado, que demora muito tempo, que exige investimento, sobretudo investimento do ponto de vista de formação e capacitação, que nos vai tornar profissionais com mais capacidade de cuidarmos bem. Esta experiência seguramente que nos será benéfica nesta planificação.” (DI_E2)

“... estas coisas são para ser pensadas não é em tempo de guerra. Essas coisas são implementadas antes da guerra, para que quando a guerra chega as coisas fluírem ... com base em práticas que já estão consolidadas, cimentadas, assimiladas por toda a gente. Eu acho que isso é de facto revelador, se calhar nem é uma fragilidade do tempo COVID, é de uma fragilidade de um tempo que é anterior e posterior ao COVID.” (NC_E1)

Foram percecionadas diferenças claras ao nível da preparação dos serviços, entre a UCIDI e a UCIN, tendo um dos participantes do grupo da UCIN revelado como a UCIDI estava melhor preparada e adaptada para lidar com esta situação de crise.

“... há uma unidade que estava mais adaptada a isso do que nós, porque já tinha tido situações de necessidade de adaptação perante outras situações, outras doenças e outros quadros, só que muito mais limitados, que é a unidade de Infeciosas ... acho que nestes momentos a experiência também é importante e a partilha da experiência é importante.” (NC_E1)

No discurso dos participantes da UCIDI também foi possível verificar como a sua experiência no contexto de outras doenças infecciosas foi um fator facilitador na resposta à COVID-19.

“... nós adaptamos muito a nossa filosofia de prestação de cuidados e no âmbito da segurança do profissional ao modelo que nós vínhamos a treinar no âmbito da abordagem ao doente com uma doença emergente ... de alguma forma, acabou por ser facilitador e permitiu-nos ter algumas estratégias de abordagem que depois acabaram por ser benéficas para a nossa equipa...” (DI_E2)

Contudo, no que toca a esta temática, os enfermeiros mencionaram a importância de serem retiradas ilações para o futuro, de forma a melhorar o

planeamento e facilitar a adaptação dos serviços e dos profissionais em futuras situações emergentes.

“A grande lição que eu espero que saia daqui é estarmos preparados para a próxima, porque provavelmente uma situação destas, não quero que aconteça, mas a probabilidade de vir a acontecer, como sabemos, é grande ... Acho que a grande lição que sai daqui: é estarmos preparados para alguma situação muito próxima que possa vir a surgir.” (DI_E1)

Assim, a pandemia COVID-19 poderá ser vista como uma oportunidade de aprendizagem, permitindo mitigar futuras crises pandémicas, através do desenvolvimento de planos que promovam a qualidade e a segurança dos cuidados, bem como estratégias que contribuam para a adaptação a uma nova dinâmica no âmbito da prestação de cuidados de saúde (Arabi et al., 2021).

Integrar uma UCI é um processo exigente para os enfermeiros. Para além da adaptação a um novo ambiente de trabalho e a uma nova equipa, o que torna este processo ainda mais complexo é a necessidade de desenvolvimento de um amplo leque de competências e conhecimentos, bem como a necessidade de adaptação a um contexto no qual os doentes se encontram numa situação de extrema vulnerabilidade (Stewart, 2021).

Durante a pandemia, os processos de integração foram dificultados pela pressão existente nas unidades decorrente do aumento do número de doentes, da escassez de profissionais, do desconhecimento da doença e do medo de contágio (Stewart, 2021). Neste sentido, os enfermeiros mencionaram alguns défices relevantes nos processos de integração:

“Eu acho que a integração foi uma das maiores fragilidades do COVID, sem dúvida nenhuma. E se nós sentimos isso, imagino a violência que não foi para quem chegou essa altura.” (NC_E1)

“Tentou-se, para colmatar essa integração mal feita e vou dizer mal feita porque não preconiza o que é uma integração. Não chega mostrar o espaço físico e o mostrar o “ABC”, é muita mais do que isso um processo de integração. E naturalmente que os processos integração ficaram muito aquém

do que é um processo de integração idealizado no contexto de trabalho numa unidade de cuidados intensivos.” (DI_E2)

Os processos de integração devem seguir programas estruturados e organizados, incluindo estratégias supervisivas que os facilitem (Pires et al., 2021). Deste modo, através da orientação e suporte, o desenvolvimento de competências é facilitado, permitindo conseqüentemente, uma melhor integração e adaptação ao serviço (Pires et al., 2021). Contudo, de acordo com o estudo Hennis et al. (2021), a fim de dar resposta às exigências da pandemia, os processos de supervisão clínica e formativos foram comprometidos. Indo de encontro a estes achados, foi mencionado pelos participantes como as integrações careceram de processos supervisivos.

“Não havia tempo para fazer uma supervisão clínica dos cuidados efetuados por eles.” (NC_E5)

No entanto, não foram encontrados estudos que fizessem referência às implicações dos processos de integração inadequados, o que seria potencialmente relevante para futuros quadros pandémicos, permitindo a estruturação de planos de integração adaptados a contextos emergentes. Num estudo que analisa as experiências de enfermeiros recrutados e transferidos para uma sub-UCI COVID-19, é mencionado que sua integração neste contexto provocou uma série de sentimentos negativos nos enfermeiros, desde medo, a sentimentos de ineficácia e de falta de preparação (Danielis et al., 2021). Porém, mencionam que, no final, sentiram ter crescido enquanto pessoas, profissionais e equipa (Danielis et al., 2021).

Nas entrevistas, os participantes partilham algumas considerações e possíveis conseqüências destas integrações desajustadas às circunstâncias da pandemia e dos cuidados intensivos:

“Ninguém se preocupou, no fim da pandemia, perguntar aos colegas que foram integrados “às sete pancadas”, o que é que eles tinham sentido sobre isso, se a experiência foi traumática, se ficou alguma coisa por resolver do ponto de vista pessoal, a esse nível. Isso tudo poderia ter sido feito no pós-pandemia e certamente que ia permitir tirar ilações para outras situações futuras.” (NC_E1)

“Felizmente não tivemos nenhum incidente a reportar, mas poderíamos ter tido face à lacuna que houve no processo de integração e o que é preconizado quer para a segurança do profissional e, sobretudo, para a segurança do doente.” (DI_E2)

Cuidados Centrados na Pessoa

A qualidade dos cuidados de enfermagem passa, impreterivelmente, por um modelo de cuidados centrados na pessoa (Esmaeili et al., 2017). Neste, a tríade profissional-doente-família assume um papel colaborativo, focando-se na prestação segura de cuidados, na dignidade e no respeito pelas necessidades, preferências e valores (Esmaeili et al., 2017; Lessa et al., 2022).

Durante a pandemia COVID-19, comprometeram-se os cuidados centrados na pessoa, uma vez que foi necessário centralizar o foco dos cuidados na doença, dada a ausência de conhecimento sobre a mesma. Por conseguinte, a implementação de medidas como o isolamento dos doentes, a restrição de visitas, entre outras, levou a que a articulação profissional-doente-família não pudesse ser priorizada. Neste sentido, os enfermeiros identificaram situações que dificultaram a centralização dos cuidados na pessoa, mencionando algumas estratégias que possibilitaram minimizar as mesmas.

Promover a segurança dos cuidados foi um desafio para os enfermeiros no decorrer da crise pandémica. As constantes mudanças exigidas aos cuidados de enfermagem, fosse pelos ajustes nas guidelines de tratamentos, pelas alterações nos protocolos e procedimentos, pelo uso de EPIs ou pela necessidade de adaptação a novos equipamentos e outros recursos, e a novos colegas, obrigaram a repensar a segurança dos cuidados (Lin et al., 2021). Assim, a adaptação a um novo modo de cuidar implicou a definição de novas estratégias que promovessem a segurança dos doentes e dos cuidados prestados.

Assim, foram destacadas algumas das estratégias implementadas, consideradas relevantes pelos enfermeiros para a promoção da segurança. O recurso à videovigilância foi uma das estratégias apontadas pelos participantes:

“Introduziu-se, nestes contextos, a videovigilância nos serviços (...) Introduziu-se por forma de salvaguardar o doente.” (DI_E3)

A utilização de recursos tecnológicos como a videovigilância e as centrais de monitorização, foi considerada vantajosa durante a pandemia (Dhala et al., 2020). Esta estratégia permitiu identificar e responder prontamente a alterações clínicas, bem como a vigilância dos doentes, em particular nos quartos de isolamento, reduzindo a necessidade de permanência dos enfermeiros junto dos mesmos (Dhala et al., 2020).

A necessidade de adaptação a novos protocolos e procedimentos obrigou a que fossem encontradas estratégias que facilitassem a sua aprendizagem ou consulta rápida. Deste modo, as estratégias identificadas pelos participantes vão ao encontro de outros estudos, que reconhecem como benéfico o recurso a vídeos educativos, a *checklists* e a pósteres (Imbriaco et al., 2021).

“... lembro-me de nós fazermos uns vídeos na altura, para nos ajudar a não nos esquecermos como é que devemos colocar o material, tínhamos protocolos dentro do espaço sujo, que nos ajudavam com os passos que tínhamos a seguir...” (NC_E4)

“Acho que outra coisa que facilitou também foi ... o facto de termos os protocolos colados em partes da unidade, para a gente conseguir revê-los, ter aquele aspeto visual para relembrar.” (NC_E2)

O papel do enfermeiro de referência e a reorganização das equipas, abordados previamente, foram considerados pelos participantes como promotores da segurança dos cuidados.

“... para tentarmos garantir a mínima segurança, tínhamos pivôs dentro da ala central que iam de alguma maneira servindo como elementos de articulação e depois, o elemento que estava de fora funcionava como elemento de referência.” (NC_E1)

“Por exemplo, a medicação passava pelo elemento de fora. Não era por acaso ... controlávamos os soros, controlávamos as diluições, controlávamos porque as pessoas estão habituadas a trabalhar com diluições completamente diferentes.” (NC_E1)

Por último, foi destacada a importância do planeamento entre a equipa.

“... há uma coisa que eu acho engraçada que surgiu nessa altura e que eu nunca mais vi, nem nunca tinha visto antes, que era o facto de as pessoas definirem plano A e plano B. Se o plano A falhasse, nós sabíamos o que é que era para fazer a seguir de forma determinada. Isso é organização do trabalho, é planeamento. E é curioso perceber como isso é priorizado quando nós estamos todos fragilizados. E estamos fragilizados até pela falta de experiência. E eu acho que isso foi uma das estratégias mais importantes para nós para que as coisas resultassem efetivamente e não corressem mal tantas vezes.” (NC_E1)

O planeamento e a comunicação entre a equipa multidisciplinar deveria ser imperativo numa UCI. Porém, os défices de comunicação têm sido considerados uma das principais causas de erros no contexto de cuidados intensivos (Díaz et al., 2023). Estabelecer uma comunicação eficaz permite um melhor planeamento, a redução de riscos e, conseqüentemente, a promoção da segurança dos cuidados (Díaz et al., 2023).

Ao longo das últimas décadas, o conceito de humanização dos cuidados tem sido inserido na prática clínica de enfermagem, realçando a importância dos cuidados centrados na pessoa (Gareau et al., 2021). Nas UCIs, apesar das dificuldades inerentes à situação crítica dos doentes, das condições ambientais e da necessidade de intervenções potencialmente dolorosas e/ou desconfortáveis, o modelo de cuidados tem progressivamente vindo a ser repensado, descentralizando o foco dos cuidados apenas nas intervenções médicas, focando-se também no doente enquanto pessoa (Gareau et al., 2021). Contudo, contextos como a pandemia COVID-19, têm sido obstáculos para o desenvolvimento da humanização dos cuidados (Gareau et al., 2021). Neste sentido, os participantes mencionaram como estes cuidados estiveram significativamente comprometidos durante a pandemia.

“Acho que se revelou muito a fragilidade do hospital na efetiva humanização dos cuidados...” (NC_E1)

Os enfermeiros identificaram algumas situações que afetaram negativamente a sua capacidade na prestação de cuidados humanizados. Uma das referências relaciona-se com as barreiras à comunicação entre os profissionais e os doentes.

“...foi um aspeto que eu senti efetivamente uma grande dificuldade e diferença, porque havia uma menor proximidade com os doentes ... usávamos bastante equipamento e perde-se um bocado essa comunicação...” (DI_E6)

A utilização de EPIs, apesar de fundamental para a proteção dos profissionais, limitou a sua capacidade de comunicação e, por conseguinte, a relação enfermeiro-doente, uma vez que os equipamentos cobriam praticamente todo o rosto e o corpo, dificultando a identificação do profissional, o reconhecimento de expressões não-verbais e, até mesmo, a comunicação verbal (Fernández-Castillo et al., 2021; Gualandi et al., 2023).

Outra situação identificada pelos participantes encontra-se relacionada com a restrição das visitas e a consequente limitação do contacto dos doentes com as suas famílias, sendo que este tema será abordado à posteriori. Importa ainda considerar a menção feita pelos enfermeiros relativamente às estratégias implementadas, como a utilização da videochamada.

“...fazíamos videochamadas para quebrar um bocadinho essa ausência, de eles se sentirem abandonados. Muitos dos doentes referiam que sentiam que as famílias que os tinham abandonado.” (DI_E4)

Estratégias como esta são também mencionadas na literatura e reconhece-se o seu benefício na redução da ansiedade e da sensação de abandono (Imbriaco et al., 2021).

Ainda relacionado com esta temática, foi partilhado pelos enfermeiros a sua preocupação relativamente aos processos de fim de vida e, em especial à limitação da presença da família nos mesmos.

“... nos processos de fim de vida, permitíamos às pessoas acompanhar. Quando os doentes queriam escrever, antes de serem entubados, permitíamos que eles fizessem isso.” (NC_E1)

“... a questão das visitas e de permitir que familiares se viessem despedir em situações terminais, foi possível e eu acho que ajudou em muito a equipa a ir buscar o lado humano, que parecia esquecido e que é determinante no âmbito na prestação de cuidados de enfermagem e sem o qual nós não nos reconhecemos. E o permitir isso deu-nos um bocadinho de alento dentro do que é nosso quadro concetual.” (DI_E2)

Neste período, os cuidados de fim de vida foram especialmente desafiantes para os enfermeiros. Dadas as restrições de visitas da família e a redução do período de permanência das mesmas, o papel dos enfermeiros passou também pelo apoio e conforto dos doentes, de forma a colmatar esta ausência da família (Bergman et al., 2021). Contudo, estas situações foram as que mais contribuíram para o negativo impacto psicológico sobre os enfermeiros, pela sensação de incapacidade de providenciar melhores cuidados e pelo *stress* ético e moral muitas vezes envolvido nos processos de fim de vida (Bergman et al., 2021).

Desde o início da pandemia foram implementadas medidas de contingência nas instituições de saúde para reduzir o risco de contágio, nas quais eram incluídas medidas de restrição e/ou suspensão de visitas, excetuando nas situações de fim de vida (Fernández-Martínez et al., 2022). Este tipo de medidas implicou uma significativa diminuição no contacto da família com o doente e com os profissionais de saúde.

O envolvimento da família nos cuidados e a sua relação colaborativa junto dos profissionais, permite que a família não seja percecionada apenas como uma visita, mas sim como parte da dinâmica dos cuidados, tornando-os mais humanos (Fernández-Martínez et al., 2022). A perspetiva dos participantes vai de encontro com esta filosofia de cuidar, tendo sido considerada fundamental para a prestação de cuidados nas UCIs. Todavia, foi muito dificultada pela

pandemia e algumas das suas repercussões ainda permanecem até aos dias de hoje.

“... isso para nós é algo que é imprescindível e que faz parte do nosso cuidado, o envolvimento seja familiar ou convivente significativo, isso é fundamental. No entanto, tentou-se, dentro do que era possível, naquelas situações mais críticas, serem asseguradas e permitir a presença do familiar.” (DI_E2)

“... questão da família que hoje em dia ainda é um “calcanhar de Aquiles” no nosso serviço, em termos do englobar a família no cuidado.” (NC_E5)

Dada a ausência da família do contexto da prestação de cuidados, foi fundamental encontrar estratégias que permitissem diminuir este distanciamento, envolver as famílias e proporcionar-lhes apoio. Neste sentido, foi importante otimizar as estratégias de comunicação, tendo o recurso à videochamada sido o sistema mais utilizado e recomendado (Fernández-Martínez et al., 2022). A implementação desta estratégia, como referido anteriormente, foi exposta pelos enfermeiros, tendo sido utilizada para permitir o contacto dos doentes com as suas famílias.

No que respeita à comunicação entre a família e os profissionais, em ambas as UCIs, o contacto era feito diariamente por chamada telefónica. A utilização deste método de comunicação com as famílias vai de encontro ao estudo de Imbriaco et al. (2021), no qual referencia esta prática como o meio preferencial para a transmissão de informação. Apesar de ter sido utilizado o mesmo método de comunicação, verificaram-se abordagens diferentes na UCIN e na UCIDI. Enquanto na primeira, o contacto com a família era da responsabilidade da equipa de enfermagem, em particular do enfermeiro de referência, na UCIDI este papel ficou ao encargo da equipa médica.

“Em regra, era o elemento de referência que fazia as chamadas à família, e as pessoas identificavam-se muito com essa pessoa, porque falavam rotineiramente com as mesmas pessoas e isso, num ambiente de insegurança, cria uma ligação de confiança, cria laços e, na verdade, os laços ajudam a minimizar a insegurança, a incerteza, o medo.” (NC_E1)

“No início, pelos medos e receios, isso nem sequer era questionado. Não havia visitas e eram os médicos que davam as informações aos familiares.” (DI_E4)

Desta forma, apesar de ser utilizada uma estratégia semelhante, no que concerne às implicações para os cuidados de enfermagem, a limitação do contacto dos enfermeiros da UCIDI com as famílias tornou-se uma preocupação para os mesmos, sendo alvo de melhorias em situações futuras.

“... estamos a falar de uma pandemia, uma situação muito grave, mas agora que estamos um bocadinho longe disso e que podemos olhar de outra forma, acho que se calhar criar uma estratégia para a enfermagem poder ter essa ligação ... acho que ganhávamos mais se conseguíssemos ter mais proximidade com a família...” (DI_E6)

5. CONCLUSÃO

A pandemia COVID-19 provocou significativas mudanças nas UCIs, exigindo que os profissionais de saúde se adaptassem de forma rápida e eficaz para responder ao aumento exponencial de doentes em estado crítico. As alterações operacionais e organizacionais impostas neste período, tiveram um impacto direto nas equipas de enfermagem, que enfrentaram uma sobrecarga de trabalho e uma maior complexidade dos cuidados. Para além disso, apesar destas mudanças terem sido fundamentais para otimizar o cuidado ao doente com COVID-19 e para mitigar a crise pandémica, o seu insuficiente planeamento levou a que os enfermeiros, tivessem de encarar elevados níveis de *stress* e ansiedade, culminando num desgaste emocional sem precedentes.

Neste contexto, a supervisão clínica em enfermagem, embora reconhecida como um mecanismo promotor de apoio e desenvolvimento profissional, revelou-se insuficiente no que se refere à sua implementação, não conseguindo suprir as necessidades emergentes durante este período crítico. Podendo esta situação ser justificada pela ausência de condições que permitam o seu desenvolvimento, uma vez que as circunstâncias impostas pela pandemia limitaram a disponibilidade de tempo para implementação de estratégias de supervisão clínica, assim como a disponibilidade dos profissionais e de recursos. Contudo, os resultados deste estudo indicam que, quando adequadamente estruturada e aplicada, a supervisão clínica tem o potencial de desempenhar um papel determinante na melhoria da resposta dos enfermeiros face às transformações ocorridas nas UCIs.

A supervisão clínica em enfermagem contribui de diversas formas para melhorar a capacidade de resposta dos enfermeiros perante as exigências das UCIs durante e após a pandemia. Em primeiro lugar, através da criação de um espaço formal de reflexão e partilha de experiências, a supervisão permite que os enfermeiros analisem criticamente as suas práticas, identifiquem áreas de melhoria e desenvolvam soluções coletivas para os desafios enfrentados. Este

processo reflexivo é fundamental em cenários de crise, pois promove a aprendizagem contínua e a rápida adaptação a novas realidades, ajudando os profissionais a responder de forma mais eficiente às complexas necessidades dos clientes e dos contextos.

Além disso, a supervisão clínica também proporciona um suporte emocional essencial para os enfermeiros, que durante a pandemia, desempenharam as suas funções sob constante pressão, conseqüente do aumento da carga de trabalho e contínua exposição ao risco de contágio. A supervisão permite criar um ambiente seguro onde os profissionais podem expressar as suas preocupações e angústias, recebendo orientação e apoio dos supervisores e dos pares. Este apoio emocional pode contribuir significativamente para a resiliência dos enfermeiros, ajudando-os a lidar melhor com o impacto psicológico da pandemia e, conseqüentemente, a manter a qualidade dos cuidados prestados.

Outro aspeto importante é o papel da supervisão clínica no desenvolvimento de competências. As rápidas mudanças nas UCIs exigiram dos enfermeiros uma atualização constante de conhecimentos, sobretudo em áreas como o controlo de infeção, o uso de EPIs e a gestão de doentes com patologias respiratórias complexas. A supervisão, através de uma orientação contínua e de oportunidades de aprendizagem prática, facilita o desenvolvimento dessas competências críticas. Ao fornecer feedback construtivo e direcionado, a supervisão clínica ajuda a consolidar novos conhecimentos e a implementar boas práticas, aspeto fundamental para a adaptação às transformações operacionais e para garantir a segurança dos cuidados prestados durante este período.

A supervisão clínica também desempenha um papel vital na promoção da coesão e do trabalho em equipa. Durante a pandemia, a necessidade de reorganizar as equipas e integrar novos profissionais, muitos dos quais sem experiência prévia em cuidados intensivos, criou desafios significativos à dinâmica de trabalho. A supervisão facilita a integração desses profissionais, oferecendo-lhes suporte orientado e criando oportunidades de aprendizagem

colaborativa. Além disso, ao promover a comunicação e a partilha de conhecimentos entre enfermeiros experientes e menos experientes, a supervisão fortalece a cooperação e a confiança dentro das equipas, melhorando a resposta coletiva aos desafios diários.

A nível organizacional, a supervisão clínica pode contribuir para uma gestão de recursos humanos e materiais mais eficaz. Durante a pandemia, a escassez de recursos e a sobrecarga dos serviços tornaram evidente a necessidade de uma supervisão que não só oriente os profissionais na prestação de cuidados, mas também colabore na resolução de problemas organizacionais, garantindo a segurança e a qualidade dos serviços. Desta forma, a supervisão possibilita a identificação das necessidades formativas dos enfermeiros e, por conseguinte, facilita a definição de estratégias e a gestão dos recursos para a otimização das mesmas, permitindo ainda a adequação da alocação dos profissionais face à sua experiência, aos seus interesses e preferências, e às suas necessidades.

Por fim, a supervisão clínica, quando devidamente institucionalizada, constitui uma ferramenta estratégica para a capacitação dos enfermeiros em futuras crises de saúde pública. A pandemia de COVID-19 demonstrou que os sistemas de saúde devem estar preparados para responder rapidamente a mudanças emergentes, e a supervisão clínica desempenha um papel central nesse processo de preparação. Através da formação contínua, do suporte emocional e da promoção da reflexão crítica, a supervisão não só melhora a resposta dos enfermeiros durante as crises, como também contribui para a construção de equipas mais resilientes, competentes e adaptáveis.

Neste período pós-pandemia, importa definir estratégias, desenvolver programas e a implementar modelos de supervisão adaptados a eventos críticos e ao contexto dos SMI, por forma a capacitar os enfermeiros das UCI e dar resposta às necessidades e dificuldades sentidas nesses períodos. Após esta crise pandémica, tendo por base os resultados obtidos neste e noutros estudos, que comprovam evidentes carências em termos de supervisão, modelos como o Modelo SafeCare podem ser implementados nas UCIs, por

forma a responder às necessidades dos enfermeiros, não só durante eventos críticos, mas também no dia-a-dia destes serviços.

Relativamente às limitações deste estudo, o momento da recolha de dados pode ser considerado uma potencial restrição. Caso os dados tivessem sido recolhidos durante a pandemia, os resultados poderiam ter sido diferentes. Uma vez que os *focus groups* ocorreram posteriormente, aproximadamente três anos após o início da pandemia, os enfermeiros tiveram de relembrar acontecimentos passados, o que pode ter levado à omissão de detalhes importantes. No entanto, dado que, à data da recolha, os enfermeiros já não estavam sob tanta pressão, isso pode ter facilitado uma reflexão mais ponderada sobre as suas experiências nas UCIs COVID-19.

Em suma, os resultados deste estudo demonstraram que a supervisão clínica em enfermagem tem um potencial significativo para melhorar a resposta dos enfermeiros às transformações nas UCIs provocadas pela pandemia de COVID-19. Para que esse potencial seja plenamente realizado, é necessário que a supervisão seja reforçada, estruturada e integrada de forma sistemática nas práticas institucionais. Ao proporcionar um espaço de aprendizagem contínua, apoio emocional e desenvolvimento de competências, a supervisão clínica pode ser uma ferramenta essencial para fortalecer a enfermagem em contextos de elevada pressão, garantindo simultaneamente a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Sinais Vitais.

Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas.* Formasau.

Abreu, W., & Marrow, C. (2012). Clinical Supervision in Nursing Practice: a comparative study in Portugal and the United Kingdom. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 11(2), 16–24.
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/285/255>

Aloweni, F., Ayre, T. C., Teo, I., Tan, H. K., & Lim, S. H. (2022). A year after COVID-19: Its impact on nurses' psychological well-being. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2585–2596.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13814>

Alves, C., & Pacheco, A. (2016). A informação como suporte à supervisão de pares em enfermagem. *Millenium - Journal of Education Technologies and Health*, 2(1), 41–51.
<https://doi.org/10.29352/mill0201.08.0000>

Arabi, Y. M., Azoulay, E., Al-Dorzi, H. M., Phua, J., Salluh, J., Binnie, A., Hodgson, C., Angus, D. C., Cecconi, M., Du, B., Fowler, R., Gomersall, C. D., Horby, P., Juffermans, N. P., Kesecioglu, J., Kleinpell, R. M., Machado, F. R., Martin, G. S., Meyfroidt, G., & Rhodes, A. (2021). How the COVID-19 pandemic will change the future of critical care. *Intensive Care Medicine*, 47(3), 282–291.
<https://doi.org/10.1007/s00134-021-06352-y>

Arcadi, P., Simonetti, V., Ambrosca, R., Cicolini, G., Simeone, S., Pucciarelli, G., Alvaro, R., Vellone, E., & Durante, A. (2021). Nursing during the COVID-19 outbreak: a phenomenological study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1111–1119. <https://doi.org/10.1111/jonm.13249>

Arsenault, C., Gage, A., Kim, M. K., Kapoor, N. R., Akweongo, P., Amponsah, F., Aryal, A., Asai, D., Awoonor-Williams, J. K., Ayele, W., Bedregal, P., Doubova, S. V., Dulal, M., Gadeka, D. D., Gordon-Strachan, G., Mariam, D. H., Hensman, D., Joseph, J. P., Kaewkamjornchai, P., ... Kruk, M. (2022). COVID-19 and resilience of healthcare systems in ten countries. *Nature Medicine*, 28, 1314–1324. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01750-1>

Azevedo, V., Carvalho, M., Costa, F., Mesquita, S., Soares, J., Teixeira, F., & Maia, Â. (2017). Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. *Revista de Enfermagem Referência, Série* IV(14), 159–168. <https://doi.org/10.12707/riv17018>

Aziz, S., Arabi, Y. M., Alhazzani, W., Evans, L., Citerio, G., Fischkoff, K., Salluh, J., Meyfroidt, G., Alshamsi, F., Oczkowski, S., Azoulay, E., Price, A., Burry, L., Dzierba, A., Benintende, A., Morgan, J., Grasselli, G., Rhodes, A., Møller, M. H., & Chu, L. (2020). Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines. *Intensive Care Medicine*, 46(7), 1–23. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06092-5>

Bardin, L. (2020). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Barbosa, R. (2014). Práticas de Supervisão de Estudantes de Enfermagem no Serviço de Cirurgia Vasculuar (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9505>

Barroso, C., Carvalho, L., Augusto, C., Teixeira, L., Teixeira, A., & Rocha, I. (2020). Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem - modelo SAFECARE. *Revista ROL de Enfermería*, 43(1), 50–85. <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/01/Implementacao-de-un-modelo-de-supervisao-1.pdf>

Bergman, L., Falk, A., Wolf, A., & Larsson, I. (2021). Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in Critical Care*, 26(6). <https://doi.org/10.1111/nicc.12649>

Bifarin, O., & Stonehouse, D. (2017). Clinical Supervision: an important part of every nurse's practice. *British Journal of Nursing*, 26(6), 331–335. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.6.331>

Bishop, V. (1998). *Clinical Supervision in Practice - Some questions, answers and guidelines*. Macmillan Press LTD.

