



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia de
COVID-19 em contexto hospitalar**

Raquel Alexandra Martiniano Nobre



**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia de
COVID-19 em contexto hospitalar**

Raquel Alexandra Martiniano Nobre



Orientador: Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento
Coorientador: Teresa Maria Ferreira Dos Santos Potra



**Lisboa
2023**

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho é fruto de um trabalho de empenho e dedicação que não teria sido possível sem o apoio incondicional de algumas pessoas presentes na minha vida. Cabe-me agora a mim agradecer a todas elas.

Aos meus avós, por serem um pilar fundamental na minha vida, mostrando-me que com paciência, resiliência, generosidade e perseverança é possível alcançarmos os nossos objetivos.

À minha mãe, por me mostrar que sou capaz de tudo, por nunca desistir de mim e por ser o meu maior apoio, o mundo é um sítio melhor por tu existires.

Ao meu pai, com a sua tranquilidade e serenidade, pelo apoio incondicional.

Aos meus irmãos, por serem o meu maior motivo de orgulho e inspiração.

Ao meu namorado, por ser o meu porto de abrigo, pela compreensão, carinho e amor genuíno que me concede todos os dias. Mostraste-me o caminho mais bonito da vida.

A todos os meus familiares diretos e indiretos, por estarem presentes na minha vida e me darem o que dão.

À Ana, à Irina e ao Rui, por serem como família para mim e por serem os melhores amigos que alguém podia pedir, já contamos com uma caminhada longa de muitas conquistas e união.

A todos os meus amigos, pelo apoio que demonstraram para me ajudar a concluir este percurso.

Aos docentes da instituição, em particular ao Professor Tiago Nascimento e à Professora Doutora Teresa Potra por todos os ensinamentos transmitidos, nomeadamente sobre o mundo da investigação, e também, pela paciência e incentivo constante.

LISTA DE SIGLAS

ANA – *American Nurse Association*

APA - *American Psychological Association*

APE – Ambiente da Prática de Enfermagem

APEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICN – *International Council of Nurses*

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MERS-CoV – *Middle East respiratory syndrome coronavirus*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – *Polymerase Chain Reaction*

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências
a Antimicrobianos

QCE – Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNA - Ácido Ribonucleico

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

UC – Unidade Curricular

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Introdução: O novo coronavírus SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19, foi identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 na China, cidade de Whuan, e rapidamente estendeu-se a todo o mundo. A pandemia causada pela COVID-19 complicou a prestação e a gestão dos cuidados de saúde a nível mundial, tendo exigido aos enfermeiros da linha da frente respostas para combater as exigências da crise. Os enfermeiros gestores tiveram de enfrentar o desafio e a ameaça de gerir a crise pandémica com recursos precários, equipas exaustas, com medo da incerteza e a impotência de não ser capaz de assegurar cuidados humanizados aos doentes com COVID-19 e suas famílias. **Objetivo:** O presente estudo teve com objetivo geral, compreender as vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar. **Metodologia:** estudo de natureza qualitativa com recurso a entrevistas semi-estruturadas, que decorreu entre novembro de 2022 e janeiro de 2023 num hospital da grande Lisboa. Os dados foram analisados com suporte do *software* WebQDA para a respetiva análise de conteúdo. **Resultados:** Os participantes do estudo foram um total de cinco, do sexo feminino e que exerceram funções de gestão/chefia em serviços de internamento de medicina durante todo o contexto pandémico. Através da análise de dados, emergiram três categorias – Experiências de gestão; Estratégias de gestão e Aprendizagens em gestão. Verificamos também que, durante este período, os enfermeiros gestores vivenciaram experiências positivas e negativas, incluindo o crescimento pessoal e profissional. **Conclusão:** As experiências dos enfermeiros gestores durante a COVID-19 foram influenciadas pelas mudanças nas suas funções e também pelo apoio que receberam. Apesar das mudanças impostas nos ambientes de trabalho, os enfermeiros gestores tentaram sempre desenvolver conhecimentos e competências para prestar cuidados de excelência aos doentes.

Palavras-chave: COVID-19; enfermagem; gestão; ambiente de trabalho

ABSTRACT

Introduction: The new SARS-CoV-2 coronavirus, responsible for COVID-19 disease, was first identified in December 2019 in China, Whuan City, and quickly spread worldwide. The pandemic caused by COVID-19 has complicated healthcare delivery and management worldwide. It has required frontline nurses to respond and combat the demands of the crisis. Nurse managers had to face the challenge and threat of managing the pandemic crisis with precarious resources, exhausted teams, fear of uncertainty, and the powerlessness of not being able to ensure humane care for patients with COVID-19 and their families. **Objective:** The aim of this study was to understand the experiences of nurse managers during the COVID-19 pandemic in hospital settings. **Method:** A qualitative study using semi-structured interviews was conducted between November 2022 and January 2023 in a hospital of the Greater Lisbon area. Data were analyzed using WebQDA software for content analysis. **Results:** The participants of the study were a total of five, female and holding management/leadership roles in medical inpatient services throughout the pandemic context. Through data analysis, three categories emerged - Management experiences; Management strategies and Management learning. We also found that, during this period, nurse managers had both positive and negative experiences, including personal and professional growth. **Conclusion:** The experiences of nurse managers during COVID-19 were influenced by changes in their roles and also by the support they received. Despite the changes imposed in the work environments, nurse managers always tried to develop knowledge and skills to provide excellent care to patients.