British Medical Association. (2022). *BMA Covid Review 3: Delivery of healthcare during the pandemic*. <https://www.bma.org.uk/media/5816/bma-covid-review-report-3-june-2022.pdf>

- Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 86–94.
https://www.researchgate.net/publication/230802446_The_effectiveness_of_clinical_supervision_in_nursing_An_evidence-based_literature_review
- Bruyneel, A., Gallani, M.-C., Tack, J., d'Hondt, A., Canipel, S., Franck, S., Reper, P., & Pirson, M. (2020). Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62(102967).
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102967>
- Bulman, C., Forde-Johnson, C., Griffiths, A., Hallworth, S., Kerry, A., Khan, S., Mills, K., & Sharp, P. (2016). The development of peer reflective supervision amongst nurse educator colleagues: An action research project. *Nurse Education Today*, 45, 148–155.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.07.010>
- Butterworth, T. (2022). What is clinical supervision and how can it be delivered in practice? *Nursing Times*, 118(2), 20–22.
<https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2022/01/220119-What-is-clinical-supervision-and-how-can-it-be-delivered-in-practice.pdf>
- Cadge, W., Lewis, M., Bandini, J., Shostak, S., Donahue, V., Trachtenberg, S., Grone, K., Kacmarek, R., Lux, L., Matthews, C., McAuley, M. E., Romain, F., Snydeman, C., Tehan, T., & Robinson, E. (2021). Intensive Care Unit Nurses living through COVID-19: a qualitative Study. *Journal of Nursing Management*, 29(7).
<https://doi.org/10.1111/jonm.13353>

Calkins, K., Guttormson, J., McAndrew, N. S., Losurdo, H., Loonsfoot, D., Schmitz, S., & Fitzgerald, J. (2023). The early impact of COVID-19 on Intensive Care Nurses' personal and professional well-being: a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 76(103388). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103388>

Care Quality Commission. (2013). *Supporting information and guidance: Supporting effective clinical supervision*. 1–14. https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20140716012258/http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/20130625_800734_v1_00_supporting_information-effective_clinical_supervision_for_publication.pdf

Carenzo, L., Elli, D., Mainetti, M., Costantini, E., Rendiniello, V., Protti, A., Sartori, F., & Cecconi, M. (2020). A dedicated multidisciplinary safety briefing for the COVID-19 critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 60. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102882>

Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://safecare.esenf.pt/wp-content/uploads/2019/06/SafeCare-EBook.pdf>

Carvalho, M., Abreu, W., & Cruz, S. (2015). Supervisão clínica em enfermagem: uma análise exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos. In *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferência* (pp. 178–184). Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf

- Carter, C., & Notter, J. (2020). COVID-19 disease: a critical care perspective. *Clinics in Integrated Care*, 1. <https://doi.org/10.1016/j.intcar.2020.100003>
- Castro, A. G., Acha, P. E., Peñasco, Y., Leizaola, O., Sánchez, V., & Lorenzo, A. G. de . (2020). Cuidados intensivos durante la epidemia de coronavirus 2019. *Medicina Intensiva*, 44(6), 351–362. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.03.001>
- Catling, C., Donovan, H., Phipps, H., Dale, S., & Chang, S. (2022). Group clinical supervision for midwives and burnout: a cluster randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(309), 1–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-022-04657-4>
- Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Rajabi, M. R., & Kakemam, E. (2021). Experiences of critical care nurses fighting against COVID-19: a qualitative phenomenological study. *Nursing Forum*, 56(3), 571–578. <https://doi.org/10.1111/nuf.12583>
- Conz, C., Braga, V., Vasconcelos, R., Machado, F., Jesus, M., & Merighi, M. (2021). Vivência de enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva com pacientes infectados pela COVID-19. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0194>
- Cook, T. M. (2020). Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic - a narrative review. *Anaesthesia*, 75(7), 920–927. <https://doi.org/10.1111/anae.15071>

Cori, A., Ferguson, N. M., Fraser, C., & Cauchemez, S. (2013). A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. *American Journal of Epidemiology*, 178(9), 1505–1512.

<https://doi.org/10.1093/aje/kwt133>

Costa, D. K., Wright, N. C., Hashem, O., Posa, A. M., Juno, J., Brown, S., Blank, R., & McSparron, J. I. (2023). Team dynamics in a COVID-19 intensive care unit: a qualitative study. *Australian Critical Care*, 36, 99–107.

<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.11.001>

Cruz, S. (2012). Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.

<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12619>

Cutcliffe, J., Butterworth, T., & Proctor, B. (2001). *Fundamental themes in clinical supervision*. Routledge.

Cutcliffe, J., & Proctor, B. (1998). An alternative training approach to clinical supervision: 1. *British Journal of Nursing*, 7(5), 280–285.

<https://doi.org/10.12968/bjon.1998.7.5.280>

Cutcliffe, J., & Proctor, B. (1998). An alternative training approach to clinical supervision: 2. *British Journal of Nursing*, 7(6), 345–350.

<https://doi.org/10.12968/bjon.1998.7.6.5734>

Danielis, M., Peressoni, L., Piani, T., Colaetta, T., Mesaglio, M., Mattiussi, E., & Palese, A. (2021). Nurses' experiences of being recruited and transferred to a new sub-intensive care unit devoted to COVID-19 patients. *Journal of Nursing Management*, 29(5).
<https://doi.org/10.1111/jonm.13253>

Dhala, A., Sasangohar, F., Kash, B., Ahmadi, N., & Masud, F. (2020). Rapid implementation and innovative applications of a virtual Intensive Care Unit during the COVID-19 Pandemic: case study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9).
<https://doi.org/10.2196/20143>

Díaz, C., Egide, A., Berry, A., Rafferty, M., Amro, A., Tesorero, K., Shapiro, M. J., Ko, B., Jones, W. C., Slocum, J. D., Johnson, J. K., & Stey, A. M. (2023). Defining conditions for effective interdisciplinary care team communication in an open surgical intensive care unit: a qualitative study. *BMJ Open*, 13(12).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075470>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Norma 005/2020 - COVID-19: Fase de Mitigação: Resposta em Medicina Intensiva*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17911/norma-n%C2%BA-005-2020-covid-19-fase-de-mitiga%C3%A7%C3%A3o-resposta-em-medicina-intensiva.pdf>

Direção-Geral de Saúde. (2021). *Orientação 003/2021 - Campanha de Vacinação Contra a COVID-19: Centros de Vacinação COVID-19*.
https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/04/Orientacao_003_02032021_pdf-484kb.pdf

Doody, O., Markey, K., Turner, J., Donnell, C. O., & Murphy, L. (2024). Clinical supervisor's experiences of peer group clinical supervision during COVID-19: a mixed methods study. *BMC Nursing*, 23(612). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02283-3>

Dowdy, D., & D'Souza, G. (2020). *COVID-19 Testing: understanding the "percent positive."* Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. <https://publichealth.jhu.edu/2020/covid-19-testing-understanding-the-percent-positive>

Esmaeili, M., Cheraghi, M. A., & Salsali, M. (2017). Explaining the context of Patient-Centered Care in critical care units. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 27(3), 17–26. <https://doi.org/10.18869/acadpub.hnmj.27.3.17>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2021). *Objectives of vaccination strategies against COVID-19.* ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Objectives-of-vaccination-strategies-against-COVID-19.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Interim analysis of COVID-19 vaccine effectiveness against Severe Acute Respiratory Infection due to laboratory-confirmed SARS-CoV-2 among individuals aged 20 years and older, ECDC multi-country study – fourth update.* ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-vaccine-individuals-20-years-fourth-update-march-2023.pdf>

Fernández-Castillo, R., González-Caro, M., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A., & Garnacho-Montero, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 397–406. <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>

Fernández-Martínez, E., Mapango, E. A., Martínez-Fernández, M. C., & Valle-Barrio, V. (2022). Family-centred care of patients admitted to the intensive care unit in times of COVID-19: a systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103223>

Filip, R., Puscaselu, R., Anchidin-Norocel, L., Dimian, M., & Savage, W. (2022). Global challenges to public health care systems during the COVID-19 Pandemic: a review of pandemic measures and problems. *Journal of Personalized Medicine*, 12(8). <https://doi.org/10.3390/jpm12081295>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta.

Fowler, J. (2014). Clinical supervision: from staff nurse to nurse consultant. Part 12: series summary. *British Journal of Nursing*, 23(2), 114. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.2.114>

Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais. (2020). *Medidas de política económica em resposta à COVID-19*. Ministério das Finanças. <https://www.gpeari.gov.pt/pt/web/pt/medidas-politica-pt?inheritRedirect=true>

Gareau, S., de Oliveira, É. M., & Gallani, M. C. (2021). Humanization of care for adult ICU patients. *JBIC Evidence Synthesis*, 20(2), 647–657. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00481>

Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem: perspectivas práticas*. Universidade de Aveiro.

Gianicolo, E., Riccetti, N., Blettner, M., & Karch, A. (2020). Epidemiological measures in the context of the COVID-19 Pandemic. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(19), 336–342. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0336>

Goh, K. J., Wong, J., Tien, J.-C., Ng, S. Y., Duu Wen, S., Phua, G. C., & Leong, C. K.-L. (2020). Preparing your intensive care unit for the COVID-19 pandemic: practical considerations and strategies. *Critical Care*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02916-4>

Gordon, J. M., Magbee, T., & Yoder, L. H. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 59. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>

Gualandi, R., Ivziku, D., Caruso, R., Di Giacinto, C., Lommi, M., Tartaglino, D., & De Benedictis, A. (2023). Nurse–Patient communication and relationship when wearing personal protective equipment: nurses’ experience in a COVID-19 ward. *Healthcare*, 11(13). <https://doi.org/10.3390/healthcare11131960>

Haileamlak, A. (2021). The impact of COVID-19 on health and health systems. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(6), 1073–1074. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i6.1>

Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A.-S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S. M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G. K., Panjabi, R., Nordström, A., & Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27(6), 964–980.
<https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>

Halpern, S. D., & Miller, F. G. (2020). The urge to build more Intensive Care Unit beds and ventilators: intuitive but errant. *Annals of Internal Medicine*, 173(4), 302–303.
<https://doi.org/10.7326/m20-2071>

Hardy, M., & Debbage, S. (2016). *Guidance for Undertaking Clinical Supervision*. Doncaster and Bassetlaw Hospitals.
<https://www.dbth.nhs.uk/document/guidance-undertaking-clinical-supervision/>

Hennus, M. P., Young, J. Q., Hennessy, M., Friedman, K. A., de Vries, B., Hoff, R. G., O'Connor, E., Patterson, A., Curley, G., Thakker, K., van Dam, M., van Dijk, D., van Klei, W. A., & ten Cate, O. (2021). Supervision, interprofessional collaboration, and patient safety in Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic. *ATS Scholar*, 2(3), 397–414.
<https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2020-0165OC>

Hoguane, A. M., Priya, K. L., Haddout, S., & Ljubenkova, I. (2021). Effect of preventive measures in the containment of SARS-CoV-2 epidemic: a comparative study. *Health Care for Women International*, 42(3), 288–303.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1876066>

Hoogendoorn, M. E., Brinkman, S., Bosman, R. J., Haringman, J., de Keizer, N. F., & Spijkstra, J. J. (2021). The impact of COVID-19 on nursing workload and planning of nursing staff on the Intensive Care: a prospective descriptive multicenter study. *International Journal of Nursing Studies*, 121(104005).
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104005>

Igra, A., McGuire, H., Naldrett, I., Cervera-Jackson, R., Lewis, R., Morgan, C., & Thakuria, L. (2020). Rapid deployment of virtual ICU support during the COVID-19 pandemic. *Future Healthcare Journal*, 7(3), 181–184.
<https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0157>

Imbriaco, G., Monesi, A., & Ferrari, P. (2021). Nursing perspectives from an Italian ICU. *Nursing*, 51(1), 46–51.
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000724372.73357.bf>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020). *Instituto Ricardo Jorge sequencia genoma de coronavírus associado aos dois primeiros casos de Covid-19 em Portugal*.
<https://www.insa.min-saude.pt/instituto-ricardo-jorge-sequencia-genoma-de-coronavirus-associado-aos-dois-primeiros-casos-de-covid-19-em-portugal/>

International Council of Nurses. (2020). *COVID-19 and the international supply of nurses*. ICN.
https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-07/COVID19_internationalsofsupplyofnurses_Report_FINAL.pdf

Jassar, A. S., Perkins, K. E., & Sundt, T. M. (2020). Teamwork in the time of coronavirus: the MGH experience. *Journal of Cardiac Surgery*, 36(5).
<https://doi.org/10.1111/jocs.15036>

- Kang, Y., & Shin, K. R. (2020). COVID-19: Korean nurses' experiences and ongoing tasks for the pandemic's second wave. *International Nursing Review*, 67(4), 445–449.
<https://doi.org/10.1111/inr.12644>
- Kaye, A., Okeagu, C., Pham, A., Silva, R., Hurley, J., Arron, B., Sarfraz, N., Lee, H., Ghali, G., Gamble, J., Liu, H., Urman, R., & Cornett, E. (2020). Economic impact of COVID-19 Pandemic on health care facilities and systems: international perspectives. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 35(3).
<https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.009>
- Khedkar, P. H., & Patzak, A. (2020). SARS-CoV-2: What do we know so far? *Acta Physiologica*, 229(2).
<https://doi.org/10.1111/apha.13470>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: a Practical Guide for Applied Research* (5th ed.). Sage.
- Lal, A., Ashworth, H., Dada, S., Hoemeke, L., & Tambo, E. (2020). Optimizing pandemic preparedness and response through health information systems: lessons learned from Ebola to COVID-19. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(1), 333–340.
<https://doi.org/10.1017/dmp.2020.361>
- Lessa, A., Bitercourt, V., Crestani, F., Andrade, G., Costa, C., & Garcia, P. (2022). Impact of the COVID-19 Pandemic on Patient- and Family-Centered Care and on the mental health of health care workers, patients, and families. *Frontiers in Pediatrics*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fped.2022.880686>

- Lima, A., Moreira, M. T., Fernandes, C., Ferreira, M. S., Ferreira, M., Teixeira, J., Silva, M., Parola, V., & Coelho, A. (2023). The burnout of nurses in Intensive Care Units and the impact of the SARS-CoV-2 Pandemic: a scoping review. *Nursing Reports*, 13, 230–242. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010022>
- Lin, Y., Tang, C., Tamin, V., Tan, L., & Chan, E. (2021). The hand-brain-heart connection: ICU nurses' experience of managing patient safety during COVID-19. *Nursing in Critical Care*, 27(5), 689–697. <https://doi.org/10.1111/nicc.12710>
- Loveday, H., & Wilson, J. (2021). Pandemic preparedness and the role of infection prevention and control – how do we learn? *Journal of Infection Prevention*, 22(2), 55–57. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/17571774211001040>
- Lucchini, A., Iozzo, P., & Bambi, S. (2020). Nursing workload in the COVID-19 ERA. *Intensive and Critical Care Nursing*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102929>
- Lynch, L., Hancox, K., Happell, B., & Parker, J. (2008). *Clinical Supervision for Nurses*. Wiley-Blackwell.
- Lyth, G. M. (2000). Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 722–729. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01329.x>
- Mackereth, P. (1997). Clinical supervision for “potent” practice. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 3(2), 38–41. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1353-6117\(97\)80004-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1353-6117(97)80004-2)

- Maghsoodi, E., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2023). Nurses' perception of work and life under COVID-19 pandemic conditions: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1292664. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1292664>
- Mahendradhata, Y., Andayani, N., Hasri, E., Arifi, M., Siahaan, R., Solikha, D., & Ali, P. (2021). The capacity of the Indonesian Healthcare System to respond to COVID-19. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.649819>
- Martin, P., Kumar, S., Tian, E., Argus, G., Kondalsamy-Chennakesavan, S., Lizarondo, L., Gurney, T., & Snowdon, D. (2022). Rebooting effective clinical supervision practices to support healthcare workers through and following the COVID-19 pandemic. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(2), 1–3. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac030>
- Martin, P., & Snowdon, D. (2020). Can clinical supervision bolster clinical skills and well-being through challenging times? *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2781–2782. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.14483>
- Mathieu, E., Ritchie, H., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Hasell, J., Macdonald, B., Dattani, S., Beltekian, D., Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2023). *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

- Mendes, J., Mergulhão, P., Froes, F., Paiva, J. A., & Gouveia, J. (2020). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. https://www.spci.pt/media/covid-19/COVID_19_R.pdf
- Moradi, Y., Baghaei, R., Hosseingholipour, K., & Mollazadeh, F. (2021). Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: a qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1159–1168. <https://doi.org/10.1111/jonm.13254>
- Moraes, E., Almeida, L., & Giordani, E. (2020). COVID-19: Cuidados de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Scientia Medica*, 30(1), 1–11. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2020.1.38468>
- Mottershead, R. (2021). Maintaining resilience through restorative clinical supervision during the Covid 19 pandemic within acute mental health services in Wales, United Kingdom. *Bioscience Research*, 18, 67–71. [https://www.isisn.org/BR18\(SI-1\)2021/67-71-18\(SI-1\)2021BR21-SI-3.pdf](https://www.isisn.org/BR18(SI-1)2021/67-71-18(SI-1)2021BR21-SI-3.pdf)
- Mustafa, S., Zhang, Y., Zibwowa, Z., Seifeldin, R., Ako-Egbe, L., McDarby, G., Kelley, E., & Saikat, S. (2022). COVID-19 Preparedness and Response Plans from 106 countries: a review from a health systems resilience perspective. *Health Policy and Planning*, 37(2), 255–268. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab089>

National Council for Professional Development of Nursing and Midwifery. (2008). *Clinical Supervision: a structured approach to best practice*. <https://www.pna.ie/images/ncnm/Clinical%20Supervision%20Disc%20paper%202008.pdf>

Nuñez, D., Gouveia, J., Almeida e Sousa, J. P., Paiva, J. A., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). *Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. In https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf. Administração Central do Sistema de Saúde.

Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L., & Zoran, A. G. (2009). A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3). <https://doi.org/10.1177/160940690900800301>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional*. <https://silo.tips/download/caderno-tematico-modelo-de-desenvolvimento-profissional>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República: 2.ª série - n.º 35 - 18 de fevereiro de 2011, 8656 - 8657*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 366/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. *Diário da República: 2.ª série - n.º 113 - 14 de junho de 2018*, 16656-16663.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/06/113000000/1665616663.pdf>

Ordem dos Médicos. (2021). *Ordem dos Médicos e Instituto Superior Técnico apresentam novo indicador para avaliar impacto da pandemia na saúde.*

<https://ordemdosmedicos.pt/ordem-dos-medicos-e-instituto-superior-tecnico-apresentam-novo-indicador-para-avaliar-impacto-da-pandemia-na-saude/>

Organização Mundial da Saúde. (2020a). *Clinical management of COVID-19: interim guidance, 27 May 2020.* OMS.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organização Mundial da Saúde. (2020b). *Coronavirus disease (COVID-19): Situation Report – 111.* OMS.

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200510covid-19-sitrep-111.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2020c). *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance, 7 March 2020.* OMS.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331422/WHO-COVID-19-Community_Actions-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial da Saúde. (2022a). *Clinical care of severe acute respiratory infections: tool kit - update 2022.* OMS.

<https://www.who.int/publications/i/item/clinical-care-of-severe-acute-respiratory-infections-tool-kit>

Organização Mundial da Saúde. (2022b). *Clinical management of COVID-19: living guideline, 15 september 2022.* OMS.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/362783>

Organização Mundial da Saúde. (2022c). *Global Covid-19 Vaccination Strategy in a Changing World.* OMS.
<https://www.who.int/publications/m/item/global-covid-19-vaccination-strategy-in-a-changing-world--july-2022-update>

Organização Mundial da Saúde. (2022d). *Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): A living guideline, 7 March 2022.* OMS.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-ipc-guideline-2022.1>

Organização Mundial da Saúde. (2023a). *Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19.* OMS.
<https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>

Organização Mundial da Saúde. (2023b). *From emergency response to long-term COVID-19 disease management: sustaining gains made during the COVID-19 pandemic.* OMS.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-SPP-2023.1>

Organização Mundial da Saúde. (2023c). *Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic*. OMS.

[https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)

Organização Mundial da Saúde. (2023d). *WHO COVID-19 dashboard*. OMS.
<https://covid19.who.int/>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2022). *First lessons from government evaluations of COVID-19 responses: A synthesis*. OCDE.

https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1125_1125436-7j5hea8nk4&title=First-lessons-from-government-evaluations-of-COVID-19-responses

Padilha, J., & Silva, R. (2020). Impacte da pandemia por COVID-19 nos Enfermeiros de Reabilitação portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 102–107.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.15.5842>

Peralta-Santos, A., Nunes, B., Gomes, B. M., Nunes, C., Antunes, C., Gouveia, J., Gomes, M. C., & Felgueiras, Ó. (2021). *Linhas Vermelhas – Epidemia de infeção por SARS-CoV-2/ COVID-19*.
https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/COVID19_LinhasVermelhas.pdf

- Pereira, J., Oliveira, P., Filho, F., Alves, M., Carvalho, R., & Santos, B. (2023). Para além do imaginável: experiências vividas por profissionais de saúde em UTI durante a pandemia da Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333063>
- Phua, J., Weng, L., Ling, L., Egi, M., Lim, C.-M., Divatia, J. V., Shrestha, B. R., Arabi, Y. M., Ng, J., Gomersall, C. D., Nishimura, M., Koh, Y., & Du, B. (2020). Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5), 506–517. [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(20\)30161-2](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(20)30161-2)
- Pinto, D. (2013). Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9389>
- Pinto, D., Santos, M. R., & Pires, R. (2017). Relevance of indicators of clinical supervision strategies in nursing. *Rev Rene*, 18(1), 19–25. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100004>
- Pires, R., Carvalho, A. I., & Reis Santos, M. (2021). Contributos da supervisão clínica na integração de enfermeiros. *VII Jornada Internacional de Enfermagem*. <http://doi.org/10.48195/jie2021-164>

Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Rocha, I. (2016). *Most Relevant Clinical Supervision Strategies In Nursing Practice* [Conference Paper]. icH&Hpsy 2016: 2nd International Conference on Health and Health Psychology, Porto, Portugal. https://www.europeanproceedings.com/files/data/article/43/1020/article_43_1020_pdf_100.pdf

Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021). Estratégias de Supervisão Clínica: Análise crítico-reflexiva das práticas. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(14), 47–55. <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>

Poortaghi, S., Shahmari, M., & Ghobadi, A. (2021). Exploring nursing managers' perceptions of nursing workforce management during the outbreak of COVID-19: A content analysis study. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00546-x>

Presidência da República (2020). Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020. *Diário da República: 1.ª série - n.º 55 - 18 março de 2020*, 13(2)-13(4). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2020/03/05503/0000200004.pdf>

Qiu, H., Tong, Z., Ma, P., Hu, M., Peng, Z., Wu, W., & Du, B. (2020). Intensive care during the coronavirus epidemic. *Intensive Care Medicine*, 46(4), 576–578. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05966-y>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.

Rehder, K. J., Adair, K. C., Eckert, E., Lang, R. W., Frankel, A. S., Proulx, J., & Sexton, J. B. (2022). Teamwork before and during COVID-19: the good, the same, and the ugly... *Journal of Patient Safety*, 19(1), 36–41.
<https://doi.org/10.1097/pts.0000000000001070>

Rocha, I. (2013). Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto.
<http://hdl.handle.net/10400.26/9399>

Rocha, I., Santos, M., & Pires, R. (2016). Supervisão à distância em enfermagem: uma realidade desejada pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 95–102.
<https://doi.org/10.12707/RIV16025>

Rocha, I., Santos, M. R., & Pires, R. (2017). Questionnaire for Assessment of Clinical Supervision Strategies in Nursing: Construction and Validation of the Qacssn. *Nursing and Health*, 5(2), 35–38.
<https://doi.org/10.13189/nh.2017.050202>

Rothwell, C., Kehoe, A., Farook, S., & Illing, J. (2019). *The characteristics of effective clinical and peer supervision in the workplace: a rapid evidence review*. Newcastle University.
<https://www.hcpc.uk.org/globalassets/resources/reports/research/effective-clinical-and-peer-supervision-report.pdf>

Rothwell, C., Kehoe, A., Farook, S., & Illing, J. (2021). Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: a rapid evidence review. *BMJ Open*, 11(9), 1–10.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052929>

Ruggeri, M., Signorini, A., Caravaggio, S., Rua, J., Luís, N., Braz, S., & Aragão, F. (2022). Estimation model for healthcare costs and intensive care units access for COVID-19 patients and evaluation of the effects of remdesivir in the Portuguese context: hypothetical study. *Clinical Drug Investigation*, 42(4), 345–354.
<https://doi.org/10.1007/s40261-022-01128-8>

Santana-López, B., Santana-Padilla, Y., Bernat-Adell, M., González-Martín, J., & Santana-Cabrera, L. (2022). The need for psychological support of health workers during the COVID-19 Pandemic and the influence on their work. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19158970>

Sezgin, D., Dost, A., & Esin, M. N. (2021). Experiences and perceptions of Turkish intensive care nurses providing care to Covid-19 patients: A qualitative study. *International Nursing Review*, 69(3), 305–317.
<https://doi.org/10.1111/inr.12740>

Shen, X., Zou, X., Zhong, X., Yan, J., & Li, L. (2020). Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Critical Care*, 24(200).
<https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2>

Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 345–352.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00692.x>

Simões, J. (2004). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem - A Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes (Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Científico de Acesso Aberto.
<http://hdl.handle.net/10773/1393>

- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, *II*(6), 91–108.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2098&id_revista=4&id_edicao=22
- Slettmyr, A., Arman, M., Andermo, S., Malmberg, C., Hällström, Å., Hugelius, K., & Schandl, A. (2022). Intensive care nurses' lived experience of altruism and sacrifices during the Covid-19 pandemic: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, *79*(1), 244–253.
<https://doi.org/10.1111/jan.15467>
- Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing Standard*, *17*(4), 41–46.
<https://doi.org/10.7748/ns2002.10.17.4.41.c3279>
- Stewart, C. (2021). Understanding new nurses' learning experiences in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, *67*.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103094>
- Thusini, S. (2020). Critical care nursing during the COVID-19 pandemic: a story of resilience. *British Journal of Nursing*, *29*(21), 1232–1236.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1232>
- Trentini, F., Marziano, V., Guzzetta, G., Tirani, M., Cereda, D., Poletti, P., Piccarreta, R., Barone, A., Preziosi, G., Arduini, F., Della Valle, P. G., Zanella, A., Grosso, F., del Castillo, G., Castrofino, A., Grasselli, G., Melegaro, A., Piatti, A., Andreassi, A., & Gramegna, M. (2021). Pressure on the Health-Care System and Intensive Care utilization during the COVID-19 outbreak in the Lombardy region of Italy: a retrospective observational study in 43,538 hospitalized patients. *American Journal of*

Epidemiology, 191(1), 137–146.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwab252>

Turale, S., Meechamnan, C., & Kunaviktikul, W. (2020). Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *International Nursing Review*, 67(2), 164–167.
<https://doi.org/10.1111/inr.12598>

van Dam, M., van Hamersvelt, H., Schoonhoven, L., Hoff, R. G., ten Cate, O., & Hennis, M. P. (2023). Clinical supervision under pressure: a qualitative study amongst health care professionals working on the ICU during COVID-19. *Medical Education Online*, 28(1).
<https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2231614>

Vargas, M., De Marco, G., De Simone, S., & Servillo, G. (2020). Logistic and organizational aspects of a dedicated intensive care unit for COVID-19 patients. *Critical Care*, 24(237).
<https://doi.org/10.1186/s13054-020-02955-x>

Vejdani, M., Foji, S., Jamili, S., Salehabadi, R., Adel, A., Ebnehoseini, Z., Aval, S. B., Anjidani, A. A., & Ebrahimipour, H. (2021). Challenges faced by nurses while caring for COVID-19 patients: a qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 10.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1550_20

Vera San Juan, N., Clark, S. E., Camilleri, M., Jeans, J. P., Monkhouse, A., Chisnall, G., & Vindrola-Padros, C. (2022). Training and redeployment of healthcare workers to intensive care units (ICUs) during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMJ Open*, 12.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050038>

- Vidal-Cortés, P., Cruz Martín, M., Díaz, E., Bodí, M., Igeño, J. C., & Garnacho-Montero, J. (2022). Impact of one year of pandemic on Spanish Intensive Care Units. *Revista Española de Quimioterapia*, 35(4), 392–400. <https://doi.org/10.37201/req/025.2022>
- Waele, E. D., Demol, J., Blockeel, C., Vloeberghs, V., & Vos, M. D. (2020). Adaptive strategies for Intensive Care during the spread of COVID-19: the Brussels experience. *ICU Management & Practice*, 20(1), 20–27. <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/adaptive-strategies-for-intensive-care-during-the-spread-of-covid-19-the-brussels-experience>
- White, D. B., & Lo, B. (2021). Mitigating inequities and saving lives with ICU triage during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 203(3), 287–295. <https://doi.org/10.1164/rccm.202010-3809cp>
- Wilson, J. (2021). Infection prevention and control in the COVID-19 pandemic: what have we learnt? *Journal of Infection Prevention*, 22(1), 5–6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1757177420984914>
- Winstanley, J., & White, E. (2003). Clinical Supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 10(4), 7–38. <https://doi.org/10.7748/nr2003.07.10.4.7.c5904>
- Wu, N., Joyal-Desmarais, K., Ribeiro, P., Vieira, A., Stojanovic, J., Sanuade, C., Yip, D., & Bacon, S. (2023). Long-term effectiveness of COVID-19 vaccines against infections, hospitalisations, and mortality in adults: findings from a rapid living systematic evidence synthesis and meta-analysis up to December, 2022. *The Lancet - Respiratory Medicine*, 11(5), 439–452. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00015-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00015-2)

Yuan, L., Chen, S., & Xu, Y. (2020). Donning and doffing of personal protective equipment protocol and key points of nursing care for patients with COVID-19 in ICU. *Stroke and Vascular Neurology*, 5(3), 302–307. <https://doi.org/10.1136/svn-2020-000456>

ANEXOS

Perceção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19:
Contributo da Supervisão Clínica

Perceção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19:
Contributo da Supervisão Clínica

ANEXO I

Questioning Route – Guião para *Focus Group*

Questioning Route

| Blocos Temáticos | Objetivos | Questões |
|---|---|--|
| A. Motivação e legitimação da entrevista | <p>A1. Motivar o participante a colaborar no estudo</p> <p>A2. Legitimar a entrevista</p> | <p>A.1.1. Apresentar a investigadora;</p> <p>A.1.2. Apresentar o estudo e os seus objetivos;</p> <p>A.1.3. Contextualizar a entrevista na investigação;</p> <p>A.1.4. Valorizar o contributo do participante no desenvolvimento do estudo.</p> <p>A.2.1. Assegurar a confidencialidade;</p> <p>A.2.2. Solicitar autorização para a gravação da entrevista em formato áudio;</p> <p>A.2.3. Esclarecer possíveis dúvidas do participante.</p> |
| B. Mudanças nas UCIs | B.1. Identificar as mudanças que ocorreram nas UCIs durante a pandemia pela COVID-19 | B.1.1. Na sua opinião, quais foram as alterações / mudanças que ocorreram no serviço (UCIs) durante esta pandemia pela COVID-19? |
| C. Respostas dos enfermeiros | D.1. Descrever as respostas dos enfermeiros face às mudanças nas UCIs durante a pandemia pela COVID-19 | D.1.1. Tendo em conta as mudanças que identificou no serviço, como é que os enfermeiros se organizaram de modo a dar resposta às solicitações? |
| D. Estratégias de Supervisão | <p>E.1. Identificar as estratégias de supervisão clínica utilizadas durante a pandemia pela COVID-19</p> <p>E.2. Indicar outras estratégias que poderiam ter sido utilizadas durante a pandemia pela COVID-19</p> | <p>E.1.1. Considera nessa sua descrição que existiram algumas estratégias relacionadas com processos de supervisão que foram adotadas?</p> <p>E.1.2. Tendo em conta essas estratégias de SC que identificou, considera que as mesmas facilitaram a adaptação dos enfermeiros às alterações ocorridas nas UCIs durante a pandemia? De que forma?</p> <p>E.2.1. Durante este tempo pandémico, considera que poderiam ter sido implementadas outras estratégias que conseguissem ser mais facilitadoras da adaptação dos enfermeiros às alterações nos serviços? Quais?</p> <p>E.2.2. Neste momento e com o conhecimento que agora tem sobre o que ocorreu nestes últimos dois anos, diga que orientações dava para incorporar num “Programas de intervenção” que facilite a adaptação dos enfermeiros perante as mudanças ocorridas numa situação de pandemia.</p> |
| E. Finalização | <p>F.1. Terminar a entrevista</p> <p>F.2. Agradecer a colaboração do participante</p> | <p>F.1.1. Efetuar a síntese da informação;</p> <p>F.2.1. Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada.</p> |

Perceção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19:
Contributo da Supervisão Clínica

ANEXO II

Transcrição do *Focus Group* – UCI Doenças Infeciosas

Transcrição do *Focus Group*

UCI Doenças Infeciosas

E: A primeira questão que que pretendia fazer é relativa à vossa opinião sobre quais foram as mudanças e alterações que percecionaram que ocorreram no vosso serviço, na unidade de cuidados intensivos das doenças infecciosas, durante o período da pandemia desde o seu início até aos dias de hoje.

DI_E1: O primeiro impacto inicial, na minha opinião, foi em termos de funcionamento do serviço. Foi a necessidade que houve inicial de expansão da unidade. Uma unidade relativamente pequena em termos de lotação, em que o número de camas foi aumentado para instalações não ideais, digamos assim, que, entretanto, foram desenvolvidas e melhoradas. Neste momento, a situação que temos é bem melhor do que o que tínhamos no início. Mas digamos que no início esta situação mexeu um bocado com a equipa, porque passámos de um conceito *open space*, em que víamos todos os doentes que tínhamos a nosso cuidado, para um conceito com quartos fechados sem os devidos equipamentos para ter uma vigilância adequada dos doentes que lá estavam. E isto levantou sempre algumas questões quanto à segurança dos doentes, na equipa. Neste momento a situação, penso que evoluiu bastante.

O: Está-se a referir essencialmente à primeira vaga. Certo?

DI_E1: Sim, sim, na primeira vaga.

O: Vocês são um serviço de infetocontagiosas e, portanto, já estavam digamos habituados a doentes com algum tipo de necessidades de cuidados e algum tipo de controlo (...)

DI_E1: Quer dizer, estávamos. Mas isto levantou o receio todo, mas eu falo por mim. Porque apresentou-se um vírus novo, que provoca uma doença nova, desconhecida, só víamos imagens da China e, posteriormente, da Itália e Espanha. Os colegas usavam EPIs para isolamento, digamos assim, com medidas e precauções adicionais de isolamento totais e é evidente que despoletou muito stress. Um stress acrescido na equipa de enfermagem sem dúvida, cuidar desses doentes.

O: E a equipa estava preparada? Nessa altura, no início?

DI_E1: Na minha opinião, sim. Agora, é o que lhe digo, uma situação desconhecida que levantou muitos receios. Foram muitas as histórias de colegas, profissionais de saúde, que não iam a casa, estiveram ausentes de casa por receio de possivelmente infetar os seus familiares ou conviventes mais próximos, foi sem dúvida uma situação complexa inicialmente, sim. Depois

estes receios foram sendo levantados e diminuíram, mas continua a obrigar a medidas adicionais de cuidado.

DI_E2: No seguimento do que o colega disse, uma das principais medidas foi efetivamente o ajuste do ponto de vista de lotação do serviço. Nós tínhamos uma unidade *open space* para seis camas e tivemos de converter, do dia para a noite, quatro quartos de internamento, sem as mínimas condições logísticas para assegurar doentes de nível três. Quer do ponto de vista de equipamentos, quer do ponto de vista da dimensão e espaço das unidades comprometeram, de alguma forma, a capacidade de trabalho da equipa, que teve de se ajustar a grandes dificuldades estruturais, de equipamentos, que foram tentadas solucionar também quase à velocidade do que nos foi pedido, para converter as unidades. Também tivemos uma ajuda do ponto de vista de aquisição de equipamentos. Claro que todas essas adaptações foram num abrir e fechar de olhos, de conversão de unidades que eram impensáveis para qualquer um de nós, de criar quartos de nível três basicamente do dia para a noite. Para além da necessidade de ajustes de equipamentos e de espaços físicos, a questão das equipas que sofreram alterações: nós tivemos de reforçar a equipa com a vinda de colegas que estavam dispersos na unidade hospitalar, alguns que tinham alguma experiência *backup* no âmbito de intensivos que foram recrutados, que já não estavam atualmente a exercer funções em unidade de cuidados intensivos. Tivemos de lidar com essas dificuldades, de nos adaptarmos à chegada de um número significativo de novos profissionais e isso tem impacto nas equipas também e é uma questão que criou alguma instabilidade, que acaba por criar sempre, apesar da equipa ter uma boa capacidade de receção de recém elementos. Mas não é indiferente, será mais uma dificuldade ao cenário que nós tínhamos, enquanto seres humanos e profissionais de saúde. Apesar de nós sermos, como disse, o serviço de doenças infecciosas e a uma parte da equipa ter tido formação com treino no âmbito da abordagem ao doente com doenças emergentes, nós tivemos de adaptar o cenário que nós treinávamos na possibilidade de receber um doente, por exemplo, com Ébola, face à ausência de conhecimento da doença COVID, nós adaptamos muito a nossa filosofia de prestação de cuidados e no âmbito da segurança do profissional ao modelo que nós vínhamos a treinar no âmbito da abordagem ao doente com uma doença emergente, mais particularmente na abordagem ao doente com Ébola. E, de alguma forma, acabou por ser facilitador e permitiu-nos ter algumas estratégias de abordagem que depois acabaram por ser benéficas para a nossa equipa e permitiu, de alguma forma, dar *backup* às unidades que acabaram por também receber (*doentes*) COVIDs, e acabaram por seguir à semelhança a nossa filosofia de atuação e acabamos por ser quase um exemplo para os serviços que foram criados, quer no âmbito de intensivos, quer de internamento. Enquanto profissionais e enquanto pessoas tivemos de lidar com os nossos medos, uma coisa é conceber e treinarmos para uma coisa hipotética, outra coisa é defrontarmo-nos com uma realidade que nos é completamente nova, e que nos faz lidar muito com os nossos receios como pessoas, com os nossos medos. A questão que o colega falou, que muitos colegas optaram, no contexto familiar, por se afastar do seu seio familiar com o intuito de os proteger. Porque nós éramos considerados “linha da frente” e estávamos extremamente

expostos ao que era desconhecido para todos. E criou, de alguma forma, bastante sofrimento psicológico, não sei se estou a exagerar na terminologia, mas que eu senti que, para alguns colegas, acabou por ter um peso bastante significativo, e acho que estas palavras não são “demasiado”. Também fomos resilientes, o trabalho em equipa ajudou a superar muitas das dificuldades. O trabalho em equipa multidisciplinar permitiu-nos ajudar a superar todas as dificuldades que foram surgindo. Umas melhores do que outras, e acho que, de uma forma geral, o grupo sente-se orgulhoso pela sua capacidade, pela sua determinação e pelo empenho que teve.

DI_E3: Gostava só de realçar um outro ponto que acho que foi deveras dos mais críticos e que introduziram mudanças no serviço que ainda hoje persistem, que foi, nomeadamente, logo na altura inicial, a gestão dos EPIs. A questão dos Equipamentos de Proteção Individual foi uma situação muito, muito importante, uma situação que era até difícil de resolver, porque ninguém sabia ao certo o que era preciso utilizarmos para combater o COVID-19. Caiu-se inicialmente um bocadinho no exagero, uma vez que víamos outros países a fazerem medidas absolutas, que nem era suposto (...) Não seria o que estaria preconizado para a doença em questão, mas o medo acaba por ser inimigo da consciência e nessa altura toda a gente queria estar protegida com o máximo de EPIs que tivesse. Isso foi um problema inicial, e foi diminuindo ao longo do tempo. O que acontece é que, hoje em dia, já temos uma visão diferente da situação, mas ainda se mantém uma alteração, que ainda usamos máscara cirúrgica em contexto hospitalar em todos os lados. Ainda não se voltou atrás nessa pequena nuance. Não sei se iremos voltar ou não, se é uma questão que depois os peritos vão decidir, mas é uma coisa que ficou e ainda persiste.

Depois a questão da expansão que havia necessidade de expandir, é uma coisa que também foi muito importante, e acabou por se trabalhar em algumas condições que na altura não seriam as melhores. Introduziu-se, nestes contextos, a videovigilância nos serviços, que era uma coisa que, tirando psiquiatria, não conheço mais serviços que utilizassem a videovigilância. Introduziu-se por forma de salvaguardar o doente. E o que é certo, é que o COVID também já está em fase de quase, praticamente, não digo extinção, porque possivelmente não vai ser extinto, mas está numa fase em que já está banalizado, mas a videovigilância manteve-se, pelo que tenho conhecimento, em vários serviços hospitalares. E não sei se será para continuar ou não, em princípio pelo que me parece, será para continuar. Também é outra novidade que trouxe e acho que é pertinente.

Em relação ao resto das coisas, acho que já foram ditas a maior parte das coisas, acho que inicialmente era uma situação que trazia algum medo. A gente estava preparada porque, na teoria, sabíamos perfeitamente como lidar com uma situação do género, mas quando chega a altura de verdadeiramente pôr em prática, é sempre uma situação nova e que exige coragem, coisas que são desconhecidas trazem sempre algum medo à mistura.

E: Face a estas mudanças que foram apresentadas pelos colegas, queria também perceber qual é a vossa opinião relativa ao modo como a equipa de enfermagem acabou por se organizar e

por se adaptar a estas mudanças. Que de tipo de estratégias é que foram utilizadas e que facilitaram todo este processo e toda esta adaptação a esta nova realidade que foi vivida na vossa unidade.

DI_E1: Eu acho que, em grande parte, as coisas correram bem, de uma forma geral, com alguns percalços no caminho. Dentro da equipa de enfermagem acho que há um grande espírito de altruísmo. Se não fosse este espírito de altruísmo, de pô-los (*doentes*) muitas vezes à frente, digamos que não cuidamos tão bem de nós como dos nossos doentes. Acho que este espírito de altruísmo potenciou muito o funcionamento da equipa. Porque lembro-me em que havia situações como as pausas para comer, as pausas para fazermos qualquer coisa eram mínimas. Eu ainda me recordo de cenários da primeira e segunda vaga, em que as pessoas estavam a almoçar ou jantar em cinco minutos, parecia quase uma situação de guerra. Não sei como é que é estar numa guerra, mas o contexto que se vivia era quase de uma guerra. E acho que foi essencialmente isto. Foi, sem dúvida, um momento com uma carga de trabalho muito mais aumentada. Com turnos, com jornadas longas, com um horário muito mais carregado que o habitual e num contexto de stress. E eu acho que isto refletiu-se. Isto não mata, mas mói. E eu acho que durante um longo tempo, após esta fase, as pessoas ainda se sentem cansadas, ainda se sentem (...) digamos, além de cansadas, terão sido pouco reconhecidas pelo que fizeram também, em algumas situações. Mas acima de tudo, acho que correu bem, devido a este sentimento de altruísmo. De entregarmos o melhor que sabemos fazer e prestarmos os nossos melhores cuidados.

DI_E4: Agora que estamos a falar de estratégias, só queria dar uma ressalva. Foi uma situação difícil, o que os doentes passaram por não terem familiares a irem visitá-los. E acho que fomos, não sei se estarei enganada, um dos primeiros serviços a criar a videochamada. Tivemos um tablet onde permitíamos a videochamada para que os familiares comunicassem com os doentes. Mas isto já numa fase mais a frente. No início, pelos medos e receios, isso nem sequer era questionado. Não havia visitas e eram os médicos que davam as informações aos familiares. Mas *à posteriori* fomos um dos primeiros serviços, ou não sei se o primeiro, em que fazíamos videochamadas para quebrar um bocadinho essa ausência, de eles se sentirem abandonados. Muitos dos doentes referiam que sentiam que as famílias que os tinham abandonado. E também, penso eu, que fomos um dos primeiros serviços a deixar os familiares virem visitar, claro, com as devidas precauções. Era isso que eu queria acrescentar sobre as estratégias adotadas para minimizar o sofrimento dos doentes.

DI_E5: Em relação às visitas, quando se previa que a situação era irreversível para o doente em fase terminal, que se previa que não havia mais nada a oferecer ao doente, eram permitidas. Permitíamos que a família se despedisse do doente. Se houvesse tempo para isso, era permitido. Não havia aquela visita regular, que não era permitida, mas em situações terminais, abríamos

essa exceção, não deixávamos o doente partir sem a família se despedir ou estar com o doente. Era uma exceção em relação às visitas que queria acrescentar.

DI_E2: Ainda sobre as estratégias, a questão das visitas e de permitir que familiares se viessem despedir em situações terminais, foi possível e eu acho que ajudou em muito a equipa a ir buscar o lado humano, que parecia esquecido e que é determinante no âmbito na prestação de cuidados de enfermagem e sem o qual nós não nos reconhecemos. E o permitir isso deu-nos um bocadinho de alento dentro do que é nosso quadro concetual.

Queria voltar a frisar, a questão de, sobretudo nas primeiras semanas, atrever-me-ia a dizer os primeiros meses que foram marcantes, do contínuo trabalho sob pressão e sob stress. Eu diria que os primeiros 3 ou 4 meses foram qualquer coisa indescritível, pouco recomendado para qualquer profissional. Infelizmente, como nem sequer tivemos a visibilidade que nos era merecida, não que nós tivéssemos à espera, porque está muito da nossa condição este ato de altruísmo e de fazermos as coisas pelo princípio em que acreditamos, mas que era merecido. Quer do ponto de vista institucional, quer do ponto de vista da sociedade. Infelizmente há muito pouca retribuição e acaba por haver pouco por parte dos enfermeiros gestores que ficam muito limitados e há coisas que não dependem deles, mas é algo que devia ser reavaliado. E isto também que ver, porque isto agora também está na moda, até com a forma como nós somos avaliados e o ponto de vista da avaliação, e tudo isto contribui para um desanimo e um desalento que, de alguma maneira, os colegas podem sentir e que é lícito e que nós devíamos repensar.

DI_E1: Queria só acrescentar que, em relação à alteração da dinâmica da equipa de enfermagem, esta penso que foi no sentido negativo, devido à necessidade de todos avançarem para a linha da frente, perdemos cuidados diferenciados. Por exemplo, eu sou enfermeiro de reabilitação e durante os primeiros tempos (...) não faço ideia, mas durante os primeiros meses, não sei precisar quantos, deixaram de haver cuidados de enfermagem de reabilitação. Na minha opinião, foi uma grande perda para as pessoas que estavam ao nosso cuidado. Por outro lado, percebo que era necessário ter todas as mãos disponíveis para os cuidados gerais de enfermagem, mas queria deixar aqui este ponto.

E: Não sei se têm mais alguma coisa a acrescentar?

DI_E5: Em relação ao que o colega disse e bem, os doentes ficaram sem cuidados de enfermagem de reabilitação durante bastante tempo, mais do que deveriam. Mas como ele diz, todas as mãos, todos os braços eram poucos. Nós acolhemos vários enfermeiros de outros serviços, nós não eramos suficientes, a nossa equipa não dava resposta. E, portanto, nós crescemos para o serviço de doenças infecciosas, para o internamento e não eramos suficientes. E, de facto, notou-se, nos doentes ventilados durante bastante tempo, que estavam muito tempo ventilados, que a recuperação é sempre mais lenta sem reabilitação, sem ter esta especificidade do trabalho de enfermagem, que fazem os enfermeiros de reabilitação. Mas eramos poucos,

portanto tivemos de acolher muitos enfermeiros de outros serviços, isso tornou-se inevitável. Mas foi uma mais-valia e era um espírito quase de missão que tínhamos todos e eu acho que nos tranquiliza que nenhum doente ficou por cuidar, ou foi menos bem cuidado, naquilo que podíamos oferecer ao doente, demos as oportunidades que precisavam. Não nos pesa na consciência que tivessem ficado por tratar ou fossem menos bem cuidados. Mas de facto, em relação à reabilitação isso sentiu-se e nós também sentimos isso na parte da recuperação final do doente, de sentirmos os doentes mais miopáticos, com mais dificuldades em expetorar (...) Portanto, foi um trabalho que teve de ficar um pouco para trás, porque a equipa tinha de crescer de alguma forma em termos de prestação de cuidados.

Mas em relação, indo um pouco atrás, a dedicação e o altruísmo, falo por experiência própria porque também me isolei da minha família, porque nós queríamos tratar os doentes, mas também não queríamos infetar ninguém da nossa família. Este isolamento da família, de muitos enfermeiros, também nos fragilizou de alguma forma. Este stress todo que vivemos, também um pouco causado pelo afastamento das famílias, que nos deixou numa situação de mais ansiedade.

DI_E3: Em relação a esta questão de alterações a nível do grupo, da equipa, recordo-me que, antes de haver esta situação pandémica, todo o trabalho estava perfeitamente organizado (...) Em princípio os cuidados eram feitos de uma forma muito personalizada, cada enfermeiro zelava, para além da interajuda e trabalhar equipa com todos os colegas, tinham um especial cuidado para com os seus doentes. Quando surgiu a pandemia, logo na primeira vaga, a avalanche de trabalho era de tal ordem enorme, que alterou um bocadinho a forma de trabalho a que estávamos habituados, porque eram inúmeros os doentes sempre a chegar, em estado muito grave, com equipas que frequentemente tinham colegas de outros serviços que não estavam habituados à rotina do serviço, vinham “dar uma mão” e era isso que acabavam por fazer, porque não podiam ter o mesmo conhecimento do serviço do que os outros (*enfermeiros do serviço*). Então por alguns motivos e durante algum tempo, em algumas ocasiões, recordo-me, por exemplo, de termos inúmeros doentes, em que era necessário, por uma questão de otimizar a ventilação, de colocar os doentes em *prone*. Não eram um, nem dois, às vezes eram cinco ou seis, e até chegaram a ser oito ou dez doentes, e se não tivéssemos uma grande entreaajuda entre todos, porque fazer isso em doentes muitas vezes com inúmeros problemas - ventilados, edemaciados, com inúmeros perfusões, num contexto muito difícil -, se não fosse muita gente a trabalhar em cada doente, as coisas não teriam chegado a bom porto, portanto houve uma grande mudança de funcionamento da própria equipa. Deixou de ter uma visão tão individualizada e passou, na altura, a ser um bocado mais focada na entreaajuda e altruísmo, para conseguir atingir objetivos que eram inúmeros. Muitas vezes acabávamos por deixar de poder fazer algumas coisas, passamos a comer em pouco tempo, a descansar pouco ou nada, a trabalhar em muitos turnos seguidos sem os devidos descansos e por aí fora. A dinâmica da equipa, naquele período mais crítico, na primeira vaga e também em algumas ocasiões na segunda vaga, foi-se ajustando consoante as necessidades e graças à entreaajuda de todos conseguiu-se fazer isso. Se não fosse assim não se conseguiria ter feito o que se alcançou, foi

um resultado que toda a gente acabou por admitir isso *à posteriori*. Foi alterada (*a dinâmica da equipa*), sem dúvida, era inevitável. Agora estamos a voltar outra vez à normalidade, e isto tudo está outra vez muito mais veloz, já não há aquela confusão que havia, nem aquela necessidade. Os doentes aparecem, mas já não é a mesma coisa como naquela altura.

E: Falaram várias vezes na questão de terem novos colegas, alguns já com alguma experiência, que provinham de outros serviços que foram ajudar e até mesmo colegas novos que possivelmente não tinham qualquer experiência nesta área de cuidados intensivos. Queria questionar-vos como é que vocês perceberam e como é que foi feita a integração desses colegas na unidade face a esta condição e aos riscos associados a esta doença.

DI_E1: Eu acho que para os colegas foi uma integração foi muito injusta, acima de tudo. Porque foram basicamente (...) foi explicar-lhes o ABC e depois lançá-los para o trabalho. Realmente não havia muito tempo disponível para integração e precisávamos que eles fossem adicionados à escala da equipa e comesçassem logo a cuidar e a fazer parte do plano de cuidados. Alguns dos colegas tinham já experiência prévia em cuidados intensivos, apesar de não estarem a exercer neste momento nesta área de cuidados – ajuda, não é o ideal, mas ajuda. E, sem dúvida o resto dos colegas que vieram também estavam disponíveis para este processo. No global, da parte deles via-os com espírito de missão e perceberam que as circunstâncias eram excecionais e também acho que compreenderam isso.

E: Não sei se querem acrescentar mais alguma coisa sobre esta temática (...)

DI_E2: As integrações tiveram tudo menos um processo adequado de integração. Basicamente, os colegas foram “atirados aos lobos”, como se diz na gíria. Tentou-se, para colmatar essa integração mal feita e vou dizer mal feita porque não preconiza o que é uma integração. Não chega mostrar o espaço físico e o mostrar o “ABC”, como disse o colega, é muita mais do que isso um processo de integração. E naturalmente que os processos integração ficaram muito aquém do que é um processo de integração idealizado no contexto de trabalho numa unidade de cuidados intensivos. O que colmatou muito estas integrações um bocadinho desfalcadas foi a disponibilidade da equipa, apesar da pressão constante, o espírito de missão e o facto de a maior parte dos colegas que integraram a nossa equipa vieram voluntariamente, não lhes foi imposto, excetuando os colegas que foram admitidos na altura por concurso. Estes foram recrutados da bolsa que estava em vigor à data e esses não tiveram grande margem de escolha, foram distribuídos pelos serviços que estavam carenciados no hospital. Mas os restantes colegas voluntariaram-se e isso também denota muito o nosso sentido de missão enquanto enfermeiros. Felizmente não tivemos nenhum incidente a reportar, mas poderíamos ter tido face à lacuna que houve no processo de integração e o que é preconizado quer para a segurança do profissional e, sobretudo, para a segurança do doente.

DI_E5: Só queria dizer, em relação a todos os que vieram reforçar a equipa da unidade, acho que há um sentimento de gratidão para com estes enfermeiros, porque, de facto, não há como lhes agradecer todo o trabalho que eles fizeram connosco. A equipa também esteve sempre receptiva e acho que foi um trabalho muito positivo, tanto que uma das enfermeiras que veio reforçar acabou para ficar connosco. Gratidão é aquilo que eu sinto em relação a todos os que vieram ajudar. Acho que é esse o sentimento, gratidão.

E: Queria então questionar-vos também sobre como tudo isto começou, ou seja, como é que souberam que a vossa unidade ia passar a receber este tipo de doentes, como é que foi a reorganização que tiveram de fazer a nível de serviço, de equipa de enfermagem, de equipa multidisciplinar também, as estruturas de apoio em que se acabaram por apoiar para conseguir fazer esta reorganização e acabarem por ter conseguido saber lidar com todas estas novidades com sucesso.

DI_E2: A probabilidade de receber estes doentes começou no dia 31 de janeiro, quando recebemos o primeiro suspeito. Nós, à data, já tínhamos sinalizado, até no âmbito da admissão de doentes com doenças emergentes, tínhamos dois quartos predefinidos para eventuais casos suspeitos. A probabilidade da nossa unidade receber doentes de alto risco de doença infecciosa era iminente, com os primeiros casos na China percebemos que rapidamente a disseminação iria ocorrer. Surgiu o primeiro caso no dia 31 de janeiro, como caso suspeito e a partir dessa data, ficamos em estado de alerta sempre. Fomos recebendo um ou outro suspeito. À data, os quartos estavam predefinidos para a admissão destes casos suspeitos, ainda integravam a lotação do internamento, que foram os quartos que acabaram por integrar a lotação da UCI, que foram reestruturados. Rapidamente surgiu a necessidade, isto em duas, três semanas, não mais do que isto, para perceber que iríamos ter de reforçar a UCI e aumentar os números de camas diferenciadas para admitir doentes com necessidade de cuidados de nível 3. Nós tínhamos a vantagem de os quartos antecederem imediatamente o nosso *open space* e apesar de eles não reunirem nenhum dos critérios de unidade de doentes de cuidados intensivos, tínhamos a vantagem de eles estarem imediatamente antes do nosso *open space* e facilmente conseguir que eles integrassem a equipa clínica da UCI. Despoletou-se uma necessidade de pedidos, desde camas diferenciadas, a ventiladores, todos os equipamentos inerentes a prestação de cuidados de doentes com esta tipologia de cuidados. Surgiu a necessidade de reforçarmos, naturalmente, a lotação e a exigência de cuidados, que nem sempre foi colmatada com o rácio que seria adequado, embora identificada essa necessidade junto da direção de enfermagem e do conselho de administração, houve a necessidade de automaticamente reforçar as equipas. Recordo-me da enfermeira diretora, à data dizer-me “não tenho enfermeiros” e eu disse “tem enfermeiros, tem de os ir buscar e temos de ir buscar os melhores que tivermos para nos vir ajudar”. E foi assim que se despoletou. Algumas pessoas voluntariaram-se, foi lançado o mote para quem tivesse interessado em vir reforçar as equipas. Houve serviços que, à data, pela sua dinâmica de funcionamento, acabaram por ser encerrados, como consultas, hospital de dia, o

nosso polo de Valongo também teve uma atividade assistencial muito diminuída, que permitiu fazer jus ao uso de recursos humanos e permitiu dar, de alguma forma, no imediato, resposta aos serviços que tiveram necessidades acrescidas e foram considerados *coortes* COVID.

Basicamente foi essa a reestruturação, depois do ponto de vista logístico com as necessidades, as unidades foram sendo sucessivamente apetrechadas do que era devido, as coisas foram chegando, umas mais rápidas do que outras. As integrações inerentes aos recursos humanos e também neste reforço não foi só da categoria da enfermagem, foi de todos os grupos profissionais. Tivemos de reforçar formação, também tivemos de nos desdobrar para dar formação aos outros profissionais que foram abrir *coortes* em serviços como ginecologia, outros intensivos, outros serviços até de internamento e a nossa equipa também deu *backup* no âmbito de formação e fomos ajudando muito uns aos outros para estarmos aqui hoje.