Keywords: COVID-19; nursing; management; work environment

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DAS PERCEÇÕES E VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS GESTORES DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, LISBOA, PORTUGAL, 2023	46
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES	45
TABELA 2: SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO RELATIVAS À CATEGORIA “EXPERIÊNCIAS DE GESTÃO”	47
TABELA 3: SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO RELATIVAS À CATEGORIA “ESTRATÉGIAS DE GESTÃO”	53
TABELA 4: SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE ENUMERAÇÃO RELATIVAS À CATEGORIA “APRENDIZAGENS EM GESTÃO”	55

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. GESTÃO EM ENFERMAGEM	7
2. O AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	13
3. COVID-19.....	20
3.1 Pandemia por COVID-19	20
3.1.1. O vírus SARS-CoV-2	21
3.1.2. A doença de COVID-19	22
3.1.3. Diagnóstico de COVID-19.....	22
3.1.4. Epidemiologia.....	23
3.2. Pandemia COVID-19 e os profissionais de saúde	24
3.2.1. Vivências dos enfermeiros gestores durante o período pandémico	25
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO	30
1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	31
2. METODOLOGIA	33
2.1. Pergunta de investigação.....	33
2.2. Objetivos.....	33
2.3. Tipo de estudo.....	34
2.4. Campos do estudo e participantes	35
2.5. Instrumento de recolha de dados.....	37
2.6. Procedimento de tratamento de dados	39
2.7. Procedimentos éticos	42
3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS	44
3.1. Caracterização dos participantes	44
3.2. Perceções e vivências dos enfermeiros gestores em período pandémico	45
3.2.1. Experiências de gestão	47
3.2.2. Estratégias de Gestão.....	53
3.2.3. Aprendizagens em Gestão	55
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	58
5. CONCLUSÃO.....	75

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
7. ANEXOS E APÊNDICES	95
ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO ESCLARECIDO E LIVRE PARA A INVESTIGAÇÃO	97
ANEXO II – PEDIDO FORMAL AO CENTRO ACADÊMICO DE SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR EM QUESTÃO	103
ANEXO III – PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DE SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR EM QUESTÃO	107
APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	110
APÊNDICE II – ENTREVISTAS INTEGRALMENTE TRANSCRITAS	116

INTRODUÇÃO

O aparecimento de uma nova estirpe de coronavírus, o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), responsável pela doença COVID-19, é um dos desafios mais recentes que os sistemas de saúde enfrentam.

A COVID-19 é uma doença do foro respiratório, de etiologia viral e que culmina, por vezes, numa síndrome de dificuldade respiratória com grande severidade. Pela sua alta transmissibilidade, esta doença rapidamente se tornou pandémica e galgou fronteiras, sendo atualmente uma preocupação mundial (Borges et al., 2021).

As mudanças foram rápidas e imprevisíveis, dado o curto espaço de tempo que decorreu desde que, em dezembro de 2019, se tomou conhecimento de um novo vírus na cidade chinesa de Wuhan. A 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o novo coronavírus como pandemia e colocou em prática o Plano Estratégico de Preparação e Resposta à COVID-19, realçando a importância da articulação internacional face ao surto, focada no impedimento da transmissão humana do vírus e no atendimento eficaz às pessoas afetadas (WHO, 2020b).

Assim, a pandemia de COVID-19 veio comprometer a gestão e a prestação de cuidados de saúde a nível mundial, exigindo respostas céleres dos enfermeiros. Apesar das medidas, orientações e recomendações emitidas pelas autoridades e entidades competentes, um elevado número de indivíduos contraiu a doença necessitando de assistência hospitalar (Deldar et al, 2021). Deste modo, a COVID-19 teve implicações diretas nos cuidados de enfermagem, não só pela sobrecarga dos sistemas de saúde, como pela necessidade imediata dos profissionais de saúde adquirirem conhecimentos e desenvolverem competências num clima de incerteza e constante atualização e informação (Mansour & Sosha, 2021).

Muita investigação tem sido desenvolvida acerca das experiências dos enfermeiros que estiveram na linha da frente (Labrague & Santos, 2020; Liu et al., 2020; Mo et al., 2020; Tan et al., 2020). Os enfermeiros sofreram um stress

significativo devido à sobrecarga de trabalho, falta de equipamento e orientação pouco clara (Liu et al., 2020). Muitos destes estudos fazem recomendações para os enfermeiros, incluindo o fornecimento de formação adicional, aquisição de equipamento de proteção individual e fornecimento de apoio/ suporte emocional (Chen et al., 2020; Huang et al., 2020). Estas conclusões são valiosas para os enfermeiros que estiveram na prestação direta dos cuidados aos doentes COVID-19, no entanto esta não poderá ter sido a realidade dos enfermeiros gestores.