Esqueci-me de dizer uma coisa que considero importante: apesar de, se calhar, os profissionais não terem recrutado tanto como poderiam ter feito, e vou dizer isto desta forma, foi criada no hospital uma equipa de apoio psicológico que permitia que os profissionais pudessem recorrer inclusive de forma anónima a este tipo de apoio. Eu acho que neste contexto também foi importante e sei de profissionais que recorreram desta ajuda e muito bem. E também queria frisar esta possibilidade que nos foi dada.

E: Não sei se querem acrescentar mais alguma coisa relativa a esta temática?

DI_E1: Ora bem, eu acho que, inicialmente, as imagens que tínhamos era de algo que se estava a passar lá na China que fica distante. E isto, apesar de tudo, não é novidade na China, porque de vez em quando surgem estes surtos destas doenças infecciosas e eu acho que, mais uma vez, se pensava que esta doença não ia cá chegar. Já tinha acontecido anteriormente, porque é que é que desta vez havia de cá chegar? E passámos uma fase de uma negação inicial, talvez, para uma fase de apreensão quando começámos a ver por casos na Europa já tinham surgido. Com imagens e notícias e mesmo descrição de algum descontrolo por parte de profissionais de saúde nos hospitais onde trabalhavam. Depois de ter surgido cá o primeiro caso, digamos que pensaríamos que, “OK é um caso, dois casos, três casos”, mas depois rapidamente percebemos que não ia ser só um, dois ou três. De um momento para o outro começámos a ter uma avalanche de casos. Mas, a máquina de gestão do hospital, digamos assim, penso que funcionou de forma relativamente adequada. Podemos agora, olhando para trás, criticar ou pensar se houve serviços que foram fechados, a população deixou de ter acesso a muitos cuidados de saúde. Hoje em dia podemos pensar se terá sido a decisão correta essa. À data foi o que foi decidido, mas eu penso que toda a gestão do hospital trabalhou de uma forma relativamente adequada para proporcionar um fortalecimento de equipas de enfermagem e a aquisição de todas a maquinaria associada a uma UCI nomeadamente ventiladores, ventiladores não invasivos e toda a maquinaria associada.

E: Falando nesta questão, do que foi mais fácil e mais difícil de lidar neste período, queria questionar-vos, na vossa opinião, que estratégias é que deveriam ter sido usadas que acabaram por não ser utilizadas e que consideram que iriam beneficiar quer os cuidados ao doente, quer a equipa.

DI_E1: Eu acho que é complicado. Olhando para trás, parece muito fácil dizer o que é que foi feito bem e o que é que foi feito mal. Mas é complicado, realmente as coisas na primeira vaga essencialmente desenrolaram-se com muita velocidade, havia alterações a acontecer no serviço que nós nem nos apercebíamos muitas vezes delas. O que penso que aconteceu, e começando por pontos negativos, olhando para trás, talvez o que já falei antes falta de reconhecimento dos profissionais, pela entrega que os profissionais tiveram, falta de reconhecimento não pelos colegas, mas pelos órgãos hierárquicos superiores. Ficamos com a sensação de que aqueles agradecimentos às vezes eram “palavras um bocadinho ocas”, digamos assim, pelo menos do meu ponto de vista. A nível positivo, foi sem dúvida, todo o funcionamento da equipa, com algumas pedras no meio da engrenagem, mas de uma forma geral, tudo funcionou de forma adequada e penso que conseguimos dar uma resposta positiva às necessidades dos cuidados, das quais estamos muito orgulhosos.

DI_E2: O sentimento final é de muito orgulho das pessoas que estiveram ao meu lado, comigo e com os doentes, isso é uma constante. O que podia ser feito melhor, seguramente muitas coisas, mas à velocidade que as necessidades surgiam, eu acho que até houve uma boa capacidade de planeamento e, sobretudo, uma grande capacidade de adaptação e resiliência da nossa parte, que inclusive permitiu sermos considerados um dos hospitais que melhor geriram a questão da pandemia. É muito marketing, é verdade, mas, do ponto de vista real, eu acho que nós fizemos, apesar de todas as dificuldades e das pedras que surgem sempre no percurso e que foram muitas, nós conseguimos realizar um bom trabalho dentro da pressão que tivemos, das exigências que tivemos e continuamos a ter. Mas no final, a sensação é de orgulho e de muita superação.

E: Não sei se querem acrescentar mais alguma coisa relativamente a estas potenciais melhorias que se podiam ter tido durante esse período e que acabariam por facilitar um bocadinho a vivência desta experiência que foi lidar com este tipo de doentes e com esta nova realidade.

DI_E1: Eu acho que acima de tudo, olhando pra trás, era muito fácil dizer “olhem vamos estar preparados para uma nova doença que vai aparecer daqui a três meses. Vocês vão ter de ter isto preparado, estes processos definidos, etc.”. A grande lição que eu espero que saia daqui é estarmos preparados para a próxima, porque provavelmente uma situação destas, não quero que aconteça, mas a probabilidade de vir a acontecer, como sabemos, é grande no mundo globalizado que temos hoje. Acho que a grande lição que sai daqui: é estarmos preparados para alguma situação muito próxima que possa vir a surgir.

DI_E2: Uma coisa que não é que não fosse reconhecida no momento, mas que não era exequível, pelo menos facilmente, era ter espaços de partilha de angústias. Foi criada aquela linha de suporte psicológico, mas acho que faltaram alguns momentos de partilha de angústias entre nós, que a pressão não permitiu, o excesso de trabalho também não permitiu. Não é que não houvesse reconhecimento que fosse necessário, mas de facto era quase impossível nós termos esse *timing* e eu sinto que ele fez falta.

E: Pegando um bocadinho nas palavras do DI_E1, eu queria questionar-vos: O que é que se podia fazer? Que tipo de programas ou de organização é que se podia estabelecer para estarmos preparados para uma próxima. Que tipo de estratégias e que tipo de formas de organização é que consideram que seriam importantes estabelecer e definir para que num futuro esta adaptação seja mais fácil, face a uma doença assim desconhecida e que com isso torna-se bastante difícil de lidar.

O: Eu penso que vocês já identificaram alguns problemas, isto é, eu não duvido e tenho a certeza absoluta de que todos os enfermeiros fizeram um excelente trabalho. Foi uma coisa inesperada, uma coisa que surgiu e cada um fez o melhor e acho que nos saímos muito bem. Mas, como foi dito, vão surgir outras pandemias. E nós aprendemos com aquilo que nos vai aparecendo e com algumas coisas que fazemos bem e outras menos bem. Falou-se da integração de novos profissionais, na mobilização de profissionais de outros serviços, experientes e que vieram voluntariamente ou involuntariamente, do ter que preparar os serviços rapidamente, falou-se até de que foram “precisas mãos” e não houve reabilitação de doentes e que isso era um aspeto importante (...) Há aspetos que, se calhar (...) Se agora tivéssemos de pensar num plano, que estratégias ou como é que isto poderia estar pensado? Todos nós sabemos que, hoje em dia, há planos de emergência (...) uma forma de, nas situações de catástrofe se agir mais rapidamente, mais eficazmente. E aquilo que estamos a pensar é: de que forma é que poderemos pensar, se surgisse outra vez uma pandemia, algo deste género, como é que se poderia operacionalizar, traçar um plano (...) Para que houvesse um plano de integração A e um plano de integração B, porque tem de ser uma coisa muito mais agilizada, por exemplo, fazia-se reabilitação ou não se faria, porque depois há melhor recuperação e maior número de altas (...) São aspetos que vocês vivenciaram e que possam, se calhar, pensar um bocadinho e dar a vossa opinião.

DI_E2: Neste sentido de projetos, nós, neste momento, no serviço estamos a tentar reavivar a filosofia da nossa unidade de doenças emergentes, como a nova nomeação do novo coordenador e estarmos (...) por acaso tive uma reunião relativamente a este assunto, porque as coisas no contexto pandémico, do ponto de vista de formação e capacitação das equipas ficaram todas paradas. Estamos neste momento a reestruturar a unidade e o conceito de unidade doenças emergentes, no sentido de nos preparar para uma próxima pandemia, para uma próxima abordagem a um doente altamente complexo e com alto risco infeccioso, denominado

atualmente por doenças de alto impacto. Estamos a reestruturar e estamos a tentar fazer um plano de formação que inclui parte do módulo teórico, conceção prática, com treino, a realização de simulacros, definição de fluxogramas de atuação e da ativação. Isto tem de ser uma prática recorrente, em que as equipas têm de estar envolvidas e isto é um projeto num contínuo. E é desta forma que estamos a tentar “realicercar” este conceito de abordagem ao doente com doença emergente. De facto, em 2019, pela reativação da OMS, nós tivemos um *boom* de treino e de formação que depois parou, porque depois passamos a viver só COVID durante estes anos. E este grande susto e esta testagem de todo o sistema de saúde fez perceber que, de facto, isto é um investimento importante e que tem de ser naturalmente feito. Tem de haver unidades dedicadas, equipas capacitadas, tem que haver o plano A de abordagem inicial ao doente, tem que haver um plano B de disseminação em função do nível de emergência que estiver decretado face ao número de casos. E esse trabalho tem de ser feito e tem de ser feito com planeamento, não quando começa a surgir o primeiro caso na China, na Noruega ou na Tailândia. Mas tem de ser um trabalho programado, tem de ser estruturado, que demora muito tempo, que exige investimento, sobretudo investimento do ponto de vista de formação e capacitação, que nos vai tornar profissionais com mais capacidade de cuidarmos bem. Esta experiência seguramente que nos será benéfica nesta planificação. E para delineararmos aquilo que é imprescindível garantirmos ao nosso doente, porque vai nos trazer ganhos, vai nos diminuir dias de internamento, vai diminuir comorbilidades e essas coisas naturalmente que têm de ser tidas em conta. E neste momento as equipas, os elementos que estão dedicados a tentar organizar e a “realavancar” este projeto, é basicamente isso que têm em mente ainda numa fase inicial, mas que eu acho que vai ser promissor.

DI_E1: Só queria acrescentar que, basicamente, acho que não há desculpas para o imprevisto, se surgir uma nova pandemia. Deve haver planos bem definidos, com fluxogramas bem definidos, com formação adequada das equipas. Penso que isto é fundamental para que não seja tudo em cima da situação ou do acontecimento. Pronto, como eu digo, esta pandemia que atravessamos foi uma grande lição e acho que as desculpas para falhar são poucas numa próxima vez que isso possa acontecer.

DI_E2: Esqueci-me de acrescentar uma coisa, a questão do trabalho e do trabalho em parceria com outras instituições reconhecidas a nível nacional, só temos o Curry Cabral, que também é considerado centro de doenças emergentes, mas a nível internacional, outros organismos como o Hospital de La Paz, em Madrid, e outras instituições idóneas. Que eu acho fundamental o trabalho em parceria a nível nacional e a nível internacional, sobretudo em áreas tão específicas. Felizmente, com poucos casos e daí o espírito de trabalho em equipa fora das paredes da nossa instituição ser bastante importante.

O: Se calhar, lançava também mais um desafio: falou-se do problema dos familiares e da comunicação com os familiares, de serem até o primeiro serviço a usar o sistema de

telecomunicação com tablets. Será que os serviços deveriam ser equipados todos com sistemas que permitissem, perante uma situação dessas, porque nós também vimos muitas consultas serem passadas para teleconsultas e a teleconsulta aqui em Portugal até nem era muito utilizada e passou a ser utilizada. Perante uma situação destas, poder-se ter um plano. Mas depois, também pelo afastamento, os serviços terem sistemas de videovigilância. E será que os serviços não deveriam estar já munidos disso? Os vossos serviços, as unidades de cuidados intensivos em especial, habitualmente são *open space*, quase todas elas. Depois precisaram de ter ali unidades mais isoladas. Mas para essa transformação, como é que isso será possível? A comunicação com os doentes para casa? Se os equipamentos são suficientes? Também não poderia fazer parte de uma previsão para uma possível pandemia?

DI_E2: Nós fomos dos primeiros serviços a dispor da possibilidade de usar os sistemas de informação, em particular tablets, para estabelecermos comunicação com as famílias. Todos os serviços do hospital foram dotados da mesma possibilidade e não ficou limitado aos serviços com doentes COVID. Queria ressaltar isso. Continuam a ser usados para situações de doentes que tenham outras patologias que não COVID, para estabelecer ligação com familiares que às vezes são distantes, que não há possibilidade de se deslocarem ao hospital para proceder à visita nos tramites normais e esse recurso, neste momento, ficou disponível, claro que começou com o COVID, a todos os serviços hospitalares.

DI_E6: Eu já cheguei numa fase um bocadinho mais tardia e por isso também não tenho sido muito interventiva, porque no fundo já estava tudo montado quando vim para o serviço, então já tenho uma experiência diferente. Acho que os meus colegas têm uma experiência maior nesse sentido. Mas em relação à comunicação com os doentes e com a família, foi um aspeto que eu senti efetivamente uma grande dificuldade e diferença, porque havia uma menor proximidade com os doentes, não só pelo equipamento, porque, agora nem tanto, mas numa fase que eu voltei, ainda usávamos bastante equipamento e perde-se um bocado essa comunicação com o doente, mas também com a família, porque lá está, nós tínhamos visitas de manhã e à tarde, passámos depois a ter visitas só por marcação e muito restritas. O tempo também era pouco para estar com as visitas. Acho que perde o doente que não está com a visita e perdemos nós que não vamos buscar também a história do doente, o círculo do doente onde ele está inserido. Acabamos por não ter aquela relação, porque o doente está ventilado e, às vezes, não conseguimos falar com ele, não temos relação com ele e a nossa relação era através da família. E acho que isso se perdeu muito com o COVID. E perdeu-se também porque era o médico que falava com a família, era um médico que ligava. Agora, muitas vezes a família vem e fala connosco e pergunta-nos e nós estamos mais próximos e acho que havia de haver, não sei se numa futura pandemia, uma estratégia de nós também podermos estar presentes com a família. Mesmo no tempo em que eu voltei, que já não era uma primeira fase da pandemia, acho que acabámos por estar mais distantes do que aquilo que estávamos. Por exemplo, os óbitos que só eram comunicados pelo médico, porque era um médico que falava sempre com a família e nós

não tínhamos aquela relação de proximidade, como tínhamos antigamente, para falarmos para a família. E isso também deixou de estar do nosso lado e agora passou novamente a estar ao nosso lado. Mas eu não sei se, lá está, se existe algum tipo de estratégia que se possa utilizar para podermos estar mais perto da família, que eu acho que isso também é benéfico para o doente. Eu acho que é importante conhecer o que está por trás do doente, não só ali nos cuidados intensivos. Eu sei que estamos a falar de uma pandemia, uma situação muito grave, mas agora que estamos um bocadinho longe disso e que podemos olhar de outra forma, acho que se calhar criar uma estratégia para a enfermagem poder ter essa ligação. Temos o tablet realmente, nós usávamos e era ótimo para os doentes, para poderem falar com a família, mas era sempre um contacto mais diminuto com o doente. Não sei se me estou a conseguir explicar naquilo que quero dizer, mas acho que ganhávamos mais se conseguíssemos ter mais proximidade com a família, numa próxima pandemia.

DI_E1: Neste momento, eu acho que já se verifica uma grande alteração no contacto do doente com os seus conviventes significativos. Antes o contacto resumia-se àquela visita institucional, naquele horário próprio. Hoje em dia é generalizado o uso dos telemóveis, smartphones e, na maior parte dos casos, o doente que tem um estado de consciência e capacidade cognitiva que lhe permite usar o telemóvel, é permitido que o doente tenha o telemóvel e eles entram em contacto várias vezes com a família, com os familiares ou com pessoas significativas, por dia. Ou seja, deixou de haver aquele contacto que se resumia a visita estabelecida e passou a haver também esse contacto por via das tecnologias. Em relação também às visitas, o que a colega disse, também concordo. Aliás, algo mais estranho, pelo menos eu senti isso, foi no primeiro momento as visitas foram interditas, no segundo momento, as visitas vinham por marcação e, neste momento, as visitas têm um horário mais alargado para estarem presentes no hospital. Paradoxalmente, apesar de eu saber que as visitas são necessárias e fundamentais para a evolução do doente, numa primeira fase, senti que as visitas me incomodavam. Porque sentia que elas estavam a interromper o meu fluxo de trabalho na prestação de cuidados. E senti que, e não tem lógica nenhuma, mas a verdade é que aquele período com ausência de visitas, assumo que foi muito mau para os doentes, mas quando apareceram achei muito estranho, parecia-me que estavam a atrapalhar, digamos assim. Neste momento isso já foi completamente ultrapassado, mas esta foi minha primeira impressão.

DI_E2: Relativamente às visitas, nós tivemos uma contingência que não vem da direção do serviço, nem da filosofia do serviço. Aliás, provavelmente nós fomos o serviço mais incumpridor da orientação do hospital, não tenho dúvidas. Também tínhamos uma facilidade, que temos uma porta quase de acesso direto que nos permitiu, até em algumas situações, termos visitas de familiares de doentes que se encontravam em estado de isolamento e que inclusive pedimos autorização ao delegado de saúde para proporcionar, por exemplo, a despedida do seu familiar, que estava numa situação crítica. Isso chegou a acontecer. Naturalmente que não éramos indiferentes às orientações quer da DGS, quer do que estava instituído pelo Conselho de

Administração, embora tivéssemos contornado. E eu própria dei orientações em contrário e assumo isso. Mas naturalmente ficamos limitados nesse sentido. E como contornamos algumas coisas, mas não contornamos as situações todas, nem demos seguramente a mesma oportunidade a toda a gente, também estou ciente disso. Então, como eu já tinha referido, isso para nós é algo que é imprescindível e que faz parte do nosso cuidado, o envolvimento seja familiar ou convivente significativo, isso é fundamental. No entanto, tentou-se, dentro do que era possível, naquelas situações mais críticas, serem asseguradas e permitir a presença do familiar. Relativamente àquilo que o colega falou de, às vezes, ser considerado quase um obstáculo ou perturbar o nosso fluxo de trabalho, eu acho que adveio muito, primeiro, do facto dos familiares estarem muito tempo ausentes e da necessidade de questionar e de nos indagar ser maior. E também pelo facto de nós, não é perder tempo, mesmo dentro do nosso fluxo de trabalho e das atividades que nós temos programadas com o doente, temos que despende de um tempo acrescido a equipar os familiares e isso naturalmente faz com que tenhamos que agilizar o nosso plano de cuidados com o doente e criar esse espaço, esse *timing* para proporcionar às visitas. E se calhar daí o sentimento de (...) parecer que é quase um obstáculo e de perder tempo, que não é perder tempo ou perturbar de alguma forma.

DI_E7: Tal como a colega, também já cheguei mais tarde e não apanhei a primeira fase da pandemia. Na altura estava de licença e quando voltei já estava tudo muito mais organizado, então já não passei pelas mesmas dificuldades que os colegas passaram. Mas agora em relação à família, à presença dos familiares, vai de encontro ao que os colegas disseram. Eu também senti esta dificuldade em deixar voltar os familiares estarem presentes na prestação de cuidados. Acho que isto acabou por se perder um bocadinho. Eu também sou enfermeira de reabilitação. Mas dar aquele passo novamente, por exemplo, deixar perguntar, se a pessoa quiser, poder fazer a reabilitação na presença do familiar, houve uma dificuldade em dar esse passo e voltar a deixar as pessoas estarem presentes na prestação de cuidados. Antes era habitual e completamente linear, eu acho que as pessoas estarem tanto tempo afastadas fez nos desaprender nesse sentido e também tive essa dificuldade. Eu acho que de uma forma geral na equipa, nós conseguimos estar novamente à vontade a prestar cuidados com a presença dos familiares, de conviventes significativos dos nossos doentes. E já agora, outra coisa que eu acho que acabou por ser positivo, embora claro que não é assim, agora permitimos que todos os doentes que tenham a possibilidade de ter telemóvel junto deles. Claro que temos, às vezes, de controlar o uso do telemóvel, porque alguns acabam por se calhar exagerar ou tem uma condição de saúde que não lhes permita estar tanto tempo ao telemóvel. Mas em situações pontuais podem ir falando com os familiares noutros horários, para além da visita, e isso é importante, quer para a pessoa que está internada, quer para as pessoas que estão em casa, mesmo em termos de redução da ansiedade, e acabam por ter uma ligação maior. Antes do COVID não deixávamos ficar telemóveis na unidade, e agora o doente, se quiser e se tiver condições para tal, acaba por ser permitido. Eu acho que é pelo menos uma coisa positiva do COVID, onde a pessoa pode ficar e eu acho que acaba por reduzir bastante a ansiedade, porque nem sempre

nós conseguimos dar informações aos familiares de como os horários das visitas continuam reduzidos em relação ao que tínhamos antes de pandemia, acaba por se calhar, ajudar um bocadinho.

DI_E4: Eu só queria acrescentar é que efetivamente temos de pensar para futuras pandemias, para minimizar, portanto, o que a sociedade hoje em dia ainda continua a sentir, para melhor se fazer o luto das famílias. No nosso serviço não aconteceu ou poucas vezes não conseguimos, mas no seu geral, as famílias terem a possibilidade de ver o seu ente querido, porque com esta pandemia nós sabemos que muitos familiares não conseguiram ver o seu ente querido. Então na primeira vaga fechava-se o corpo num saco e não era aberto e a família não teve sequer possibilidade de visualizar o seu familiar. Isto para futuras pandemias, acho que tem que ser algo mais bem pensado para que tenhamos uma sociedade mais saudável e que consigam fazer um luto melhor.

Perceção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19:
Contributo da Supervisão Clínica

ANEXO III

Transcrição do *Focus Group* – UCI Neurocríticos

Transcrição do *Focus Group*

UCI Neurocríticos

E: Como vocês sabem, este *focus group* é para fazer uma análise sobre aquilo que aconteceu nas unidades de cuidados intensivos na altura do COVID, sobretudo naquelas que tiveram que ser reformuladas e passaram de ser unidades de cuidados intensivos convencionais e passaram a ser unidades especializadas para doentes COVID. E então, quero fazer-vos uma série de questões para saber a vossa opinião relativamente a esta situação. E a primeira coisa que eu queria perguntar seria quais foram as alterações ou mudanças que percecionaram que ocorreram no vosso serviço durante a pandemia? Como são exemplos mudanças a nível estrutural, ao nível da integração de colegas, do uso de equipamentos diferentes que tiveram que utilizar, tudo o que tenha havido de mudança face ao que era previamente a unidade.

NC_E1: A mudança começou pela mudança das equipas, não é? Nós fomos divididos, tanto a equipa médica como a de enfermagem e passamos a trabalhar com uma equipa médica diferente. O pessoal que se deslocou para o serviço da Cardiorácica passou a trabalhar com a nossa equipa médica e nós com uma equipa médica de fora. E as duas equipas herdaram equipas de outros serviços. A primeira mudança de referência é a mudança da equipa.

Depois a mudança estrutural, sabem falar melhor os colegas que saíram do serviço e tiveram que se deslocar. Aí mudaram mesmo para outros serviços e foram alocados noutra espaço. E houve uma mudança mesmo de espaço do serviço. Depois, mesmo dentro das pessoas que ficaram, dos elementos das equipas, as equipas foram desagregadas e foram formadas equipas novas para integrar os colegas que vieram os outros sítios. Por exemplo, nós herdamos colegas da Cardiorácica, colegas do bloco e colegas de outras unidades. Eles tiveram que ser distribuídos pelas equipas e os colegas do serviço também, para tentar equilibrar. Certo que a primeira mudança foi, acima de tudo, no que toca aos recursos humanos.

NC_E2: Também tivemos mais mudanças, por exemplo, em termos da utilização de EPIs, que passou a ser completamente diferente. Nós temos os mesmos EPIs que utilizamos agora no serviço, só que na altura foi muito mais elaborado, como começar a usar máscaras P2 e P3, viseiras(...) E que no início era tudo muito confuso, teve que se fazer os protocolos de como é que se vestem/ despem adequadamente os equipamentos. Pronto, isso teve tudo uma necessidade de adaptação de todos os colegas, porque nós não estávamos habituados a esta situação.

NC_E3: E até porque era tudo desconhecido e era o medo também. Porque também era um risco grande para nós.

NC_E1: A dinâmica de trabalho foi outra coisa que mudou radicalmente. A forma como nos posicionávamos no serviço era completamente diferente para nós. Passamos a ter um enfermeiro de referência em área limpa, a quem era quase referenciado tudo e fazia suporte nos dois espaços. E depois os colegas dentro articulavam-se, mas, quer dizer, passavam a estar limitados em termos de dinâmica de trabalho a um espaço confinado durante um período de tempo obrigatoriamente longo. E em termos de dinâmica de trabalho, isso mudou radicalmente.

NC_E4: Sim, como a existência dos circuitos. Sítios por onde se podia passar antes, mas que não podíamos na altura do COVID(...)

NC_E1: Sim, exato, até fora do serviço, porque tínhamos circuitos para nos podermos deslocar, como para ir ao TAC ou poder levar os doentes transferidos. Isso, em termos de dinâmica, nem sequer foi só local, foi a nível global, no hospital. Passaram a existir unidades de TAC que funcionavam só para doentes covid e outras unidades de TAC para doentes “limpos”.

NC_E2: E mesmo determinados procedimentos. Por exemplo, não sei se foi na primeira entubação ou extubação, que se levou um acrílico e foi uma confusão porque ninguém sabia muito bem como lidar com isso. Eventualmente, acabou por ser deixar de se utilizar, mas teve aquele impacto inicial. Também houve alguns procedimentos que necessitavam de outros tipos de cuidados que nós não estávamos habituados. E mesmo, por exemplo, coisas simples como os talheres aos doentes, que passaram a ser talheres descartáveis, por não poderem depois voltar para a cantina. E, às vezes, como nós não estávamos habituados, acabávamos por colocar “dos outros” e depois nem sabíamos o que devíamos fazer com eles. Ou seja, houve alguns constrangimentos porque não estávamos habituados a esta nova dinâmica.

E: Ao nível dessas mudanças que percecionaram, como que é que, na vossa opinião, os enfermeiros se organizaram para dar resposta a estas novas mudanças? Como por exemplo, a questão de terem recebido colegas novos, a integração dos novos colegas(...)

NC_E1: Eu acho que nisso cada serviço deve ter encontrado uma solução diferente. Eu falo por nós, pelo menos por quem trabalhou comigo. Nós, estruturalmente, temos uma equipa muito habituada a trabalhar de forma dependente ou interdependente do ponto de vista funcional. Por isso, para nós, os elementos da nossa equipa funcionavam como um suporte de controlo lá dentro e cá fora. Porque é assim, abstratamente falando, abdicou-se amplamente da qualidade dos cuidados em detrimento da funcionalidade. E nós, que temos tudo protocolado, passámos a ter uma noção disso muito clara. E acho que não falo só por mim nesse sentido. Acho que vocês partilham essa perspetiva, não é? Por isso nós, para tentarmos garantir a mínima segurança, tínhamos na verdade, pivôs dentro da ala central que iam de alguma maneira servindo como elementos de articulação e depois, o elemento que estava de fora funcionava como elemento de referência. Por exemplo, a medicação passava pelo elemento de fora. Não era por acaso, era

porque, por exemplo, os eletrólitos na Cardiotóraca são administrados de uma forma; nós pretendíamos que eles fossem administrados de outra. Por isso controlávamos os soros, controlávamos as diluições, controlávamos porque as pessoas estão habituadas a trabalhar com diluições completamente diferentes. Por isso, na verdade, nós utilizávamos enfermeiros de referência: os nossos lá dentro e o de referência cá fora, que era na verdade um elemento sempre comum, que no fundo servia sempre de ponto de articulação entre toda a gente. Mas aconteceram muitas situações de desvio daquilo que é a prática “normal”. Desde perfusões que não corriam como nós estamos habituados ou organizadas da maneira como nós estamos habituados. A mistura de perfusões que, em regra, não correm misturadas nas mesmas vias, mesmo nos ritmos de perfusão. Por exemplo, o remifentanil corria a ritmos completamente absurdos comparativamente com o que corre nos nossos doentes (*neurocríticos*). Nós tínhamos o remifentanil a 20, 25 mililitros/hora. Até nesse sentido, a segurança, o cuidado que se impõe em termos de controlo é muito maior, porque um doente que faz um kinking (*obstrução*) numa linha com um remi a 20, não é a mesma coisa que fazer numa linha com remi a 1. O risco de haver um bolús em quantidade substancial para se fazer uma paragem respiratória é muito superior num ritmo desses. Mais o desequilíbrio que eles sofriam quando a perfusão acabava, por exemplo, implicava uma reação muito mais imediata dos colegas que estavam lá dentro do que, por exemplo, um dos nossos doentes com remifentanil quando a perfusão acabou. Por isso, até os tempos de resposta eram completamente diferentes. Mesmo nós, que éramos, na verdade, do espaço físico, tivemos que nos ajustar a isso, às exigências da realidade dos doentes, eram diferentes e exigiram adaptação para toda a gente, até nesse sentido. Por exemplo, nas entubações, os doentes tinham de facto uma reserva, que revelava a hipóxia que os caracterizava. Nós não tínhamos quase tempo para falhar uma entubação.

NC_E4: Sim, mas acho que até nos preparamos, inicialmente, relativamente bem. Porque eu lembro-me de nós fazermos uns vídeos na altura, para nos ajudar a não nos esquecermos como é que devemos colocar o material, tínhamos protocolos dentro do espaço sujo, que nos ajudavam com os passos que tínhamos a seguir, porque apesar de ser o nosso espaço físico, também tivemos protocolos diferentes.

NC_E1: Disseste uma coisa importante, que é a maneira como por exemplo, montávamos ventiladores, a maneira como montávamos VNIs (...) Era tudo diferente.

NC_E4: E nós tínhamos essa ajuda. Mesmo para a aspiração de secreções, lembro-me que nós tínhamos lá a explicar, que peças é que deveríamos usar, o que é que devíamos fechar primeiro (*circuito de aspiração fechado*). Todas essas coisas foram diferentes. Para além disso, tivemos que, inicialmente, estar de “sobre-olho” nos outros colegas que foram para o nosso serviço para nos ajudar. Muitos deles nem sequer tinham experiência em cuidados intensivos. Não diretamente, pois vieram do bloco, tínhamos colegas que vieram da medicina também. Também tivemos que dar esse apoio. Tivemos que nos reajustar.

NC_E3: Inclusive abrimos outros serviços que nem sequer estavam praticamente preparados, ou seja, que não eram unidades de cuidados intensivos e em que foram misturadas equipas de pessoas de todo o lado. Inclusive eu, saí do nosso serviço para ir, por exemplo, para o UPA. Mas sinceramente, eu acho que como íamos todos com o mesmo espírito, ou seja, custou porque custa sempre sair de serviço, adaptar a novos serviços, a serviços que não estavam minimamente preparados, que não eram serviços de cuidados intensivos e nós tivemos que fazer essa montagem toda. Mas eu acho que, o sentimento com que saí foi de realização, de que estávamos ali todos para o mesmo. Acho que até correu muito bem, apesar de não estarmos com a nossa equipa, mas acho que no fundo, apesar de não ter sido bom, obviamente, no fim correu bem.

NC_E2: Foi necessário um esforço muito grande de todas as partes, tanto a parte do serviço que acolhe, como dos colegas que vão para um novo serviço. É isso que a colega estava a dizer, que acrescentou um grande desafio. Por exemplo, o facto de a nossa equipa ter que se adaptar para ter pessoal em cada equipa, pelo menos um elemento dos Neurocríticos, com bastante experiência e os outros com alguma experiência. Porque nós nunca sabíamos se os colegas que vinham de novo, qual é que era a experiência deles. Por exemplo, até calhou na minha equipa ter um colega que já tinha mais de 16 anos de experiência em cuidados intensivos, mas em outras equipas, se calhar, nem experiência tinham ou a única experiência em cuidados intensivos que tinham foi através da especialidade, daí nunca terem trabalhado diretamente nessa área, o que acaba por dificultar. Por exemplo, eu lembro-me de numa ocasião, que tínhamos de tocar uma “*prisma*” - uma máquina de técnica dialítica - e os dois colegas que naquele momento estavam lá, não tinham experiência em trocar o *set*. Então um colega teve que se equipar rapidamente para conseguir trocar. Só esse processo de equipar de forma correta leva o seu tempo. E em situações em que não temos colegas com tanta experiência, acaba por dificultar e ser um fator de stress maior para a equipa. E partilho da opinião da colega, funcionou muito bem, porque estamos todos com o mesmo espírito. Mas ao mesmo tempo acabou por ser algo confuso noutros serviços, por exemplo, eu cheguei a ir dar apoio (...)

NC_E3: Eu não acho que funcionou muito bem, atenção. No final, como as coisas foram acontecendo, acho que o balanço foi positivo, mas não acho que tenha corrido tudo muito bem.

NC_E2: Eu concordo. Porque, por exemplo, eu cheguei a dar apoio ao piso 6 e estava lá tanta gente (...) Cheguei a falar com os colegas e uns vinham dos Neurocríticos, uma vinha da Obstetrícia, outra vinha da Medicina (...) Nós caímos lá de paraquedas, com os colegas que já lá estavam a trabalhar e nós vínhamos dar apoio e às vezes parecia que nós estávamos a “estorvar” mais do que a dar efetivamente apoio. Nós estávamos basicamente no “chega-me isto”. Ou seja, isso também acabou por ser um bocado confuso aquela política do “está gente a mais, manda para o piso 6 para ajudar” e depois caímos uns cinco de paraquedas lá no serviço,

no qual tivemos uma vez (...) Mesmo para os colegas, acredito que tenha sido um bocado stressante.

NC_E5: Apesar de não ter estado diretamente na primeira fase do COVID, embora fosse, às vezes, ao piso 6, acho que exigiu da equipa uma adaptação a novos equipamentos. Nós tínhamos mais ventilação invasiva e o pessoal começou a ter de se adaptar. Houve doentes que vinham acordados e com suporte ventilatório não invasivo. Também muitos doentes, pelo que me apercebi, acordados, que vinham conscientes e cognitivamente bem, apesar da sua hipóxia, e que, em termos emocionais, acho que foi mais pesado para a equipa. O conhecer a pessoa, interagir muito mais com a pessoa, coisa que nós não estávamos habituados, estávamos habituados, a um doente que já está entubado, sedado, e muitas vezes não temos tempo para o conhecer.

NC_E6: Que tinham uma evolução negativa muito rápida (...) Mais rápida que uma evolução positiva.

NC_E2: E outro fator que também me estou a lembrar e que acabou por ser um fator de stress, foi o facto de nós, naquela altura, principalmente na primeira fase, não sabermos o que é que podíamos fazer para o doente melhorar. Nós agora já sabemos como é que a doença evolui, mas naquela altura ainda não se sabia muita coisa. Andávamos numa “tentativa e erro”, como vários fármacos que inicialmente começamos a administrar, mas que depois se viu que afinal não era o mais adequado. Ou seja, mesmo para nós era uma incerteza muito grande, porque parecia que era quase um jogo lotaria.

NC_E1: E nos transitamos, na primeira fase, de entubar todos os doentes, para uma fase em que não entubávamos quase nenhum. Por isso houve uma mudança radical até na maneira como se decidiu tratar a doença. Mesmo ao longo do período de evolução da COVID houve uma mudança, mesmo em termos oficiais, na maneira como se abordava a doença. Da primeira para a segunda fase, mudou radicalmente. Na primeira fase tivemos muitos doentes que morreram e chegaram à conclusão que, na verdade, a entubação não facilitava porque eles desenvolviam infeções secundárias e acabavam por morrer na sequência das infeções secundárias e acabaram por decidir não entubar. E sem dúvida que foi de uma violência, quer dizer, a agonia respiratória é das formas de morrer mais (...)

NC_E3: Já para não falar nos critérios que também foram mudando ao longo do tempo e notou se perfeitamente no pico, que quando havia mais casos, deixou de haver tantas camas disponíveis em cuidados intensivos. E em vez de recebermos velhinhos de 80 anos, como chegámos a receber inicialmente, isso deixou de existir. Porque os critérios começaram a apertar, porque não havia vagas para toda a gente.

NC_E1: Acho que se revelou muito a fragilidade do hospital na efetiva humanização dos cuidados, porque, por exemplo, nós não estávamos preparados para estes processos de fim de vida rápidos, em que, por exemplo, os doentes que quisessem transmitir mensagens aos seus familiares, e estes doentes conseguiam fazê-lo, nós não estávamos preparados para isso. Porque os nossos doentes, em regra, morrem, mesmo que não estejam sedados, morrem com um estado de consciência... Em que os dias anteriores são caracterizados por um estado de consciência que não lhes permite comunicar efetivamente com os familiares. Mas estes conseguiam e queriam escrever, queriam ligar. Apesar de tudo, foi possibilitada a videochamada. Existiram opções efetivamente, por exemplo, aqueles diários de UCI que fizeram noutras instituições, é uma coisa que no hospital a humanização dos cuidados a este nível está completamente (...) Praticamente a única coisa que nós fazíamos era, a partir da segunda fase, permitir as visitas. E de facto, nisso tínhamos mais liberdade de visitas até naquela altura, se calhar do que temos agora. E nos processo de fim de vida, permitíamos às pessoas acompanhar. Quando os doentes queriam escrever, antes de serem entubados, permitíamos que eles fizessem isso. Mas isto era tudo, na verdade, dependente da vontade de cada profissional, de quem estivesse no serviço. Não havia nada programado neste sentido. Aliás, nós ainda hoje, passou o COVID e nós não temos nenhum suporte desses na unidade para os nossos doentes, para os familiares, não há recolha de sugestões. Quando há, a recolha é feita pelo modelo de avaliação do hospital, relativamente à satisfação de cuidados, não há nada dirigido à UCI.

NC_E4: Eu acho que aquilo que o colega falou é importante, o apoio emocional que nós não tivemos. Tivemos entre nós colegas, que nos apoiávamos uns aos outros, mas numa instituição como esta, não nos apoiou muito nessa vertente. E foi difícil ver doentes conscientes, como a colega estava a dizer, que sabiam que provavelmente iriam morrer e que pediam para ligar, outros que até nem queriam ligar porque não queriam ver a família momentos antes do que poderia ser a causa da morte deles. E essa situação foi muito difícil e acho que o hospital nessa parte não se preocupou muito com os profissionais, apenas deixou rolar.

E: E ao nível destas alterações que ocorreram, vocês foram falando de algumas estratégias que a equipa foi tendo para lidar com estas mudanças, como o ter um elemento responsável fora limpo, como um elemento que já era pertencente à equipa para fazer apoio aos restantes elementos (...) Há mais alguma estratégia que vocês reconheçam que tenha sido implementada no serviço que tenha ajudado a lidar com estas mudanças?

NC_E1: Nós notávamos uma diferença muito grande em termos de articulação de trabalho com a equipa médica. Porque, o facto de as pessoas não estarem habituadas a trabalhar em conjunto, levava sempre a que, antes de qualquer procedimento, que não fosse urgente ou emergente, existisse um cuidado de definir passos e de rever os passos do procedimento para que nada falhasse. E há uma coisa que eu acho engraçada que surgiu nessa altura e que eu nunca mais vi, nem nunca tinha visto antes, que era o facto de as pessoas definirem plano A e plano B. Se o

plano A falhasse, nós sabíamos o que é que era para fazer a seguir de forma determinada. Isso é organização do trabalho, é planeamento. E é curioso perceber como isso é priorizado quando nós estamos todos fragilizados. E estamos fragilizados até pela falta de experiência. E eu acho que isso foi uma das estratégias mais importantes para nós para que as coisas resultassem efetivamente e não corressem mal tantas vezes. Depois, por exemplo, o controlo da medicação foi uma coisa amplamente criticada por muitos colegas que entendiam que não havia essa necessidade. Para nós existia essa necessidade, porque de facto, percebíamos que as perfusões que eram encontradas nos doentes, não eram equivalentes àquelas que nós estávamos habituados. E o problema é que depois geramos ritmos de perfusão, tendo por base a concentração a que estás habituado e não estás familiarizado com a concentração de outros serviços. Por exemplo, a Cardiotorácica tem dez formas de preparar noradrenalina. No SMI há uma forma única, toda a gente sabe que mudando a forma única, é preciso assinalar. Nos Neurocríticos o midazolam corre puro. A toda a gente sabe que se correr diluído, é preciso assinalar. Por exemplo, a furosemida, a nossa concentração é uma. Num doente COVID, a concentração de furosemida era outra completamente diferente e as pessoas sabiam que tinham que estar atentas a isso. Isto era um bocado o trabalho de quem fazia a revisão terapêutica, porque quando se passava a medicação ao colega, assinalavam-se essas coisas, dizias “atenção, a perfusão de furosemida vai assim, a perfusão de midazolam vai desta forma”. Tentava-se chamar à atenção para essas coisas. Eu acho que, acima de tudo, passou a existir um cuidado que até é um bocado um contrassenso, passou a existir um cuidado no planeamento completamente diferente do que nós temos no dia a dia. Agora era impensável fazer isso. Qualquer um de nós está muito mais articulado com o trabalho quotidiano do que estávamos naquela altura. Não se exige agora esse tipo de cuidado, mas na altura foi uma coisa que eu acho que foi importante. E não é só isso. Por exemplo, nos procedimentos de entubação, tinha-se o cuidado de quando o procedimento era feito fora da área central na ala A e era feito na ala B, tinha-se o cuidado de ter sempre um elemento limpo dentro da área COVID e o elemento de referência estar disponível desse lado para entrar, que era teoricamente o elemento mais velho para poder dar suporte. Nunca se entubava apenas com as pessoas que estavam no espaço, tentava-se sempre reforçar a equipa, porque as peri-paragens eram mais frequentes na sequência das entubações, sobretudo no início, depois já não, mas no início eram.

NC_E2: Acho que outra coisa que facilitou também foi aquilo que o colega disse, o facto de termos os protocolos colados em partes da unidade, para a gente conseguir revê-los, ter aquele aspeto visual para relembrar. Por exemplo, a colocação dos EPIs, nós tínhamos na zona limpa de fardamento, tínhamos lá os vários passos e até tínhamos um espelho que nos permitia estar a ver se estávamos completamente protegidos, até colocávamos adesivo e tudo mais, para garantir a colocação adequada. E o facto de muitas das vezes que estávamos a colocar os EPIs, termos outro colega também a dar apoio para ter um *double check*, para conseguirmos ter a certeza de que estávamos protegidos, isso facilitou.

NC_E1: Tínhamos um sistema de comunicação com a família diferente. Porque no fim de cada passagem de turno, os médicos vinham reunir com o enfermeiro de referência, transmitiam o plano do doente, era feito um *briefing* do que era esperado para as 24 horas seguintes. Em regra, era o elemento de referência que fazia as chamadas à família, e as pessoas identificavam-se muito com essa pessoa, porque falavam rotineiramente com as mesmas pessoas e isso, num ambiente de insegurança, cria uma ligação de confiança, cria laços e, na verdade, os laços ajudam a minimizar a insegurança, a incerteza, o medo. E, por exemplo, nesse sentido, a articulação era muito mais fácil, porque quando de facto eram informações determinantes, a equipa médica vinha, não havia dificuldade nenhuma em que eles as fornecessem. E a comunicação rotineira do dia a dia era feita por nós, na verdade, tendencialmente pelas mesmas pessoas. E havia uma congruência informativa minimamente sustentável, que é uma coisa que, por exemplo, agora nós notamos junto dos familiares dos nossos doentes que não acontece.

NC_E2: Outra coisa, que era uma dificuldade estrutural que nós tínhamos no nosso serviço, o facto de estar dividido em duas alas – Ala A e a Ala B – e a comunicação entre as duas alas, sobretudo estando na área dita suja, era difícil. Então a utilização de um *walkie talkie* para conseguirmos articular com os colegas da outra ala, em situações emergentes ou situações mais rápidas, foi uma das estratégias que também funcionou muito bem connosco.

E: E agora aquela pergunta assim um bocadinho mais difícil. Que estratégias é que poderiam ter sido utilizadas e que não foram? Que, na vossa opinião, poderiam ter facilitado um bocadinho mais este processo e lidar com estas mudanças?

NC_E1: Nesse sentido, das estratégias que se calhar não foram tão bem utilizadas, acho que foi pior para vocês (*mudança da UCI Neurocríticos para as instalações da UCI Cardiotórácica*). Vocês ficaram confinados a um espaço que não estava minimamente adaptado às vossas necessidades, com recursos que não estavam adaptados às necessidades e vocês ficaram com um horário muito mais sobrecarregado que o nosso.

NC_E4: Sim, na Cardiotórácica nem sequer havia uma *pixis* para nós. E nós gastamos a medicação quase toda do stock deles. Na parte de recursos materiais e de espaço, para a nossa tipologia de doentes não era suficiente.

NC_E2: O facto de não saberes onde é que está o material, material que tu utilizas diariamente. Às vezes tínhamos de andar a correr quando precisamos de determinadas coisas. O facto de muitas vezes temos que ir à unidade Neurocríticos buscar determinados materiais que estavam a ser necessários na Cardiotórácica. Isso tudo acabou por dificultar. E mesmo os rácios também, que era muito difícil e muito pesado para os colegas. Isso também foram dificuldades sentidas.

NC_E1: Eles ficaram com a mesma necessidade de integrar colegas novos e de integrar pessoas de fora da equipa, mas não tinham o rácio de pessoas que nós tínhamos (*na UCI COVID-19*) e isso em termos de trabalho, acho que foi um fator de stress descomunal. Fora a carga horária, que de facto também era uma carga horária mais pesada naquela altura e que também não ajudou. É evidente que ficaram com os nossos doentes, mas ficaram com eles num espaço que era completamente diferente do espaço a que estavam habituados, com limitações em termos de monitorização. Era perceptível que eles estavam num stress muito mais exacerbado do que nós, por exemplo. Eu acho que no nosso lado (*na UCI COVID-19*), de uma maneira geral, as coisas foram-se articulando. E acho que isso foi de tal forma que, para o fim, nós mudávamos de COVID para polivalente e de polivalente para COVID. Aquilo foi uma confusão do dia para a noite. E isso demonstra, de facto, que para as instituições hospitalares isto foi o ex-líbris da flexibilização, voltarmos outra vez às unidades gerais versus unidades de especialidade, porque, de facto, eles passaram a poder transformar um espaço numa unidade de um tipo ou outro, porque tinham pessoas com valências nas duas áreas e por isso conseguiam dar resposta a muitos mais doentes.

Acho que se descurou amplamente (...) Acima de tudo, o que poderia ter sido feito pelos doentes que estavam em situações de fim de vida, diferentes daquelas a que nós estamos habituados. E eu acho que estas coisas são para ser pensadas não é em tempo de guerra. Essas coisas são implementadas antes da guerra, para que quando a guerra chega as coisas fluírem e as pessoas até poderem trabalhar sobre elas e serem criativas sobre elas e explorarem e otimizarem, mas com base em práticas que já estão consolidadas, cimentadas, assimiladas por toda a gente. Eu acho que isso é de facto revelador, se calhar nem é uma fragilidade do tempo COVID, é de uma fragilidade de um tempo que é anterior e posterior ao COVID. De facto, a humanização dos cuidados, em muitas vertentes, deixa muito a desejar comparativamente com outras unidades. Quer dizer, já são permitidas visitas a animais em cuidados intensivos, em unidades de cuidados intensivos no estrangeiro há séculos. Aqui é um mito. O *feedback* das pessoas, pelo menos sobre o grau de satisfação dos cuidados, o grau de satisfação com os profissionais, uma caixa de sugestões.

A preocupação de se ir recolhendo sugestões, até a preocupação de se ir ouvindo os profissionais e ir colhendo sugestões de profissionais. Por exemplo, nunca existiu, um *focus group* para nós podermos discutir. Dentro da mesma equipa, entre as pessoas que ficaram de um lado e as pessoas que ficaram do outro, em que é que podíamos ter sido melhores, em quem é que nos podíamos ter apoiado mais (...)

No início as pessoas estavam com muito medo e não queriam trocar (*de serviço*). Não foi propriamente uma escolha voluntária ir ou ficar. Mas depois, se calhar, à medida que as pessoas foram perdendo o medo, podíamos ter articulado de outra forma. E se nos tivéssemos, se calhar revezado dentro das equipas, quem entrou no limite da saturação não teria entrado, porque teria tido a experiência dos dois sítios. Acho que faltou um bocado esta capacidade das pessoas se irem adaptando ao próprio conhecimento que se foi adquirindo da doença, porque isto durou muitos meses.

NC_E6: Mas também acho que essa percepção veio um bocado mais tarde. Agora à distância, conseguimos perceber isso com uma clareza que na altura não tínhamos. Na altura era “isto está a funcionar bem, deixa estar assim”, as pessoas já receberam formação sobre determinado dispositivo ou de determinada forma de trabalhar, não vamos mexer.

NC_E1: Não estávamos articulados uns com os outros.

NC_E6: Até a equipa da Cardiotorácica, quando eles preferiram querer ficar, quando chegou ao fim daquele mês em que eles tinham a oportunidade de trocar e eles não quiseram, nós ficamos contentes por isso. Porque embora houvesse colegas que nós até achávamos que os cuidados não eram como nós gostávamos ou como nós achávamos que era mais certo, ficamos contentes porque iria obrigar a uma integração de mais dez ou quinze pessoas que nos ia destabilizar novamente. Por isso essa percepção também é feita um bocado agora a distância. Claro que agora faríamos diferente, como é evidente.

NC_E5: Eu acho que a passagem para a Cardiotorácica foi (...) Teve que ser. Foi assim um bocadinho em cima do pé, porque as coisas foram evoluindo e não sei se eles já estavam à espera da grandeza do fenómeno.

Quanto à questão da família que hoje em dia ainda é um “calcanhar de Aquiles” no nosso serviço, em termos do englobar a família no cuidado.

Mas depois fomos conseguindo adaptar-nos às dificuldades, com rácios mais baixos, com a integração de colegas novos com pouca experiência, em que alguns vinham do cuidado ao idoso na comunidade, sem qualquer experiência em cuidados intensivos. Mas nós fomos conseguindo ultrapassar isso.

E: Na integração dos colegas que vinham de fora do hospital. Como é que vocês percecionam que funcionou?

NC_E5: Funcionou mal, porque apesar do esforço quer de uma parte quer de outra, não foram devidamente integrados. Não havia tempo para fazer uma supervisão clínica dos cuidados efetuados por eles. E a prova está que, no nosso serviço, pelo menos dois colegas desistiram porque não conseguiam dar resposta. E não só por culpa deles ou até não por culpa deles, mas muito por culpa do hospital e da equipa que não conseguiu dar resposta, nem tínhamos como dar resposta. Estás lá há uma semana e dizem-te que tens de ir com um doente daqueles, com toda a monitorização, com toda a instabilidade hemodinâmica, sem qualquer experiência, que tens de efetuar um transporte de um doentes destes, desistes. Eu estaria na mesma, se não me sentisse competente. Não lhe foi dada oportunidade para eles se integrarem no serviço devidamente. Não tiveram essa oportunidade. Pelo menos é a sensação que eu tenho.

NC_E1: Os colegas do piso 6 queixavam-se que tinham três dias de integração e, no fim, ficavam a assegurar doentes ventilados e por aí. Uma integração em intensivos, para ter um colega capaz de, pelo menos, garantir o funcionamento da máquina exige semanas. Já nem estou a falar da articulação máquina/doente. Só estou a falar de montar a máquina, pôr aquilo a funcionar. Eu acho que a integração foi uma das maiores fragilidades do COVID, sem dúvida nenhuma. E se nós sentimos isso, imagino a violência que não foi para quem chegou essa altura.

NC_E2: No nosso serviço havia uma rotatividade em que nós tínhamos a ala destinada a cuidados intermédios e a ala destinada a intensivos, mas os colegas tanto trabalhavam numa área como noutra. Em outros serviços, como no piso 6, em que eles só estavam habituados a intermédios e, de repente, viram-se obrigados a lidar com doentes de nível três, é uma violência muito grande. Porque requer prática e requer integração nesse nível de cuidados.

NC_E4: Mas mesmo alguém com alguma experiência precisa de tempo para se adaptar ao espaço e ao que é usual fazer no serviço.

NC_E1: Não sei se em relação a isso seria possível fazer as coisas doutra maneira, porque o tempo de resposta (...) Nós tínhamos um plano de contingência que era por graus, como vocês sabem. E aquilo escalou de uma maneira assustadora. E de repente, como acontece agora, que muitos dos serviços trabalham no limiar inferior de recursos humanos, de repente, passaram a ser precisos o dobro dos recursos humanos. Uma coisa que eu acho que falhou foi, por exemplo, não foram recrutados colegas de cuidados intensivos de todos os serviços do hospital, há colegas que trabalham no internamento que não foram recrutados. O que eu acho que devia ter acontecido era que, não querendo dizer que os doentes de internamento são doentes que merecem menos cuidado ou que merecem menos atenção, mas se calhar, estes colegas novos tinham tido outro *timing* de adaptação no internamento e tinham-se repescado esses colegas de cuidados intensivos que ficaram nos internamentos. Tinham-se primeiro repescado todos esses colegas de cuidados intensivos e depois começava-se a fazer o que tivesse que ser de facto, *in extremis*, que era ter gente nova a assegurar esse tipo de doentes, acreditando que quem está com experiência consegue ter quatro braços, os seus e os do colega. Porque nós conhecemos muitos colegas que trabalham em serviços de internamento que não vieram prestar cuidados a unidades COVID e até estavam disponíveis para isso. Por isso, se calhar, houve uma má utilização dos recursos humanos de uma maneira geral. Agora, claro que a esta distância se consegue perceber de uma forma que, se calhar, na altura não se tinha conseguido perceber.

E: Para finalizar. Se nós hoje tivéssemos que fazer um programa de intervenção face a uma futura pandemia, o que é que vocês acham que seria pertinente incluir neste programa para ajudar a equipa a lidar com estas mudanças?

NC_E1: Durante as auditorias apercebi-me que há uma unidade que estava mais adaptada a isso do que nós, porque já tinha tido situações de necessidade de adaptação perante outras situações, outras doenças e outros quadros, só que muito mais limitados, que é a unidade de Infeciosas. Eles descomplicaram muito antes dos outros sítios todos, tiveram uma abordagem diferente e eu acho que nestes momentos a experiência também é importante e a partilha da experiência é importante. Por exemplo, o hospital pegou nesses colegas e eles foram dar formação aos serviços de internamento. Foram eles que fizeram muita da formação para os colegas do internamento. Eu percebo que não podíamos desmembrar a equipa, porque eles também precisavam de uma equipa que trabalhasse nas camas de lá. Mas acho que se devia ter pegado naqueles colegas e ter feito daquilo uma núcleo de referência em termos de organização do suporte dos outros serviços. Mas só me apercebi disso já numa fase final do COVID. Mas lembro-me que em plena pandemia, eles lidavam com aquilo de uma maneira completamente diferente da nossa e nem por isso ficaram mais infetados do que nós. De facto, a experiência deles era mais relevante a esse nível, tinham tido experiências prévias com outros microrganismos que exigiam um cuidado particular e tiveram de se adaptar a isso. E acho que, se calhar, teria valido a pena rentabilizar um bocado mais a experiência desses colegas.

NC_E5: Eu cheguei a ir à UCI de Doenças Infeciosas e se nós fôssemos a uma área COVID fosse no piso 6, piso 8 e se fôssemos lá a seguir pensaríamos que estávamos noutra hospital em termos de utilização de EPIs. E acho que eles não tiveram uma taxa de infeção superior à nossa.

NC_E1: Não tiveram. Eu fiz uma auditoria, em pleno COVID, com a unidade de Infeciosas, em área COVID. As auditorias foram suspensas no primeiro ano, mas depois eu fiz uma auditoria em área COVID, com eles a circular perfeitamente e eu tive que me manter limpa porque tinha de tirar anotações, mas eles tinham aquilo perfeitamente articulado. Acho que tinha sido uma mais valia rentabilizar a experiência daqueles colegas.

NC_E5: Se calhar, a UPCIRA é que podia ter feito essa articulação. Seria uma das estratégias... Não faço ideia se eles estiveram muito envolvidos ou não, não sei qual era a informação que chegava sobre as áreas COVID.

E: Que outras orientações é que vocês acham que era pertinente deixar para o futuro se eventualmente acontecesse algo semelhante ou ainda pior do que foi esta situação do COVID?

NC_E6: A questão da gestão dos recursos humanos. Acho que depois desta experiência, é necessário alocar profissionais aos serviços de acordo com a sua experiência e com o tipo de serviços que estão a prestar. Acho que deve ter sido das coisas mais reveladoras de défice, nesse departamento. Nós conseguimos resolver a questão, ou melhor, conseguimos adaptarmos de forma a ter bons resultados e sucesso. Mas dependeu muito do trabalho individual de

cada um e da capacidade de gestão emocional de cada um. Que depois, na globalidade, teve-se um resultado bom, mas devia ser a lição maior que o hospital deveria tirar da pandemia.

NC_E1: A preparação para esses tempos difíceis, é feita de um bom funcionamento nos tempos bons. Se nós formos bons a trabalhar, nós somos bons (...) Eu acho que nós somos bons em muita coisa e não quero transmitir a ideia de que nós somos péssimos em tudo. Eu acho que como equipa, somos estruturalmente bons. Acho que há suporte e entreajuda na equipa, as pessoas preocupam-se com os colegas. É evidente que há exceções. Mas, genericamente, a equipa funciona em rede e eu acho que isso foi o que mais nos sustentou, tanto num lado como no outro durante a pandemia, pelo menos a nós. E acho que foi essa cumplicidade que sustentou, na verdade, tudo. Agora, o que eu acho é, por exemplo, estes défices de humanização declarados, défices de comunicação declarados, entre as chefias e enfermeiros e entre equipa médica e enfermeiros. É assim, isto não são défices da pandemia, são défices que nós continuamos a constatar agora, a falta de articulação. Nós assistimos à passagem de turno e temos menos articulação do que é o plano de cuidados dos doentes e do que é o que está previsto para os doentes nas 24 horas seguintes hoje, do que tínhamos durante a pandemia, por exemplo. A gente sabe que os nossos doentes não têm sempre o mesmo plano, que ao longo do dia o plano pode mudar radicalmente, passamos a ter um doente em Glasgow 15 para ter um cadáver, se for preciso. Mas o que está aqui em causa é: há uma linha orientadora do que se pretende fazer. E eu acho que, a forma certa de fazer essas coisas funcionarem é agora que se trabalha. E o que me parece é que não se tiraram ilações positivas da pandemia nesse sentido.

NC_E6: Não, pelo contrário, ainda se regrediu.

NC_E1: E acho que nós, se tivéssemos que passar outra vez pela mesma situação, nos íamos deparar com dificuldades, se calhar semelhantes ou até piores. Porque acho que na verdade se nota algum desmembramento, nota-se falha de capacidade de comunicação, de articulação da comunicação e da fluidez de comunicação entre os elementos das diferentes equipas que integram e fazem a dinâmica de serviço. E acho que o hospital precisava, francamente, de investir amplamente nisso. Falaram da avaliação psicológica, por exemplo. Nós somos o reflexo crasso do que é a falha de acompanhamento psicológico dos profissionais. Nós recebemos a visita do psicólogo, quando morre alguém, quer dizer, não há relação nenhuma estrutural. Nós preferimos apoiarmo-nos nos colegas, que são as pessoas que, na verdade, com quem temos relações de intimidade e com quem temos relações de confiança, do que uma pessoa que nos aparece ali e de repente nos vem perguntar o que é que nós sentimos sobre a morte de um colega, e nós nunca vimos aquela pessoa à nossa frente. Ninguém se preocupou, no fim da pandemia, perguntar aos colegas que foram integrados “às sete pancadas”, o que é que eles tinham sentido sobre isso, se a experiência foi traumática, se ficou alguma coisa por resolver do ponto de vista pessoal, a esse nível. Isso tudo poderia ter sido feito no pós-pandemia e certamente que ia permitir tirar ilações para outras situações futuras. Eu acho que, se calhar,

isso é o que está mais em falta. Porque o resto, agora a gente já percebeu que se existir coordenação, se existir planeamento, nós conseguimos, pelo menos, ter capacidade de resposta. E eu acho que, atendendo à gravidade das circunstâncias, o que se pede em primeira mão é a capacidade de resposta. Como os órgãos de soberania não podem falhar, os hospitais não podem falhar na capacidade de resposta. Se nós conseguimos ter uma capacidade de resposta nível dois ou uma capacidade de resposta nível dez em termos de qualidade, é completamente diferente. Claro que, nestas fases nós não vamos aspirar ao nível dez. Agora, o que eu acho é que, o que se devia ter aprendido com isso, se calhar não surpreendeu.

E: Mais alguma coisa que gostariam de acrescentar?

NC_E5: Acho que Portugal não foi dos países que esteve pior. Se pensarmos no que se passou em Itália e Espanha. Acho que não foi dos piores e os profissionais de saúde portaram-se muito bem, dadas as dificuldades que sentiram durante esse período, conseguiram adaptar-se muito rapidamente, mas falhou-se também. Estava agora aqui a pensar, quando começaram a surgir os casos na China, foi-se adiando, adiando e nunca se pensou que chegasse cá e ainda houve uma diferença de quatro meses, sensivelmente de Novembro para Março. E podia-se ter tido outro tipo de preparação, apesar de ser difícil estar preparado para uma coisa destas. Nunca tinha vivido, nem na gripe das aves (...) Foi a pior coisa que aconteceu no mundo.

NC_E1: Se pensarmos, por exemplo, na gripe A, foi o nosso primeiro contacto com ECMO e o princípio foi o mesmo. De um dia para o outro apareceram nos doentes com ECMO na unidade, sentámo-nos no gabinete da chefe a aprender como é que se trabalhava com aquilo e o suporte veio dos elementos da equipa. Em vez de irmos dois, íamos três. Agora, se calhar, isso é um absurdo para os colegas que estão habituados a trabalhar com aquilo, mas para nós na altura não.

NC_E5: Mesmo o grupo de ECMO na altura, também não tinham (...) Há histórias deles a “canular” e a desmaiar, eram algumas situações que iam surgindo. Era tudo novo para toda a gente nessa altura. Menos para o professor Roberto, que tinha feito a formação na Alemanha, mas todo o resto do pessoal era tudo novo.

E: E entre as várias fases da pandemia, notaram que havia preparação de uma fase para a outra, ou que entre as fases acabava por se deixar um bocadinho a situação desmoronar e quando se retomava uma nova fase que se notavam os problemas que se faziam notar na primeira?

NC_E6: Eu acho que, gradualmente, houve uma melhor organização e melhor articulação entre as equipas. Primeiro porque também havia mais conhecimento e porque depois, quando as coisas acalmavam um bocadinho e o ritmo de trabalho baixava um bocadinho, nós conseguíamos, se tivéssemos tempo, prepararmo-nos para as semanas seguintes e fazer

diferente aquilo que nos correu menos bem ou que nos causou mais insegurança. Eu acho que melhorou ao longo da pandemia. E era expectável que assim acontecesse.

NC_E1: A estratégia mudou. Na primeira fase havia um escalonamento da UPA e depois a UPA nem sequer abriu, ficou como última linha porque se percebeu que era preciso ter gente diferenciada em cuidados intensivos a trabalhar nos sítios onde está familiarizada a trabalhar. Era daí que vinha a vantagem. Pôr as equipas a trabalhar nos espaços comuns. Nós nunca tivemos a opção de ficar todos juntos, a equipa teve que se dividir a meio, precisamente por esta tentativa de ter quem conseguisse estabelecer uma base de sustentação. Acho que isso foi uma aprendizagem de uma fase para outra. Precisamente porque acho que, se calhar, quem apanhou a primeira fase, o *feedback* não foi tão positivo, mesmo porque as pessoas também não estavam tão preparadas. Também acho que há que ter alguma tolerância para tolerar o erro numa circunstância destas. Ninguém estava preparado para lidar com isto. E é evidente que isso não desresponsabiliza as pessoas que ocupam os cargos e que tomam as decisões nestas circunstâncias, porque é para isso que lhes pagam, para eles estarem preparados também para isto e para este tipo de situações. Mas eu acho que não era suposto isto ser um planeamento... Acho que a nossa vantagem foi precisamente, apesar de tudo, com a escassez de recursos que tínhamos, porque em termos económicos, internamente nós temos muito menos capacidade produtiva de sustentação autónoma do que, por exemplo, a Itália, a França, a Alemanha. Acho que nisto a integração europeia para nós foi uma vantagem imensa, porque houve muita troca de materiais, muita sustentabilidade dentro dos Estados Membros da União e muita troca de matérias que nos faltavam a nós imenso. Foi fundamental para manter a sustentabilidade em todas as áreas de todos os serviços nacionais de saúde de todo o lado. Mesmo cá, muitas fabriquetas que não estavam destinadas para este tipo de atividade passaram a produzir esse tipo de matérias. Acho que, de uma maneira geral, a tragédia une as pessoas. E teve essa vantagem aqui e nos outros sítios.

NC_E2: Também acho que na segunda vez acabou por ser melhor, porque por um lado já estávamos mais preparados para o que vinha, mas também porque se começou, a meu ver, a consciencializar-se de que não era só o COVID que existia. Acho que na primeira vaga, focou-se muito no doente crítico COVID e os outros parece que ficaram um bocadinho para segundo plano. Mas os doentes cardíacos, os doentes neurocríticos, os doentes pulmonares, continuou a haver esses doentes, mais os doentes com COVID. E acho que na segunda vaga houve uma consciencialização maior e, inclusive, a UPA não abriu para também dar apoio a esses doentes. Por isso acho que, de forma geral, foi correndo melhor.

Perceção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19:
Contributo da Supervisão Clínica

ANEXO IV

Matriz de Análise de Conteúdo – UCI Doenças Infeciosas

Matriz de Análise de Conteúdo – UCI Doenças Infecciosas

| OBJETIVO 1: Identificar as mudanças que ocorreram nas UCIs durante a pandemia COVID-19 | | | |
|--|------------------------|--|----|
| Tema 1: Mudanças na UCI durante a pandemia COVID-19 | | | |
| Categoria | Subcategoria | Unidade de Análise | FO |
| Mudanças Organizacionais | Alterações nas Equipas | <p><i>“Para além da necessidade de ajustes de equipamentos e de espaços físicos, a questão das equipas que sofreram alterações: nós tivemos de reforçar a equipa com a vinda de colegas que estavam dispersos na unidade hospitalar, alguns que tinham alguma experiência backup no âmbito de intensivos que foram recrutados, que já não estavam atualmente a exercer funções em unidade de cuidados intensivos.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“Tivemos de lidar com essas dificuldades, de nos adaptarmos à chegada de um número significativo de novos profissionais e isso tem impacto nas equipas também e é uma questão que criou alguma instabilidade, que acaba por criar sempre, apesar da equipa ter uma boa capacidade de receção de recém elementos.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... todas as mãos, todos os braços eram poucos. Nós acolhemos vários enfermeiros de outros serviços, nós não eramos suficientes, a nossa equipa não dava resposta. E, portanto, nós crescemos para o serviço de doenças infecciosas, para o internamento e não eramos suficientes.” (DI_E5)</i></p> <p><i>“... eramos poucos, portanto tivemos de acolher muitos enfermeiros de outros serviços, isso tornou-se inevitável.” (DI_E5)</i></p> <p><i>“... equipas que frequentemente tinham colegas de outros serviços que não estavam habituados à rotina do serviço, vinham “dar uma mão” e era isso que acabavam por fazer, porque não podiam ter o mesmo conhecimento do serviço do que os outros (enfermeiros do serviço).” (DI_E3)</i></p> | 7 |

| | | | |
|--|-------------------------------|---|----------|
| | | <p><i>“Alguns dos colegas tinham já experiência prévia em cuidados intensivos, apesar de não estarem a exercer neste momento nesta área de cuidados – ajuda, não é o ideal, mas ajuda.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... a maior parte dos colegas que integraram a nossa equipa vieram voluntariamente, não lhes foi imposto...” (DI_E2)</i></p> | |
| | <p>Alterações Estruturais</p> | <p><i>“O primeiro impacto inicial, na minha opinião, foi em termos de funcionamento do serviço. Foi a necessidade que houve inicial de expansão da unidade. Uma unidade relativamente pequena em termos de lotação, em que o número de camas foi aumentado para instalações não ideais, digamos assim, que, entretanto, foram desenvolvidas e melhoradas.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... no início esta situação mexeu um bocado com a equipa, porque passámos de um conceito open space, em que víamos todos os doentes que tínhamos a nosso cuidado, para um conceito com quartos fechados sem os devidos equipamentos para ter uma vigilância adequada dos doentes que lá estavam. E isto levantou sempre algumas questões quanto à segurança dos doentes, na equipa.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... uma das principais medidas foi efetivamente o ajuste do ponto de vista de lotação do serviço. Nós tínhamos uma unidade open space para seis camas e tivemos de converter, do dia para a noite, quatro quartos de internamento, sem as mínimas condições logísticas para assegurar doentes de nível três.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“Claro que todas essas adaptações foram num abrir e fechar de olhos, de conversão de unidades que eram impensáveis para qualquer um de nós, de criar quartos de nível três basicamente do dia para a noite.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... os quartos estavam predefinidos para a admissão destes casos suspeitos, ainda integravam a lotação do internamento, que foram os quartos que acabaram por integrar a lotação da UCI, que foram reestruturados.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“Rapidamente surgiu a necessidade, isto em duas, três semanas, não mais do que isto, para perceber que iríamos ter de reforçar a UCI e aumentar o número de camas diferenciadas para admitir doentes com necessidade de cuidados de nível 3. Nós tínhamos a vantagem de os quartos antecederem imediatamente o nosso open space, e apesar de eles não reunirem nenhum dos critérios de unidade de doentes de cuidados</i></p> | <p>6</p> |

| | | | |
|-----------------------|---------------------------------------|---|---|
| | | <i>intensivos, tínhamos a vantagem de eles estarem imediatamente antes do nosso open space, e facilmente conseguir que eles integrassem a equipa clínica da UCI” (DI_E2)</i> | |
| Mudanças Operacionais | Reorganização da Dinâmica de Trabalho | <p><i>“Quer do ponto de vista de equipamentos, quer do ponto de vista da dimensão e espaço das unidades comprometeram, de alguma forma, a capacidade de trabalho da equipa, que teve de se ajustar a grandes dificuldades estruturais, de equipamentos, que foram tentadas solucionar também quase à velocidade do que nos foi pedido, para converter as unidades.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... situações como as pausas para comermos, as pausas para fazermos qualquer coisa eram mínimas. Eu ainda me recordo de cenários da primeira e segunda vaga, em que as pessoas estavam a almoçar ou jantar em cinco minutos, parecia quase uma situação de guerra.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... em relação à alteração da dinâmica da equipa de enfermagem, esta penso que foi no sentido negativo, devido à necessidade de todos avançarem para a linha da frente, perdemos cuidados diferenciados. Por exemplo, eu sou enfermeiro de reabilitação e durante os primeiros tempos (...) não faço ideia, mas durante os primeiros meses, não sei precisar quantos, deixaram de haver cuidados de enfermagem de reabilitação. Na minha opinião, foi uma grande perda para as pessoas que estavam ao nosso cuidado. Por outro lado, percebo que era necessário ter todas as mãos disponíveis para os cuidados gerais de enfermagem...” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... os doentes ficaram sem cuidados de enfermagem de reabilitação durante bastante tempo, mais do que deveriam ... e, de facto, notou-se, nos doentes ventilados durante bastante tempo ... que a recuperação é sempre mais lenta sem reabilitação, sem ter esta especificidade do trabalho de enfermagem que fazem os enfermeiros de reabilitação.” (DI_E5)</i></p> <p><i>“... em relação à reabilitação isso sentiu-se e nós também sentimos isso na parte da recuperação final do doente, de sentirmos os doentes mais miopáticos, com mais dificuldades em expetorar (...) Portanto, foi um trabalho que teve de ficar um pouco para trás, porque a equipa tinha de crescer de alguma forma em termos de prestação de cuidados.” (DI_E5)</i></p> <p><i>“Em relação a esta questão de alterações a nível do grupo, da equipa, recordo-me que, antes de haver esta situação pandémica, todo o trabalho estava perfeitamente organizado (...) Em princípio os cuidados eram</i></p> | 9 |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|
| | | <p><i>feitos de uma forma muito personalizada, cada enfermeiro zelava, para além da interajuda e trabalhar equipa com todos os colegas, tinham um especial cuidado para com os seus doentes. Quando surgiu a pandemia, logo na primeira vaga, a avalanche de trabalho era de tal ordem enorme, que alterou um bocadinho a forma de trabalho a que estávamos habituados, porque eram inúmeros os doentes sempre a chegar, em estado muito grave, com equipas que frequentemente tinham colegas de outros serviços que não estavam habituados à rotina do serviço, vinham “dar uma mão” e era isso que acabavam por fazer, porque não podiam ter o mesmo conhecimento do serviço do que os outros (enfermeiros do serviço).” (DI_E3)</i></p> <p><i>“... se não fosse muita gente a trabalhar em cada doente, as coisas não teriam chegado a bom porto, portanto houve uma grande mudança de funcionamento da própria equipa.” (DI_E3)</i></p> <p><i>“Muitas vezes acabávamos por deixar de poder fazer algumas coisas, passamos a comer em pouco tempo, a descansar pouco ou nada, a trabalhar em muitos turnos seguidos sem os devidos descansos e por aí fora.” (DI_E3)</i></p> <p><i>“... era o médico que falava com a família, era um médico que ligava ... acho que acabámos por estar mais distantes do que aquilo que estávamos. Por exemplo, os óbitos só eram comunicados pelo médico, porque era um médico que falava sempre com a família e nós não tínhamos aquela relação de proximidade, como tínhamos antigamente, para falarmos para a família. E isso também deixou de estar do nosso lado...” (DI_E6)</i></p> | |
| | Equipamentos de Proteção Individual | <p><i>“... usavam EPIs para isolamento, digamos assim, com medidas e precauções adicionais de isolamento totais...” (DI_E1)</i></p> <p><i>“Gostava só de realçar um outro ponto que acho que foi deveras dos mais críticos e que introduziram mudanças no serviço que ainda hoje persistem, que foi, nomeadamente, logo na altura inicial, a gestão dos EPIs.” (DI_E3)</i></p> <p><i>“A questão dos Equipamentos de Proteção Individual foi uma situação muito, muito importante, uma situação que era até difícil de resolver, porque ninguém sabia ao certo o que era preciso utilizarmos para combater o COVID-19. Caiu-se inicialmente um bocadinho no exagero, uma vez que víamos outros países a fazerem medidas absolutas, que nem era suposto (...) Não seria o que estaria preconizado para a doença em questão,</i></p> | 3 |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <i>mas o medo acaba por ser inimigo da consciência e nessa altura toda a gente queria estar protegida com o máximo de EPIs que tivesse.” (DI_E3)</i> | |
| | Cuidados à Pessoa em Situação Crítica com COVID-19 | <i>“... termos inúmeros doentes, em que era necessário, por uma questão de otimizar a ventilação, de colocar os doentes em prone. Não eram um, nem dois, às vezes eram cinco ou seis, e até chegaram a ser oito ou dez doentes ... com inúmeros problemas - ventilados, edemaciados, com inúmeros perfusões, num contexto muito difícil...” (DI_E3)</i> | 1 |

| | | | |
|---|---------------------|--|-----------|
| OBJETIVO 2: Descrever as respostas dos enfermeiros face às mudanças nas UCIs durante a pandemia COVID-19 | | | |
| Tema 2: Impacto da pandemia COVID-19 nos enfermeiros | | | |
| Categoria | Subcategoria | Unidade de Análise | FO |
| Impacto Psicológico | Medo e Insegurança | <p><i>“... isto levantou o receio todo, mas eu falo por mim. Porque apresentou-se um vírus novo, que provoca uma doença nova, desconhecida...” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... uma situação desconhecida que levantou muitos receios...” (DI_E1)</i></p> <p><i>“Foram muitas as histórias de colegas, profissionais de saúde, que não iam a casa, estiveram ausentes de casa por receio de possivelmente infetar os seus familiares ou conviventes mais próximos, foi sem dúvida uma situação complexa inicialmente...” (DI_E1)</i></p> <p><i>“Depois estes receios foram sendo levantados e diminuíram, mas continua a obrigar a medidas adicionais de cuidado.” (DI_E1)</i></p> | 7 |

| | | | |
|--|---------------------------|--|----------|
| | | <p><i>“Enquanto profissionais e enquanto pessoas tivemos de lidar com os nossos medos, uma coisa é conceber e treinarmos para uma coisa hipotética, outra coisa é defrontarmo-nos com uma realidade que nos é completamente nova, e que nos faz lidar muito com os nossos receios como pessoas, com os nossos medos.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... acho que inicialmente era uma situação que trazia algum medo.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“A gente estava preparada porque, na teoria, sabíamos perfeitamente como lidar com uma situação do género, mas quando chega a altura de verdadeiramente pôr em prática, é sempre uma situação nova e que exige coragem, coisas que são desconhecidas trazem sempre algum medo à mistura.” (DI_E2)</i></p> | |
| | <p>Stress e Ansiedade</p> | <p><i>“... é evidente que despoletou muito stress. Um stress acrescido na equipa de enfermagem sem dúvida, cuidar desses doentes.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... muitos colegas optaram, no contexto familiar, por se afastar do seu seio familiar com o intuito de os proteger. Porque nós éramos considerados “linha da frente” e estávamos extremamente expostos ao que era desconhecido para todos. E criou, de alguma forma, bastante sofrimento psicológico, não sei se estou a exagerar na terminologia, mas que eu senti que, para alguns colegas, acabou por ter um peso bastante significativo, e acho que estas palavras não são “demasiado”.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... contínuo trabalho sob pressão e sob stress.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... também me isolei da minha família, porque nós queríamos tratar os doentes, mas também não queríamos infectar ninguém da nossa família. Este isolamento da família, de muitos enfermeiros, também nos fragilizou de alguma forma. Este stress todo que vivemos, também foi um pouco causado pelo afastamento das famílias, que nos deixou numa situação de mais ansiedade.” (DI_E5)</i></p> | <p>4</p> |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|----------|
| | <p>Satisfação/ Insatisfação com o Trabalho</p> | <p>“... de uma forma geral, o grupo sente-se orgulhoso pela sua capacidade, pela sua determinação e pelo empenho que teve.” (DI_E2)</p> <p>“Eu acho que, em grande parte, as coisas correram bem, de uma forma geral, com alguns percalços no caminho.” (DI_E1)</p> <p>“Mas acima de tudo, acho que correu bem ... entregarmos o melhor que sabemos fazer e prestarmos os nossos melhores cuidados.” (DI_E1)</p> <p>“... era um espírito quase de missão que tínhamos todos e eu acho que nos tranquiliza que nenhum doente ficou por cuidar, ou foi menos bem cuidado, naquilo que podíamos oferecer ao doente, demos as oportunidades que precisavam. Não nos pesa na consciência que tivessem ficado por tratar ou fossem menos bem cuidados.” (DI_E5)</p> <p>“A equipa também esteve sempre recetiva e acho que foi um trabalho muito positivo ... Gratidão é aquilo que eu sinto em relação a todos os que vieram ajudar. Acho que é esse o sentimento, gratidão.” (DI_E5)</p> <p>“A nível positivo, foi sem dúvida, todo o funcionamento da equipa, com algumas pedras no meio da engrenagem, mas de uma forma geral, tudo funcionou de forma adequada e penso que conseguimos dar uma resposta positiva às necessidades dos cuidados, das quais estamos muito orgulhosos.” (DI_E1)</p> <p>“O sentimento final é de muito orgulho das pessoas que estiveram ao meu lado, comigo e com os doentes, isso é uma constante.” (DI_E2)</p> <p>“... apesar de todas as dificuldades e das pedras que surgem sempre no percurso e que foram muitas, nós conseguimos realizar um bom trabalho dentro da pressão que tivemos, das exigências que tivemos e continuamos a ter. Mas no final, a sensação é de orgulho e de muita superação.” (DI_E2)</p> | <p>8</p> |
| <p>Dificuldades e Desafios</p> | <p>Falta de Apoio/ Reconhecimento</p> | <p>“... durante um longo tempo, após esta fase, as pessoas ainda se sentem cansadas ... além de cansadas, terão sido pouco reconhecidas pelo que fizeram...” (DI_E1)</p> | <p>4</p> |

| | | | |
|--|---|---|----------|
| | | <p><i>“Infelizmente, como nem sequer tivemos a visibilidade que nos era merecida, não que nós tivéssemos à espera, porque está muito da nossa condição este ato de altruísmo e de fazermos as coisas pelo princípio em que acreditamos, mas que era merecido. Quer do ponto de vista institucional, quer do ponto de vista da sociedade. Infelizmente há muito pouca retribuição...” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... tudo isto contribui para um desanimo e um desalento que, de alguma maneira, os colegas podem sentir e que é lícito e que nós devíamos repensar.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... falta de reconhecimento dos profissionais, pela entrega que os profissionais tiveram, falta de reconhecimento. Não pelos colegas, mas pelos órgãos hierárquicos superiores. Ficamos com a sensação de que aqueles agradecimentos às vezes eram “palavras um bocado ocas”...” (DI_E1)</i></p> | |
| | <p>Dificuldades Enfrentadas pela Equipa</p> | <p><i>“Foi, sem dúvida, um momento com uma carga de trabalho muito mais aumentada. Com turnos, com jornadas longas, com um horário muito mais carregado que o habitual e num contexto de stress. E eu acho que isto refletiu-se. Isto não mata, mas mói.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... a questão de, sobretudo nas primeiras semanas, atrever-me-ia a dizer os primeiros meses que foram marcantes, do contínuo trabalho sob pressão e sob stress. Eu diria que os primeiros 3 ou 4 meses foram qualquer coisa indescritível, pouco recomendado para qualquer profissional.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... a lotação e a exigência de cuidados, que nem sempre foi colmatada com o rácio que seria adequado...” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... apesar de eu saber que as visitas são necessárias e fundamentais para a evolução do doente, numa primeira fase, senti que as visitas me incomodavam. Porque sentia que elas estavam a interromper o meu fluxo de trabalho na prestação de cuidados. E senti que, e não tem lógica nenhuma, mas a verdade é que aquele período com ausência de visitas, assumo que foi muito mau para os doentes, mas quando apareceram achei muito estranho, parecia-me que estavam a atrapalhar...” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... às vezes, ser considerado quase um obstáculo ou perturbar o nosso fluxo de trabalho, eu acho que adveio muito, primeiro, do facto dos familiares estarem muito tempo ausentes e da necessidade de</i></p> | <p>6</p> |

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| | | <p><i>questionar e de nos indagar ser maior. E também pelo facto de nós, não é perder tempo, mesmo dentro do nosso fluxo de trabalho e das atividades que nós temos programadas com o doente, temos que despende de um tempo acrescido a equipar os familiares e isso naturalmente faz com que tenhamos que agilizar o nosso plano de cuidados com o doente e criar esse espaço, esse timing para proporcionar às visitas. E se calhar daí o sentimento de (...) parecer que é quase um obstáculo e de perder tempo, que não é perder tempo ou perturbar de alguma forma.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... também senti esta dificuldade em deixar voltar os familiares estarem presentes na prestação de cuidados ... houve uma dificuldade em dar esse passo e voltar a deixar as pessoas estarem presentes na prestação de cuidados.” (DI_E7)</i></p> | |
| Adaptação às Exigências da Pandemia | Capacidade de Adaptação e Resiliência | <p><i>“Apesar de nós sermos, como disse, o serviço de doenças infecciosas e a uma parte da equipa ter tido formação com treino no âmbito da abordagem ao doente com doenças emergentes, nós tivemos de adaptar o cenário que nós treinávamos na possibilidade de receber um doente, por exemplo, com Ébola, face à ausência de conhecimento da doença COVID...” (DI_E2)</i></p> <p><i>“A dinâmica da equipa, naquele período mais crítico, na primeira vaga e também em algumas ocasiões na segunda vaga, foi-se ajustando consoante as necessidades e graças à entreaajuda de todos conseguiu-se fazer isso.” (DI_E3)</i></p> <p><i>“Também fomos resilientes...” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... eu acho que até houve uma boa capacidade de planeamento e, sobretudo, uma grande capacidade de adaptação e resiliência da nossa parte...” (DI_E2)</i></p> | 4 |
| | Suporte/ Apoio da Equipa | <p><i>“... o trabalho em equipa ajudou a superar muitas das dificuldades.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“O trabalho em equipa multidisciplinar permitiu-nos ajudar a superar todas as dificuldades que foram surgindo.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... uma grande entreaajuda entre todos...” (DI_E3)</i></p> | 6 |

| | | | |
|--|------------------|---|----------|
| | | <p><i>“Deixou de ter uma visão tão individualizada e passou ... a ser um bocado mais focada na entreadajuda e altruísmo...” (DI_E3)</i></p> <p><i>“... graças à entreadajuda de todos conseguiu-se fazer isso. Se não fosse assim não se conseguiria ter feito o que se alcançou, foi um resultado que toda a gente acabou por admitir isso à posteriori.” (DI_E3)</i></p> <p><i>“... fomo-nos ajudando muito uns aos outros para estarmos aqui hoje.” (DI_E2)</i></p> | |
| | <p>Altruísmo</p> | <p><i>“Dentro da equipa de enfermagem acho que há um grande espírito de altruísmo. Se não fosse este espírito de altruísmo, de pô-los (doentes) muitas vezes à frente, digamos que não cuidamos tão bem de nós como dos nossos doentes. Acho que este espírito de altruísmo potenciou muito o funcionamento da equipa.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“Mas acima de tudo, acho que correu bem, devido a este sentimento de altruísmo.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... está muito da nossa condição este ato de altruísmo e de fazermos as coisas pelo princípio em que acreditamos...” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... a dedicação e o altruísmo...” (DI_E5)</i></p> <p><i>“Deixou de ter uma visão tão individualizada e passou, na altura, a ser um bocado mais focada na entreadajuda e altruísmo, para conseguir atingir objetivos que eram inúmeros.” (DI_E3)</i></p> | <p>5</p> |

OBJETIVO 3: Indicar as estratégias que podem ser utilizadas durante a pandemia COVID-19**Tema 3:** Estratégias de gestão e organização

| Categoria | Subcategoria | Unidade de Análise | FO |
|---------------------|---------------------|---|-----------|
| Gestão dos Serviços | Recursos Humanos | <p><i>“...embora identificada essa necessidade junto da direção de enfermagem e do conselho de administração, houve a necessidade de automaticamente reforçar as equipas. Recordo-me da enfermeira diretora, à data dizer-me “não tenho enfermeiros” e eu disse “tem enfermeiros, tem de os ir buscar e temos de ir buscar os melhores que tivermos para nos vir ajudar”.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“Houve serviços que, à data, pela sua dinâmica de funcionamento, acabaram por ser encerrados, como consultas, hospital de dia ... que permitiu fazer jus ao uso de recursos humanos e permitiu dar, de alguma forma, no imediato, resposta aos serviços que tiveram necessidades acrescidas e foram considerados coortes COVID.” (DI_E2)</i></p> | 2 |
| | Recursos Materiais | <p><i>“Também tivemos uma ajuda do ponto de vista de aquisição de equipamentos.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... do ponto de vista logístico com as necessidades, as unidades foram sendo sucessivamente apetrechadas do que era devido, as coisas foram chegando, umas mais rápidas do que outras.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“Nós fomos dos primeiros serviços a dispor da possibilidade de usar os sistemas de informação, em particular tablets, para estabelecermos comunicação com as famílias. Todos os serviços do hospital foram dotados da mesma possibilidade e não ficou limitado aos serviços com doentes COVID.” (DI_E2)</i></p> | 3 |

| | | | |
|--|--------------------------|--|----|
| | Planeamento e Preparação | <p><i>“... nós adaptamos muito a nossa filosofia de prestação de cuidados e no âmbito da segurança do profissional ao modelo que nós vínhamos a treinar no âmbito da abordagem ao doente com uma doença emergente, mais particularmente na abordagem ao doente com Ébola. E, de alguma forma, acabou por ser facilitador e permitiu-nos ter algumas estratégias de abordagem que depois acabaram por ser benéficas para a nossa equipa...” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... dar backup às unidades que acabaram por também receber (doentes) COVIDs, e acabaram por seguir à semelhança a nossa filosofia de atuação e acabamos por ser quase um exemplo para os serviços que foram criados, quer no âmbito de intensivos, quer de internamento.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“A gente estava preparada porque, na teoria, sabíamos perfeitamente como lidar com uma situação do género...” (DI_E3)</i></p> <p><i>“A probabilidade de receber estes doentes começou no dia 31 de janeiro, quando recebemos o primeiro suspeito. Nós, à data, já tínhamos sinalizado, até no âmbito da admissão de doentes com doenças emergentes, tínhamos dois quartos predefinidos para eventuais casos suspeitos.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“A probabilidade da nossa unidade receber doentes de alto risco de doença infecciosa era iminente, com os primeiros casos na China percebemos que rapidamente a disseminação iria ocorrer. Surgiu o primeiro caso no dia 31 de janeiro, como caso suspeito e a partir dessa data, ficamos em estado de alerta sempre.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“Tivemos de reforçar formação, também tivemos de nos desdobrar para dar formação aos outros profissionais que foram abrir coortes em serviços como ginecologia, outros intensivos, outros serviços até de internamento e a nossa equipa também deu backup no âmbito de formação...” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... foi criada no hospital uma equipa de apoio psicológico que permitia que os profissionais pudessem recorrer inclusive de forma anónima a este tipo de apoio. Eu acho que neste contexto também foi importante e sei de profissionais que recorreram desta ajuda e muito bem. E também queria frisar esta possibilidade que nos foi dada.” (DI_E2)</i></p> | 16 |
|--|--------------------------|--|----|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p><i>“... a gestão do hospital trabalhou de uma forma relativamente adequada para proporcionar um fortalecimento de equipas de enfermagem e a aquisição de toda a maquinaria associada a uma UCI nomeadamente ventiladores, ventiladores não invasivos e toda a maquinaria associada.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“O que podia ser feito melhor, seguramente muitas coisas, mas à velocidade que as necessidades surgiam, eu acho que até houve uma boa capacidade de planeamento e, sobretudo, uma grande capacidade de adaptação e resiliência da nossa parte, que inclusive permitiu sermos considerados um dos hospitais que melhor geriram a questão da pandemia.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... olhando pra trás, era muito fácil dizer “olhem vamos estar preparados para uma nova doença que vai aparecer daqui a três meses. Vocês vão ter de ter isto preparado, estes processos definidos, etc.”. A grande lição que eu espero que saia daqui é estarmos preparados para a próxima, porque provavelmente uma situação destas, não quero que aconteça, mas a probabilidade de vir a acontecer, como sabemos, é grande no mundo globalizado que temos hoje. Acho que a grande lição que sai daqui: é estarmos preparados para alguma situação muito próxima que possa vir a surgir.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“Uma coisa que não é que não fosse reconhecida no momento, mas que não era exequível, pelo menos facilmente, era ter espaços de partilha de angústias. Foi criada aquela linha de suporte psicológico, mas acho que faltaram alguns momentos de partilha de angústias entre nós, que a pressão não permitiu, o excesso de trabalho também não permitiu. Não é que não houvesse reconhecimento que fosse necessário, mas de facto era quase impossível nós termos esse timing e eu sinto que ele fez falta.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... no contexto pandémico, do ponto de vista de formação e capacitação das equipas ficaram todas paradas. Estamos neste momento a reestruturar a unidade e o conceito de unidade doenças emergentes, no sentido de nos preparar para uma próxima pandemia, para uma próxima abordagem a um doente altamente complexo e com alto risco infeccioso, denominado atualmente por doenças de alto impacto.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... este grande susto e esta testagem de todo o sistema de saúde fez perceber que, de facto, isto é um investimento importante e que tem de ser naturalmente feito. Tem de haver unidades dedicadas, equipas capacitadas, tem que haver o plano A de abordagem inicial ao doente, tem que haver um plano B de disseminação em função do nível de emergência que estiver decretado face ao número de casos. E esse</i></p> | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|---|----------|
| | | <p><i>trabalho tem de ser feito e tem de ser feito com planeamento, não quando começa a surgir o primeiro caso na China, na Noruega ou na Tailândia. Mas tem de ser um trabalho programado, tem de ser estruturado, que demora muito tempo, que exige investimento, sobretudo investimento do ponto de vista de formação e capacitação, que nos vai tornar profissionais com mais capacidade de cuidarmos bem. Esta experiência seguramente que nos será benéfica nesta planificação.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... delinearíamos aquilo que é imprescindível garantirmos ao nosso doente, porque vai nos trazer ganhos, vai nos diminuir dias de internamento, vai diminuir comorbilidades e essas coisas naturalmente que têm de ser tidas em conta.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... acho que não há desculpas para o imprevisto, se surgir uma nova pandemia. Deve haver planos bem definidos, com fluxogramas bem definidos, com formação adequada das equipas. Penso que isto é fundamental para que não seja tudo em cima da situação ou do acontecimento. Pronto, como eu digo, esta pandemia que atravessamos foi uma grande lição e acho que as desculpas para falhar são poucas numa próxima vez que isso possa acontecer.” (DI_E1)</i></p> <p><i>“... acho fundamental o trabalho em parceria a nível nacional e a nível internacional, sobretudo em áreas tão específicas.” (DI_E2)</i></p> | |
| | <p>Processo de Integração no Serviço</p> | <p><i>“... chegada de um número significativo de novos profissionais e isso tem impacto nas equipas também e é uma questão que criou alguma instabilidade, que acaba por criar sempre... Mas não é indiferente, será mais uma dificuldade ao cenário que nós tínhamos, enquanto seres humanos e profissionais de saúde.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“As integrações tiveram tudo menos um processo adequado de integração. Basicamente, os colegas foram “atirados aos lobos”, como se diz na gíria.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“Tentou-se, para colmatar essa integração mal feita e vou dizer mal feita porque não preconiza o que é uma integração. Não chega mostrar o espaço físico e o mostrar o “ABC”, como disse o colega, é muita mais do que isso um processo de integração. E naturalmente que os processos integração ficaram muito aquém do que é um processo de integração idealizado no contexto de trabalho numa unidade de cuidados intensivos.” (DI_E2)</i></p> | <p>6</p> |

| | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|---|
| | | <p><i>“O que colmatou muito estas integrações um bocadinho desfalcadas foi a disponibilidade da equipa, apesar da pressão constante...” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... os colegas que foram admitidos na altura por concurso ... foram recrutados da bolsa que estava em vigor à data e esses não tiveram grande margem de escolha, foram distribuídos pelos serviços que estavam carenciados no hospital.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“Felizmente não tivemos nenhum incidente a reportar, mas poderíamos ter tido face à lacuna que houve no processo de integração e o que é preconizado quer para a segurança do profissional e, sobretudo, para a segurança do doente.” (DI_E2)</i></p> | |
| Cuidados Centrados na Pessoa | Segurança dos Cuidados | <i>“Introduziu-se, nestes contextos, a videovigilância nos serviços ... Introduziu-se por forma de salvaguardar o doente.” (DI_E3)</i> | 1 |
| | Humanização dos Cuidados | <p><i>“Foi uma situação difícil, o que os doentes passaram por não terem familiares a irem visitá-los.” (DI_E4)</i></p> <p><i>“... acho que fomos, não sei se estarei enganada, um dos primeiros serviços a criar a videochamada. Tivemos um tablet onde permitíamos a videochamada para que os familiares comunicassem com os doentes. Mas isto já numa fase mais a frente.” (DI_E4)</i></p> <p><i>“... à posteriori fomos um dos primeiros serviços, ou não sei se o primeiro, em que fazíamos videochamadas para quebrar um bocadinho essa ausência, de eles se sentirem abandonados. Muitos dos doentes referiam que sentiam que as famílias que os tinham abandonado.” (DI_E4)</i></p> <p><i>“... fomos um dos primeiros serviços a deixar os familiares virem visitar, claro, com as devidas precauções.” (DI_E4)</i></p> <p><i>“Em relação às visitas, quando se previa que a situação era irreversível para o doente em fase terminal, que se previa que não havia mais nada a oferecer ao doente, eram permitidas. Permitíamos que a família se despedisse do doente. Se houvesse tempo para isso, era permitido. Não havia aquela visita regular, que não</i></p> | 8 |

| | | | |
|--|--|--|----------|
| | | <p><i>era permitida, mas em situações terminais, abríamos essa exceção, não deixávamos o doente partir sem a família se despedir ou estar com o doente.” (DI_E5)</i></p> <p><i>“... a questão das visitas e de permitir que familiares se viessem despedir em situações terminais, foi possível e eu acho que ajudou em muito a equipa a ir buscar o lado humano, que parecia esquecido e que é determinante no âmbito na prestação de cuidados de enfermagem e sem o qual nós não nos reconhecemos. E o permitir isso deu-nos um bocadinho de alento dentro do que é nosso quadro concetual.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... em relação à comunicação com os doentes e com a família, foi um aspeto que eu senti efetivamente uma grande dificuldade e diferença, porque havia uma menor proximidade com os doentes ... usávamos bastante equipamento e perde-se um bocado essa comunicação...” (DI_E6)</i></p> <p><i>“... pedimos autorização ao delegado de saúde para proporcionar, por exemplo, a despedida do seu familiar, que estava numa situação crítica.” (DI_E2)</i></p> | |
| | <p>Envolvimento da Família no Cuidados</p> | <p><i>“No início, pelos medos e receios, isso nem sequer era questionado. Não havia visitas e eram os médicos que davam as informações aos familiares.” (DI_E4)</i></p> <p><i>“... passámos depois a ter visitas só por marcação e muito restritas. O tempo também era pouco para estar com as visitas. Acho que perde o doente que não está com a visita e perdemos nós que não vamos buscar também a história do doente, o círculo do doente onde ele está inserido. Acabamos por não ter aquela relação, porque o doente está ventilado e, às vezes, não conseguimos falar com ele, não temos relação com ele e a nossa relação era através da família. E acho que isso se perdeu muito com o COVID.” (DI_E6)</i></p> <p><i>“... estamos a falar de uma pandemia, uma situação muito grave, mas agora que estamos um bocadinho longe disso e que podemos olhar de outra forma, acho que se calhar criar uma estratégia para a enfermagem poder ter essa ligação. Temos o tablet realmente, nós usávamos e era ótimo para os doentes, para poderem falar com a família, mas era sempre um contacto mais diminuto com o doente ... acho que ganhávamos mais se conseguíssemos ter mais proximidade com a família, numa próxima pandemia.” (DI_E6)</i></p> | <p>5</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p><i>“... isso para nós é algo que é imprescindível e que faz parte do nosso cuidado, o envolvimento seja familiar ou convivente significativo, isso é fundamental. No entanto, tentou-se, dentro do que era possível, naquelas situações mais críticas, serem asseguradas e permitir a presença do familiar.” (DI_E2)</i></p> <p><i>“... efetivamente temos de pensar para futuras pandemias ... para melhor se fazer o luto das famílias. No nosso serviço não aconteceu ou poucas vezes não conseguimos, mas no seu geral, as famílias terem a possibilidade de ver o seu ente querido, porque com esta pandemia nós sabemos que muitos familiares não conseguiram ver o seu ente querido. Então na primeira vaga fechava-se o corpo num saco e não era aberto e a família não teve sequer possibilidade de visualizar o seu familiar. Isto para futuras pandemias, acho que tem que ser algo mais bem pensado...” (DI_E4)</i></p> | |
|--|--|--|--|

Perceção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19:
Contributo da Supervisão Clínica

ANEXO V

Matriz de Análise de Conteúdo – UCI Neurocríticos

Matriz de Análise de Conteúdo – UCI Neurocríticos

| OBJETIVO 1: Identificar as mudanças que ocorreram nas UCIs durante a pandemia pela COVID-19 | | | |
|---|------------------------|---|----|
| Tema 1: Mudanças na UCI durante a pandemia COVID-19 | | | |
| Categoria | Subcategoria | Unidade de Análise | FO |
| Mudanças Organizacionais | Alterações nas Equipas | <p><i>“A mudança começou pela mudança das equipas, não é? Nós fomos divididos. Tanto a equipa médica como a de enfermagem e passamos a trabalhar com uma equipa médica diferente. O pessoal que se deslocou para o serviço da Cardiotorácica passou a trabalhar com a nossa equipa médica e nós com uma equipa médica de fora. E as duas equipas herdaram equipas de outros serviços. A primeira mudança de referência é a mudança da equipa.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... colegas que saíram do serviço e tiveram que se deslocar. ... mudaram mesmo para outros serviços e foram alocados noutra espaço.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Depois, mesmo dentro das pessoas que ficaram, dos elementos das equipas, as equipas foram desagregadas e foram formadas equipas novas para integrar os colegas que vieram os outros sítios.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Por exemplo, nós herdamos colegas da Cardiotorácica, colegas do bloco e colegas de outras unidades. E eles tiveram que ser distribuídos pelas equipas e os colegas do serviço também, para tentar equilibrar.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Certo que a primeira mudança foi, acima de tudo, no que toca aos recursos humanos.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... foram misturadas equipas de pessoas de todo o lado.” (NC_E3)</i></p> | 14 |

| | | | |
|--|-------------------------------|--|----------|
| | | <p><i>“Cheguei a falar com os colegas e uns vinham dos Neurocríticos, uma vinha da Obstetrícia, outra vinha da Medicina (...)” (NC_E2)</i></p> <p><i>“... a integração de colegas novos com pouca experiência, em que alguns vinham do cuidado ao idoso na comunidade, sem qualquer experiência em cuidados intensivos.” (NC_E5)</i></p> <p><i>“Nós nunca tivemos a opção de ficar todos juntos, a equipa teve que se dividir a meio, precisamente por esta tentativa de ter quem conseguisse estabelecer uma base de sustentação.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... colegas que foram para o nosso serviço para nos ajudar. Muitos deles nem sequer tinham experiência em cuidados intensivos. Não diretamente, pois vieram do bloco, tínhamos colegas que vieram da medicina também.” (NC_E4)</i></p> <p><i>“... o facto de a nossa equipa ter que se adaptar para ter pessoal em cada equipa, pelo menos um elemento dos Neurocríticos, com bastante experiência e os outros com alguma experiência. Porque nós nunca sabíamos se os colegas que vinham de novo, qual é que era a experiência deles.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“Por exemplo, até calhou na minha equipa ter um colega que já tinha mais de 16 anos de experiência em cuidados intensivos, mas em outras equipas, se calhar, nem experiência tinham ou a única experiência em cuidados intensivos que tinham foi através da especialidade, daí nunca terem trabalhado diretamente nessa área, o que acaba por dificultar.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“... necessidade de integrar colegas novos e de integrar pessoas de fora da equipa...” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Não foi propriamente uma escolha voluntária ir ou ficar (mudança de serviço).” (NC_E1)</i></p> | |
| | <p>Alterações Estruturais</p> | <p><i>“Depois a mudança estrutural, sabem falar melhor os colegas que saíram do serviço e tiveram que se deslocar. Aí mudaram mesmo para outros serviços e foram alocados noutra espaço. E houve uma mudança mesmo de espaço do serviço.” (NC_E1)</i></p> | <p>6</p> |

| | | | |
|-----------------------|---------------------------------------|---|---|
| | | <p>“... acho que foi pior para vocês (mudança da UCI Neurocríticos para as instalações da UCI Cardiorácica). Vocês ficaram confinados a um espaço que não estava minimamente adaptado às vossas necessidades, com recursos que não estavam adaptados às necessidades e vocês ficaram com um horário muito mais sobrecarregado que o nosso.” (NC_E1)</p> <p>“... na Cardiorácica nem sequer havia uma pixis para nós. E nós gastamos a medicação quase toda do stock deles. Na parte de recursos materiais e de espaço, para a nossa tipologia de doentes não era suficiente.” (NC_E4)</p> <p>“É evidente que ficaram com os nossos doentes, mas ficaram com eles num espaço que era completamente diferente do espaço a que estavam habituados, com limitações em termos de monitorização.” (NC_E1)</p> <p>“... para o fim, nós mudávamos de COVID para polivalente e de polivalente para COVID. Aquilo foi uma confusão do dia para a noite. E isso demonstra, de facto, que para as instituições hospitalares isto foi o ex-líbris da flexibilização, voltarmos outra vez às unidades gerais versus unidades de especialidade, porque, de facto, eles passaram a poder transformar um espaço numa unidade de um tipo ou outro, porque tinham pessoas com valências nas duas áreas e por isso conseguiam dar resposta a muitos mais doentes.” (NC_E1)</p> <p>“... acho que a passagem para a Cardiorácica foi (...) Teve que ser. Foi assim um bocadinho em cima do pé, porque as coisas foram evoluindo e não sei se eles já estavam à espera da grandeza do fenómeno.” (NC_E5)</p> | |
| Mudanças Operacionais | Reorganização da Dinâmica de Trabalho | <p>“A dinâmica de trabalho foi outra coisa que mudou radicalmente. A forma como nos posicionávamos no serviço era completamente diferente para nós.” (NC_E1)</p> <p>“Passamos a ter um enfermeiro de referência em área limpa, a quem era quase referenciado tudo e fazia suporte nos dois espaços.” (NC_E1)</p> <p>“... os colegas dentro articulavam-se, mas, quer dizer, passavam a estar limitados em termos de dinâmica de trabalho a um espaço confinado durante um período de tempo obrigatoriamente longo. E em termos de dinâmica de trabalho, isso mudou radicalmente.” (NC_E1)</p> | 8 |

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|
| | | <p>“... para nós, os elementos da nossa equipa funcionavam como um suporte de controlo lá dentro e cá fora.” (NC_E1)</p> <p>“... nós utilizávamos enfermeiros de referência: os nossos lá dentro e o de referência cá fora...” (NC_E1)</p> <p>“Nós notávamos uma diferença muito grande em termos de articulação de trabalho com a equipa médica. Porque, o facto de as pessoas não estarem habituadas a trabalhar em conjunto, levava sempre a que, antes de qualquer procedimento, que não fosse urgente ou emergente, existisse um cuidado de definir passos e de rever os passos do procedimento para que nada falhasse.” (NC_E1)</p> <p>“... no fim de cada passagem de turno, os médicos vinham reunir com o enfermeiro de referência, transmitiam o plano do doente, era feito um briefing do que era esperado para as 24 horas seguintes.” (NC_E1)</p> <p>“... era o elemento de referência que fazia as chamadas à família...” (NC_E1)</p> | |
| | Equipamentos de Proteção Individual | <p>“Também tivemos mais mudanças, por exemplo, em termos da utilização de EPIs, que passou a ser completamente diferente. Nós temos os mesmos EPIs que utilizamos agora no serviço, só que na altura foi muito mais elaborado, como começar a usar máscaras P2 e P3, viseiras...” (NC_E2)</p> <p>“... no início era tudo muito confuso, teve que se fazer os protocolos de como é que se vestem/ despem adequadamente os equipamentos. Pronto, isso teve tudo uma necessidade de adaptação de todos os colegas, porque nós não estávamos habituados a esta situação.” (NC_E2)</p> | 2 |
| | Circuitos e Áreas de Trabalho | <p>“... a existência dos circuitos. Sítios por onde se podia passar antes, mas que não podíamos na altura do COVID.” (NC_E4)</p> <p>“... até fora do serviço, porque tínhamos circuitos para nos podermos deslocar, como para ir ao TAC ou poder levar os doentes transferidos ... Passaram a existir unidades de TAC que funcionavam só para doentes covid e outras unidades de TAC para doentes “limpos”.” (NC_E1)</p> | 5 |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p><i>“Passamos a ter um enfermeiro de referência em área limpa...” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... passavam a estar limitados, em termos de dinâmica de trabalho, a um espaço confinado durante um período de tempo obrigatoriamente longo.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... a colocação dos EPIs, nós tínhamos na zona limpa de fardamento...” (NC_E2)</i></p> | |
| | Procedimentos e Protocolos | <p><i>“E mesmo determinados procedimentos. Por exemplo, não sei se foi na primeira entubação ou extubação, que se levou um acrílico e foi uma confusão porque ninguém sabia muito bem como lidar com isso. Eventualmente, acabou por ser deixar de se utilizar, mas teve aquele impacto inicial.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“Também houve alguns procedimentos que necessitavam de outros tipos de cuidados que nós não estávamos habituados.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“... mesmo, por exemplo, coisas simples como os talheres aos doentes, que passaram a ser talheres descartáveis, por não poderem depois voltar para a cantina. E, às vezes, como nós não estávamos habituados, acabávamos por colocar “dos outros” e depois nem sabíamos o que devíamos fazer com eles. Ou seja, houve alguns constrangimentos porque não estávamos habituados a esta nova dinâmica.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“... apesar de ser o nosso espaço físico, também tivemos protocolos diferentes.” (NC_E4)</i></p> <p><i>“... a maneira como por exemplo, montávamos ventiladores, a maneira como montávamos VNIs (...) Era tudo diferente.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Mesmo para a aspiração de secreções ... Todas essas coisas foram diferentes.” (NC_E4)</i></p> | 6 |
| | Cuidados à Pessoa em Situação Crítica com COVID-19 | <p><i>“... nas entubações, os doentes tinham, de facto, uma reserva que revelava a hipóxia que os caracterizava. Nós não tínhamos quase tempo para falhar uma entubação.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Por exemplo, o remifentanil corria a ritmos completamente absurdos comparativamente com o que corre nos nossos doentes (neurocríticos). Nós tínhamos o remifentanil a 20, 25 mililitros/hora. Até nesse sentido, a segurança, o cuidado que se impõe em termos de controlo é muito maior, porque um doente que faz um</i></p> | 5 |

| | | |
|--|---|--|
| | <p><i>kinking (obstrução) numa linha com um remi a 20, não é a mesma coisa que fazer numa linha com remi a 1. O risco de haver um bolús em quantidade substancial para se fazer uma paragem respiratória é muito superior num ritmo desses.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Mais o desequilíbrio que eles sofriam quando a perfusão acabava, por exemplo, implicava uma reação muito mais imediata dos colegas que estavam lá dentro ... Por isso, até os tempos de resposta eram completamente diferentes.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... nos transitamos, na primeira fase, de entubar todos os doentes, para uma fase em que não entubávamos quase nenhum. Por isso houve uma mudança radical até na maneira como se decidiu tratar a doença. Mesmo ao longo do período de evolução da COVID houve uma mudança, mesmo em termos oficiais, na maneira como se abordava a doença. Da primeira para a segunda fase, mudou radicalmente. Na primeira fase tivemos muitos doentes que morreram e chegaram à conclusão que, na verdade, a entubação não facilitava porque eles desenvolviam infeções secundárias e acabavam por morrer na sequência das infeções secundárias e acabaram por decidir não entubar. E sem dúvida que foi de uma violência, quer dizer, a agonia respiratória é das formas de morrer mais(...)” (NC_E1)</i></p> | |
|--|---|--|

OBJETIVO 2: Descrever as respostas dos enfermeiros face às mudanças nas UCIs durante a pandemia pela COVID-19**Tema 2:** Impacto da pandemia COVID-19 nos enfermeiros

| Categoria | Subcategoria | Unidade de Análise | FO |
|---------------------|---------------------|---|-----------|
| Impacto Psicológico | Medo e Insegurança | <p>“... até porque era tudo desconhecido e era o medo também. Porque também era um risco grande para nós.” (NC_E3)</p> <p>E foi difícil ver doentes conscientes ... que sabiam que provavelmente iriam morrer e que pediam para ligar, outros que até nem queriam ligar porque não queriam ver a família momentos antes do que poderia ser a causa da morte deles. E essa situação foi muito difícil...” (NC_E4)</p> <p>“No início as pessoas estavam com muito medo e não queriam trocar (de serviço).” (NC_E1)</p> | 3 |
| | Stress e Ansiedade | <p>“... em situações em que não temos colegas com tanta experiência, acaba por dificultar e ser um fator de stress maior para a equipa.” (NC_E2)</p> <p>“... acabou por ser um fator de stress, foi o facto de nós, naquela altura, principalmente na primeira fase, não sabermos o que é que podíamos fazer para o doente melhorar.” (NC_E2)</p> <p>“Nós agora já sabemos como é que a doença evolui, mas naquela altura ainda não se sabia muita coisa. Andávamos numa “tentativa e erro”, como vários fármacos que inicialmente começamos a administrar, mas que depois se viu que afinal não era o mais adequado. Ou seja, mesmo para nós era uma incerteza muito grande, porque parecia que era quase um jogo lotaria.” (NC_E2)</p> <p>“... não tinham o rácio de pessoas que nós tínhamos (na UCI COVID-19) e isso em termos de trabalho, acho que foi um fator de stress descomunal” (NC_E1)</p> | 4 |

| | | | |
|--|--|---|----------|
| | <p>Satisfação/ Insatisfação com o Trabalho</p> | <p><i>“... acho que até nos preparamos, inicialmente, relativamente bem.” (NC_E4)</i></p> <p><i>“Mas sinceramente, eu acho que como íamos todos com o mesmo espírito, ou seja, custou porque custa sempre sair de serviço, adaptar a novos serviços, a serviços que não estavam minimamente preparados, que não eram serviços de cuidados intensivos e nós tivemos que fazer essa montagem toda. Mas eu acho que, o sentimento com que saí foi de realização, de que estávamos ali todos para o mesmo. Acho que até correu muito bem, apesar de não estarmos com a nossa equipa, mas acho que no fundo, apesar de não ter sido bom, obviamente, no fim correu bem.” (NC_E3)</i></p> <p><i>“... funcionou muito bem, porque estamos todos com o mesmo espírito.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“... na globalidade, teve-se um resultado bom...” (NC_E6)</i></p> <p><i>“... os profissionais de saúde portaram-se muito bem, dadas as dificuldades que sentiram durante esse período, conseguiram adaptar-se muito rapidamente, mas falhou-se também.” (NC_E5)</i></p> | <p>5</p> |
|--|--|---|----------|

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---|---|
| Dificuldades e Desafios | Falta de Apoio/ Reconhecimento | <p>“... o apoio emocional que nós não tivemos. Tivemos entre nós colegas, que nos apoiávamos uns aos outros, mas numa instituição como esta, não nos apoiou muito nessa vertente.” (NC_E4)</p> <p>“... acho que o hospital nessa parte não se preocupou muito com os profissionais, apenas deixou rolar.” (NC_E4)</p> <p>“... até a preocupação de se ir ouvindo os profissionais e ir colhendo sugestões de profissionais. Por exemplo, nunca existiu, um focus group para nós podermos discutir. Dentro da mesma equipa, entre as pessoas que ficaram de um lado e as pessoas que ficaram do outro, em que é que podíamos ter sido melhores, em quem é que nos podíamos ter apoiado mais...” (NC_E1)</p> <p>“Nós somos o reflexo crasso do que é a falha de acompanhamento psicológico dos profissionais. Nós recebemos a visita do psicólogo, quando morre alguém, quer dizer, não há relação nenhuma estrutural. Nós preferimos apoiarmo-nos nos colegas, que são as pessoas que, na verdade, com quem temos relações de intimidade e com quem temos relações de confiança, do que uma pessoa que nos aparece ali e de repente nos vem perguntar o que é que nós sentimos sobre a morte de um colega e nós nunca vimos aquela pessoa à nossa frente.” (NC_E1)</p> | 4 |
| | Dificuldades Enfrentadas pela Equipa | <p>“Inclusive abrimos outros serviços que nem sequer estavam praticamente preparados, ou seja, que não eram unidades de cuidados intensivos e em que foram misturadas equipas de pessoas de todo o lado. Inclusive eu, saí do nosso serviço para ir, por exemplo, para o UPA.” (NC_E3)</p> <p>“... numa ocasião, que tínhamos de tocar uma “prisma” - uma máquina de técnica dialítica - e os dois colegas que naquele momento estavam lá, não tinham experiência em trocar o set. Então um colega teve que se equipar rapidamente para conseguir trocar. Só esse processo de equipar de forma correta leva o seu tempo. E em situações em que não temos colegas com tanta experiência, acaba por dificultar e ser um fator de stress maior para a equipa.” (NC_E2)</p> <p>“... ao mesmo tempo acabou por ser algo confuso noutros serviços ... por exemplo, eu cheguei a dar apoio ao piso 6 e estava lá tanta gente ... Nós caímos lá de paraquedas, com os colegas que já lá estavam a</p> | 9 |

| | | | |
|--|--|---|----------|
| | | <p><i>trabalhar e nós vínhamos dar apoio e às vezes parecia que nós estávamos a “estorvar” mais do que a dar efetivamente apoio. Nós estávamos basicamente no “chega-me isto”. Ou seja, isso também acabou por ser um bocado confuso aquela política do “está gente a mais, manda para o piso 6 para ajudar” e depois caímos uns cinco de paraquedas lá no serviço, no qual tivemos uma vez...” (NC_E2)</i></p> <p><i>“... não sabemos onde é que está o material ... tínhamos de andar a correr quando precisamos de determinadas coisas. Isso tudo acabou por dificultar.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“E mesmo os rácios também, que era muito difícil e muito pesado para os colegas. Isso também foram dificuldades sentidas.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“Eles ficaram com a mesma necessidade de integrar colegas novos e de integrar pessoas de fora da equipa, mas não tinham o rácio de pessoas que nós tínhamos (na UCI COVID-19) e isso em termos de trabalho, acho que foi um fator de stress descomunal.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Fora a carga horária, que de facto também era uma carga horária mais pesada naquela altura e que também não ajudou.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Não estávamos articulados uns com os outros.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“ Acho que isso foi uma aprendizagem de uma fase para outra. Precisamente porque acho que, se calhar, quem apanhou a primeira fase, o feedback não foi tão positivo, mesmo porque as pessoas também não estavam tão preparadas ... Ninguém estava preparado para lidar com isto.” (NC_E1)</i></p> | |
| <p>Adaptação às Exigências da Pandemia</p> | <p>Capacidade de Adaptação e Resiliência</p> | <p><i>“Mesmo nós, que éramos, na verdade, do espaço físico, tivemos que nos ajustar a isso, às exigências da realidade dos doentes, eram diferentes e exigiram adaptação para toda a gente, até nesse sentido.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Foi necessário um esforço muito grande de todas as partes, tanto a parte do serviço que acolhe, como dos colegas que vão para um novo serviço.” (NC_E2)</i></p> | <p>6</p> |

| | | | |
|--|---------------------------------|---|----------|
| | | <p>“... acho que exigiu da equipa uma adaptação a novos equipamentos. Nós tínhamos mais ventilação invasiva e o pessoal começou a ter de se adaptar. Houve doentes que vinham acordados e com suporte ventilatório não invasivo.” (NC_E5)</p> <p>“Também muitos doentes, pelo que me apercebi, acordados, que vinham conscientes e cognitivamente bem, apesar da sua hipóxia, e que, em termos emocionais, acho que foi mais pesado para a equipa. O conhecer a pessoa, interagir muito mais com a pessoa, coisa que nós não estávamos habituados, estávamos habituados, a um doente que já está entubado, sedado, e muitas vezes não temos tempo para o conhecer.” (NC_E5)</p> <p>“... fomos conseguindo adaptar-nos às dificuldades ... fomos conseguindo ultrapassar isso.” (NC_E5)</p> <p>“Nós conseguimos resolver a questão, ou melhor, conseguimos adaptarmo-nos de forma a ter bons resultados e sucesso. Mas dependeu muito do trabalho individual de cada um e da capacidade de gestão emocional de cada um.” (NC_E6)</p> | |
| | <p>Suporte/ Apoio da Equipa</p> | <p>“... para nós, os elementos da nossa equipa funcionavam como um suporte de controlo lá dentro e cá fora.” (NC_E1)</p> <p>“... tivemos que, inicialmente, estar de “sobre-olho” nos outros colegas que foram para o nosso serviço para nos ajudar. Muitos deles nem sequer tinham experiência em cuidados intensivos... Também tivemos que lhes dar esse apoio. Tivemos que nos reajustar.” (NC_E4)</p> <p>“... há suporte e entreaajuda na equipa, as pessoas preocupam-se com os colegas ... a equipa funciona em rede e eu acho que isso foi o que mais nos sustentou, tanto num lado como no outro durante a pandemia, pelo menos a nós. E acho que foi essa cumplicidade que sustentou, na verdade, tudo.” (NC_E1)</p> | <p>3</p> |

OBJETIVO 3: Indicar as estratégias que podem ser utilizadas durante a pandemia pela COVID-19**Tema 3:** Estratégias de gestão e organização

| Categoria | Subcategoria | Unidade de Análise | FO |
|---------------------|------------------|---|----|
| Gestão dos Serviços | Recursos Humanos | <p>“... à medida que as pessoas foram perdendo o medo, podíamos ter articulado de outra forma. E se nos tivéssemos, se calhar revezado dentro das equipas, quem entrou no limite da saturação não teria entrado, porque teria tido a experiência dos dois sítios. Acho que faltou um bocado esta capacidade das pessoas se irem adaptando ao próprio conhecimento que se foi adquirindo da doença, porque isto durou muitos meses.” (NC_E1)</p> <p>“Nós tínhamos um plano de contingência que era por graus, como vocês sabem. E aquilo escalou de uma maneira assustadora. E de repente, como acontece agora, que muitos dos serviços trabalham no limiar inferior de recursos humanos, de repente, passaram a ser precisos o dobro dos recursos humanos.” (NC_E1)</p> <p>“Uma coisa que eu acho que falhou foi, por exemplo, não foram recrutados colegas de cuidados intensivos de todos os serviços do hospital, há colegas que trabalham no internamento que não foram recrutados.” (NC_E1)</p> <p>“O que eu acho que devia ter acontecido era que ... estes colegas novos tinham tido outro timing de adaptação no internamento e tinham-se repescado esses colegas de cuidados intensivos que ficaram nos internamentos ... e depois começava-se a fazer o que tivesse que ser de facto, in extremis, que era ter gente nova a assegurar esse tipo de doentes, acreditando que quem está com experiência consegue ter quatro braços, os seus e os do colega.” (NC_E1)</p> <p>“... nós conhecemos muitos colegas que trabalham em serviços de internamento que não vieram prestar cuidados a unidades COVID e até estavam disponíveis para isso. Por isso, se calhar, houve uma má utilização dos recursos humanos de uma maneira geral.” (NC_E1)</p> | 10 |

| | | | |
|--|---------------------------|--|----------|
| | | <p>“... o hospital pegou nesses colegas e eles foram dar formação aos serviços de internamento. Foram eles que fizeram muita da formação para os colegas do internamento. Eu percebo que não podíamos desmembrar a equipa, porque eles também precisavam de uma equipa que trabalhasse nas camas de lá. Mas acho que se devia ter pegado naqueles colegas e ter feito daquilo uma núcleo de referência em termos de organização do suporte dos outros serviços.” (NC_E1)</p> <p>“De facto, a experiência deles era mais relevante a esse nível, tinham tido experiências prévias com outros microrganismos que exigiam um cuidado particular e tiveram de se adaptar a isso. E acho que, se calhar, teria valido a pena rentabilizar um bocado mais a experiência desses colegas.” (NC_E1)</p> <p>“Eu fiz uma auditoria, em pleno COVID, com a unidade de Infeciosas, em área COVID ... com eles a circular perfeitamente e eu tive que me manter limpa porque tinha de tirar anotações, mas eles tinham aquilo perfeitamente articulado. Acho que tinha sido uma mais valia rentabilizar a experiência daqueles colegas.” (NC_E1)</p> <p>“A questão da gestão dos recursos humanos. Acho que depois desta experiência, é necessário alocar profissionais aos serviços de acordo com a sua experiência e com o tipo de serviços que estão a prestar. Acho que deve ter sido das coisas mais reveladoras de défice, nesse departamento.” (NC_E6)</p> <p>“... era preciso ter gente diferenciada em cuidados intensivos a trabalhar nos sítios onde está familiarizada a trabalhar. Era daí que vinha a vantagem.” (NC_E1)</p> | |
| | <p>Recursos Materiais</p> | <p>“... uma dificuldade estrutural que nós tínhamos no nosso serviço, o facto de estar dividido em duas alas – Ala A e a Ala B – e a comunicação entre as duas alas, sobretudo estando na área dita suja, era difícil. Então a utilização de um walkie talkie para conseguirmos articular com os colegas da outra ala, em situações emergentes ou situações mais rápidas, foi uma das estratégias que também funcionou muito bem connosco.” (NC_E2)</p> <p>“O facto de não saberes onde é que está o material, material que tu utilizas diariamente. Às vezes tínhamos de andar a correr quando precisamos de determinadas coisas. O facto de muitas vezes temos que ir à</p> | <p>3</p> |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|-----------|
| | | <p><i>unidade Neurocríticos buscar determinados materiais que estavam a ser necessários na Cardiotorácica. Isso tudo acabou por dificultar.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“Acho que a nossa vantagem foi precisamente, apesar de tudo, com a escassez de recursos que tínhamos, porque em termos económicos, internamente nós temos muito menos capacidade produtiva de sustentação autónoma ... Acho que nisto a integração europeia para nós foi uma vantagem imensa, porque houve muita troca de materiais, muita sustentabilidade dentro dos Estados Membros da União e muita troca de matérias que nos faltavam a nós imenso. Foi fundamental para manter a sustentabilidade em todas as áreas de todos os serviços nacionais de saúde de todo o lado. Mesmo cá, muitas fabriquetas que não estavam destinadas para este tipo de atividade passaram a produzir esse tipo de matérias. Acho que, de uma maneira geral, a tragédia une as pessoas. E teve essa vantagem aqui e nos outros sítios.” (NC_E1)</i></p> | |
| | <p>Planeamento e Preparação</p> | <p><i>“Porque é assim, abstratamente falando, abdicou-se amplamente da qualidade dos cuidados em detrimento da funcionalidade. E nós, que temos tudo protocolado, passámos a ter uma noção disso muito clara.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“E eu acho que estas coisas são para ser pensadas não é em tempo de guerra. Essas coisas são implementadas antes da guerra, para que quando a guerra chega as coisas fluírem e as pessoas até poderem trabalhar sobre elas e serem criativas sobre elas e explorarem e otimizarem, mas com base em práticas que já estão consolidadas, cimentadas, assimiladas por toda a gente. Eu acho que isso é de facto revelador, se calhar nem é uma fragilidade do tempo COVID, é de uma fragilidade de um tempo que é anterior e posterior ao COVID.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Durante as auditorias apercebi-me que há uma unidade que estava mais adaptada a isso do que nós, porque já tinha tido situações de necessidade de adaptação perante outras situações, outras doenças e outros quadros, só que muito mais limitados, que é a unidade de Infeciosas ... acho que nestes momentos a experiência também é importante e a partilha da experiência é importante.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“A preparação para esses tempos difíceis, é feita de um bom funcionamento nos tempos bons.” (NC_E1)</i></p> | <p>11</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p><i>“... o que eu acho é, por exemplo, estes défices de humanização declarados, défices de comunicação declarados, entre as chefias e enfermeiros e entre equipa médica e enfermeiros. É assim, isto não são défices da pandemia, são défices que nós continuamos a constatar agora, a falta de articulação.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... a forma certa de fazer essas coisas funcionarem é agora que se trabalha. E o que me parece é que não se tiraram ilações positivas da pandemia nesse sentido.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... se tivéssemos que passar outra vez pela mesma situação, nos íamo-nos deparar com dificuldades, se calhar semelhantes ou até piores. Porque acho que na verdade se nota algum desmembramento, nota-se falha de capacidade de comunicação, de articulação da comunicação e da fluidez de comunicação entre os elementos das diferentes equipas que integram e fazem a dinâmica de serviço. E acho que o hospital precisava, francamente, de investir amplamente nisso.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... se existir coordenação, se existir planeamento, nós conseguimos, pelo menos, ter capacidade de resposta. E eu acho que, atendendo à gravidade das circunstâncias, o que se pede em primeira mão é a capacidade de resposta. Como os órgãos de soberania não podem falhar, os hospitais não podem falhar na capacidade de resposta. Se nós conseguimos ter uma capacidade de resposta nível dois ou uma capacidade de resposta nível dez em termos de qualidade, é completamente diferente. Claro que, nestas fases nós não vamos aspirar ao nível dez. Agora, o que eu acho é que, o que se devia ter aprendido com isso, se calhar não surpreendeu.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... critérios que também foram mudando ao longo do tempo e notou se perfeitamente no pico, que quando havia mais casos, deixou de haver tantas camas disponíveis em cuidados intensivos. E em vez de recebermos velhinhos de 80 anos, como chegámos a receber inicialmente, isso deixou de existir. Porque os critérios começaram a apertar, porque não havia vagas para toda a gente.” (NC_E3)</i></p> <p><i>“... quando começaram a surgir os casos na China, foi-se adiando, adiando e nunca se pensou que chegasse cá e ainda houve uma diferença de quatro meses, sensivelmente de Novembro para Março. E podia-se ter tido outro tipo de preparação, apesar de ser difícil estar preparado para uma coisa destas.” (NC_E5)</i></p> | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|-----------|
| | | <p><i>“Eu acho que, gradualmente, houve uma melhor organização e melhor articulação entre as equipas. Primeiro porque também havia mais conhecimento e porque depois, quando as coisas acalmavam um bocadinho e o ritmo de trabalho baixava um bocadinho, nós conseguíamos, se tivéssemos tempo, prepararmo-nos para as semanas seguintes e fazer diferente aquilo que nos correu menos bem ou que nos causou mais insegurança. Eu acho que melhorou ao longo da pandemia. E era expectável que assim acontecesse.” (NC_E6)</i></p> <p><i>“Também acho que na segunda vez acabou por ser melhor, porque por um lado já estávamos mais preparados para o que vinha, mas também porque se começou, a meu ver, a consciencializar-se de que não era só o COVID que existia. Acho que na primeira vaga, focou-se muito no doente crítico COVID e os outros parece que ficaram um bocadinho para segundo plano. Mas os doentes cardíacos, os doentes neurocríticos, os doentes pulmonares, continuou a haver esses doentes, mais os doentes com COVID. E acho que na segunda vaga houve uma consciencialização maior e, inclusive, a UPA não abriu para também dar apoio a esses doentes. Por isso acho que, de forma geral, foi correndo melhor.” (NC_E2)</i></p> | |
| | <p>Processo de Integração no Serviço</p> | <p><i>“... a equipa da Cardiorácica, quando eles preferiram querer ficar, quando chegou ao fim daquele mês em que eles tinham a oportunidade de trocar e eles não quiseram, nós ficamos contentes por isso. Porque embora houvesse colegas que nós até achávamos que os cuidados não eram como nós gostávamos ou como nós achávamos que era mais certo, ficamos contentes, porque iria obrigar a uma integração de mais dez ou quinze pessoas que nos ia destabilizar novamente.” (NC_E6)</i></p> <p><i>“Funcionou mal, porque apesar do esforço quer de uma parte quer de outra, não foram devidamente integrados.” (NC_E5)</i></p> <p><i>“Não havia tempo para fazer uma supervisão clínica dos cuidados efetuados por eles.” (NC_E5)</i></p> <p><i>“... a prova está que, no nosso serviço, pelo menos dois colegas desistiram porque não conseguiam dar resposta. E não só por culpa deles ou até não por culpa deles, mas muito por culpa do hospital e da equipa que não conseguiu dar resposta, nem tínhamos como dar resposta. Estás lá há uma semana e dizem-te que tens de ir com um doente daqueles, com toda a monitorização, com toda a instabilidade hemodinâmica, sem qualquer experiência, que tens de efetuar um transporte de um doentes destes, desistes. Eu estaria na</i></p> | <p>10</p> |

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|-----------|
| | | <p><i>mesma se não me sentisse competente. Não lhe foi dada oportunidade para eles se integrarem no serviço devidamente. Não tiveram essa oportunidade.” (NC_E5)</i></p> <p><i>“Uma integração em intensivos, para ter um colega capaz de, pelo menos, garantir o funcionamento da máquina exige semanas. Já nem estou a falar da articulação máquina/doente. Só estou a falar de montar a máquina, pôr aquilo a funcionar.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Eu acho que a integração foi uma das maiores fragilidades do COVID, sem dúvida nenhuma. E se nós sentimos isso, imagino a violência que não foi para quem chegou essa altura.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... estavam habituados a intermédios e, de repente, viram-se obrigados a lidar com doentes de nível três, é uma violência muito grande. Porque requer prática e requer integração nesse nível de cuidados.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“Mas mesmo alguém com alguma experiência precisa de tempo para se adaptar ao espaço e ao que é usual fazer no serviço.” (NC_E4)</i></p> <p><i>“O que eu acho que devia ter acontecido era que, não querendo dizer que os doentes de internamento são doentes que merecem menos cuidado ou que merecem menos atenção, mas se calhar, estes colegas novos tinham tido outro timing de adaptação no internamento...” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Ninguém se preocupou, no fim da pandemia, perguntar aos colegas que foram integrados “às sete pancadas”, o que é que eles tinham sentido sobre isso, se a experiência foi traumática, se ficou alguma coisa por resolver do ponto de vista pessoal, a esse nível. Isso tudo poderia ter sido feito no pós-pandemia e certamente que ia permitir tirar ilações para outras situações futuras.” (NC_E1)</i></p> | |
| <p>Cuidados Centrados na Pessoa</p> | <p>Segurança dos Cuidados</p> | <p><i>“Por isso nós, para tentarmos garantir a mínima segurança, tínhamos na verdade, pivôs dentro da ala central que iam de alguma maneira servindo como elementos de articulação e depois, o elemento que estava de fora funcionava como elemento de referência.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Por exemplo, a medicação passava pelo elemento de fora. Não era por acaso, era porque, por exemplo, os eletrólitos na Cardiorácica são administrados de uma forma; nós pretendíamos que eles fossem</i></p> | <p>12</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p><i>administrados de outra. Por isso controlávamos os soros, controlávamos as diluições, controlávamos porque as pessoas estão habituadas a trabalhar com diluições completamente diferentes.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... nós utilizávamos enfermeiros de referência: os nossos lá dentro e o de referência cá fora, que era na verdade um elemento sempre comum, que no fundo servia sempre de ponto de articulação entre toda a gente.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... aconteceram muitas situações de desvio daquilo que é a prática “normal”. Desde perfusões que não corriam como nós estamos habituados ou organizadas da maneira como nós estamos habituados. A mistura de perfusões que, em regra, não correm misturadas nas mesmas vias, mesmo nos ritmos de perfusão.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... lembro-me de nós fazermos uns vídeos na altura, para nos ajudar a não nos esquecermos como é que devemos colocar o material, tínhamos protocolos dentro do espaço sujo, que nos ajudavam com os passos que tínhamos a seguir, porque apesar de ser o nosso espaço físico, também tivemos protocolos diferentes.” (NC_E4)</i></p> <p><i>“Mesmo para a aspiração de secreções, lembro-me que nós tínhamos lá a explicar, que peças é que deveríamos usar, o que é que devíamos fechar primeiro (circuito de aspiração fechado).” (NC_E4)</i></p> <p><i>“... há uma coisa que eu acho engraçada que surgiu nessa altura e que eu nunca mais vi, nem nunca tinha visto antes, que era o facto de as pessoas definirem plano A e plano B. Se o plano A falhasse, nós sabíamos o que é que era para fazer a seguir de forma determinada. Isso é organização do trabalho, é planeamento. E é curioso perceber como isso é priorizado quando nós estamos todos fragilizados. E estamos fragilizados até pela falta de experiência. E eu acho que isso foi uma das estratégias mais importantes para nós para que as coisas resultassem efetivamente e não corresse mal tantas vezes.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... o controlo da medicação foi uma coisa amplamente criticada por muitos colegas que entendiam que não havia essa necessidade. Para nós existia essa necessidade, porque de facto, percebíamos que as perfusões que eram encontradas nos doentes, não eram equivalentes àquelas que nós estávamos habituados ... Isto era um bocado o trabalho de quem fazia a revisão terapêutica, porque quando se passava a medicação ao</i></p> | |
|--|---|--|

| | | | |
|--|---------------------------------|--|----------|
| | | <p><i>colega, assinalavam-se essas coisas, dizias “atenção, a perfusão de furosemida vai assim, a perfusão de midazolam vai desta forma”. Tentava-se chamar à atenção para essas coisas.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Eu acho que, acima de tudo, passou a existir um cuidado que até é um bocado um contrassenso, passou a existir um cuidado no planeamento completamente diferente do que nós temos no dia a dia. Agora era impensável fazer isso. Qualquer um de nós está muito mais articulado com o trabalho quotidiano do que estávamos naquela altura. Não se exige agora esse tipo de cuidado, mas na altura foi uma coisa que eu acho que foi importante.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Por exemplo, nos procedimentos de entubação, tinha-se o cuidado de quando o procedimento era feito fora da área central na ala A e era feito na ala B, tinha-se o cuidado de ter sempre um elemento limpo dentro da área COVID e o elemento de referência estar disponível desse lado para entrar, que era teoricamente o elemento mais velho para poder dar suporte. Nunca se entubava apenas com as pessoas que estavam no espaço, tentava-se sempre reforçar a equipa, porque as peri-paragens eram mais frequentes na sequência das entubações, sobretudo no início...” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Acho que outra coisa que facilitou também foi ... o facto de termos os protocolos colados em partes da unidade, para a gente conseguir revê-los, ter aquele aspeto visual para lembrar.” (NC_E2)</i></p> <p><i>“Por exemplo, a colocação dos EPIs, nós tínhamos na zona limpa de fardamento, tínhamos lá os vários passos e até tínhamos um espelho que nos permitia estar a ver se estávamos completamente protegidos, até colocávamos adesivo e tudo mais, para garantir a colocação adequada. E o facto de muitas das vezes que estávamos a colocar os EPIs, termos outro colega também a dar apoio para ter um double check, para conseguirmos ter a certeza de que estávamos protegidos, isso facilitou.” (NC_E2)</i></p> | |
| | <p>Humanização dos Cuidados</p> | <p><i>“Acho que se revelou muito a fragilidade do hospital na efetiva humanização dos cuidados...” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... nós não estávamos preparados para estes processos de fim de vida rápidos, em que, por exemplo, os doentes que quisessem transmitir mensagens aos seus familiares, e estes doentes conseguiam fazê-lo, nós</i></p> | <p>9</p> |

| | | | |
|--|--|---|----------|
| | | <p><i>não estávamos preparados para isso ... estes conseguiam e queriam escrever, queriam ligar. Apesar de tudo, foi possibilitada a videochamada.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Existiram opções efetivamente, por exemplo, aqueles diários de UCI que fizeram noutras instituições, é uma coisa que no hospital a humanização dos cuidados a este nível está completamente (...)” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Praticamente a única coisa que nós fazíamos era, a partir da segunda fase, permitir as visitas. E de facto, nisso tínhamos mais liberdade de visitas até naquela altura, se calhar do que temos agora. E nos processo de fim de vida, permitíamos às pessoas acompanhar. Quando os doentes queriam escrever, antes de serem entubados, permitíamos que eles fizessem isso.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Mas isto era tudo, na verdade, dependente da vontade de cada profissional, de quem estivesse no serviço. Não havia nada programado neste sentido.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Aliás, nós ainda hoje, passou o COVID e nós não temos nenhum suporte desses na unidade para os nossos doentes, para os familiares, não há recolha de sugestões. Quando há, a recolha é feita pelo modelo de avaliação do hospital, relativamente à satisfação de cuidados, não há nada dirigido à UCI.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Acima de tudo, o que poderia ter sido feito pelos doentes que estavam em situações de fim de vida, diferentes daquelas a que nós estamos habituados.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... a humanização dos cuidados, em muitas vertentes, deixa muito a desejar comparativamente com outras unidades.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“... já são permitidas visitas a animais em cuidados intensivos, em unidades de cuidados intensivos no estrangeiro há séculos. Aqui é um mito.” (NC_E1)</i></p> | |
| | <p>Envolvimento da Família no Cuidados</p> | <p><i>“Tínhamos um sistema de comunicação com a família diferente ... Em regra, era o elemento de referência que fazia as chamadas à família, e as pessoas identificavam-se muito com essa pessoa, porque falavam rotineiramente com as mesmas pessoas e isso, num ambiente de insegurança, cria uma ligação de confiança, cria laços e, na verdade, os laços ajudam a minimizar a insegurança, a incerteza, o medo.” (NC_E1)</i></p> | <p>3</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p><i>“... a comunicação rotineira do dia a dia era feita por nós, na verdade, tendencialmente pelas mesmas pessoas. E havia uma congruência informativa minimamente sustentável, que é uma coisa que, por exemplo, agora nós notamos junto dos familiares dos nossos doentes que não acontece.” (NC_E1)</i></p> <p><i>“Quanto à questão da família que hoje em dia ainda é um “calcanhar de Aquiles” no nosso serviço, em termos do englobar a família no cuidado.” (NC_E5)</i></p> | |
|--|--|--|--|

Percepção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19:
Contributo da Supervisão Clínica

ANEXO VI

Declaração de Consentimento Informado e Informação aos Participantes

INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO AOS PARTICIPANTES

Previamente à decisão de participar ou não no estudo em questão, deve compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios da sua colaboração. Peço que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

O meu nome é Francisca Inês Calejo Roque e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Neste momento, estou a desenvolver um estudo na área da supervisão clínica relacionada com as alterações ocorridas nas unidades de cuidados intensivos (UCIs) devidas à atual pandemia pela COVID-19, sob a orientação da Prof.^ª Doutora Cristina Barroso e coorientação do Prof.^ª Doutora Maria José Lumini.

O estudo que se intitula “Perceção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19: Contributo da Supervisão Clínica”, tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção que favoreçam a resposta dos enfermeiros das UCIs num contexto pandémico.

Em dezembro do ano de 2019 inicia-se, na China, a maior pandemia do século XXI, a pandemia por COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) que, num curto prazo de tempo, se alastrou por todo o mundo. Os sistemas de saúde sofreram um enorme impacto pela crescente necessidade de cuidados a doentes com COVID-19, aumentando o trabalho nas UCIs e a necessidade de maior número quer dessas unidades quer de profissionais de saúde para prestar cuidados nessas unidades. A escassez de recursos humanos veio exigir às organizações de saúde e aos seus profissionais, particularmente aos enfermeiros, rápidas e urgentes adaptações. A utilização de estratégias de supervisão clínica surge como uma forte ferramenta para potenciar a orientação da equipa e melhorar as capacidades individuais de cada elemento (enfermeiro), promovendo ambientes de cuidados seguros e de qualidade. A motivação para o desenvolvimento desta investigação surge desta problemática, com o propósito de compreender qual ou quais os contributos da supervisão clínica no contexto pandémico, em particular nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), dado o nível de exigência de cuidados de enfermagem nestas unidades.

Para a recolha da informação será utilizada a entrevista semiestruturada para a qual se solicita a sua autorização para gravação. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido. A data e o horário serão combinados de acordo com a sua disponibilidade. Após a gravação, será transcrita e os registos áudio serão destruídos.

A sua participação no estudo é voluntária, tendo tempo para refletir sobre o pedido de participação, inclusive poder ouvir opinião de outros. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

Comprometo-me a respeitar a confidencialidade, a prestar todas as informações que entenda necessárias, a disponibilizar os resultados do estudo no final do mesmo, desde que o requeira. Em qualquer momento da sua participação pode terminar a sua colaboração, devendo para tal contactar-me através do contacto eletrónico: franciscacalejoroque@gmail.com

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo:

Perceção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19:
Contributo da Supervisão Clínica

Eu, (nome completo do participante) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida sobre a investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora.

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) participante: _____

A Investigadora responsável:

Nome: *Francisca Inês Calejo Roque*

Assinatura: _____

Perceção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19:
Contributo da Supervisão Clínica

ANEXO VII

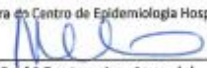
Pedido de Autorização para Realização de Investigação

Centro de Epidemiologia Hospitalar

Tomel conhecimento. Nada a opor. À DC.

04 de Agosto de 2022

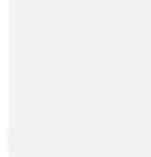
A Diretora do Centro de Epidemiologia Hospitalar



(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIREÇÃO CLÍNICA
2022.08.108

n.º 17 / 22



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO
Realização de Investigação

Handwritten notes: 21 L → L

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - REUNIÃO DE
Presidente do Conselho de Administração

(Prof. Doutor Fernando Araújo)

Presidente: 

Membros: 

Prof.ª Mariana Almeida Mendes | Dr.ª Mariana Carballo | Dr. Luís Faria Gomes | Dr. João Luís

Nome do Investigador Principal:
Francisca Inês Calejo Roque

Título da Investigação:

Perceção dos enfermeiros sobre as mudanças nas Unidades de Cuidados Intensivos COVID-19: Contributo da Supervisão Clínica

Pretendo realizar no(s) Serviço(s) de:

SMI 8 - Neurocríticos
Doenças Infecciosas

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 07 de março de 2022

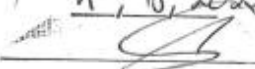


Encarregado de Proteção de Dados
Data Protection Officer

Entrada: 

Centro Hospitalar
Centro de Epidemiologia Hospitalar

h, 8, 2022



CES-IM05-9