Na literatura já existem estudos que espelham as experiências vivenciadas pelos enfermeiros gestores durante o contexto pandémico (Bianchi et al., 2021; Deldar et al., 2021; Jackson & Nowell, 2021; Mansour & Shosha, 2021; Vázquez-Calatayud et al., 2021; White et al., 2021). Em Portugal, os estudos disponíveis sobre as vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar ainda são escassos e parcelares, dado que grande parte desses estudos se focam nas experiências dos enfermeiros da linha da frente, tendo como exemplo: *percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19* (Borges et al., 2021); *experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2: um estudo qualitativo* (Silva, 2021); *experiências vivenciadas pelos enfermeiros no serviço de urgência em tempo de pandemia de COVID-19* (Tavares, 2022). Dada a importância do papel dos enfermeiros gestores nos serviços de saúde, investigar as suas vivências durante a pandemia de COVID-19 é da máxima relevância, razão que levou ao presente estudo.

Definimos como objetivo geral do estudo a compreensão das vivências dos enfermeiros gestores durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar. Como objetivos específicos delineamos três: (1) analisar as implicações da COVID-19, percecionadas pelos enfermeiros gestores, na gestão dos serviços de enfermagem; (2) descrever as dificuldades/ desafios experienciados pelos enfermeiros gestores durante a pandemia de COVID-19; (3) identificar as estratégias de gestão utilizadas pelos enfermeiros face à pandemia de COVID-19.

O corpo desta dissertação integra quatro capítulos: o enquadramento teórico, metodologia, a apresentação dos dados e a análise e discussão dos dados.

No primeiro capítulo, enquadramento teórico, realizamos uma revisão da literatura acerca de vários aspetos interligados à COVID-19 em que conceitos como gestão de enfermagem, ambiente de prática de enfermagem (APE) e COVID-19 fundamentam e contextualizam o fenómeno em estudo. Conteúdos sobre a doença, o vírus SARS-CoV-2, a cadeia epidemiológica, bem como sobre a resposta imunitária são aprofundados. Ainda, no final do capítulo, damos especial atenção aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros gestores, focando-nos no impacto que a COVID-19 teve nos seus contextos de trabalho.

O enquadramento e sustentação teórica foram realizados através do acesso à *EBSCOhost Web*, um agregador de bases de dados disponibilizada pela ESEL aos seus estudantes. As bases de dados mais consultadas foram a *CINAHL Complete* e *MEDLINE with Full Text*. Utilizámos outras fontes de informação tais como livros, sites governamentais nacionais e internacionais e referenciais teóricos de pesquisa livre *online*.

O segundo capítulo alude à problematização e metodologia, onde definimos e apresentámos o método de investigação, os objetivos traçados e os instrumentos de recolha de dados. Este capítulo subdivide-se entre: problemática do estudo; questão de investigação e objetivos; tipo de estudo; participantes do estudo; recolha, tratamento e análise de dados.

Os últimos dois capítulos consistem na apresentação dos dados com recurso à análise de conteúdo e à discussão dos mesmos, de acordo com os objetivos delineados no método, de modo a ser facilitador a interpretação e a compreensão por parte do leitor.

Como elementos pós-textuais encontram-se, respetivamente, as referências bibliográficas, apêndices e os anexos. O trabalho está redigido de acordo com as orientações da Norma APA 7ª edição (ESEL, 2020), e segundo a Norma para Elaboração de Trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. GESTÃO EM ENFERMAGEM

O conceito de gestão de enfermagem, na literatura internacional, não tem merecido uma atenção particular diluindo-se os escritos dedicados ao assunto ao longo da evolução da história geral da enfermagem. Na enfermagem moderna atribui-se um papel relevante a Florence Nightingale sendo esta a patrona dos administradores hospitalares (Wildman & Hewison, 2009).

A profissão de enfermagem sofreu ao longo de várias décadas transformações na sua conceção, sendo que em 1860, Florence Nightingale começa a definir os padrões do cuidar das pessoas e a diferenciar a enfermagem da medicina, através de aquisição de novos conhecimentos da profissão. A primeira escola de Enfermagem foi fundada neste período, iniciando-se um processo mais formal, evidenciando-se uma preparação pragmática e sistemática de enfermeiras (Abreu, 2001; Tannure & Gonçalves, 2008, citado por, Augusto, 2014).

Como se sabe, Florence Nightingale teve uma grande influência ao nível da reorganização dos hospitais ingleses, criação de infraestruturas (lavandarias, refeitórios, serviços de limpeza), bem como na reorganização dos serviços de enfermagem: princípios básicos da prestação de cuidados de enfermagem, medidas de higiene, ventilação e aquecimento, iluminação. Assim, a escola de *Nightingale* torna-se modelo de gestão até aos anos 60.

A partir dos anos 60, o modelo de gestão em enfermagem foi substituído por um sistema de “top, middle and first-line management”, mais consentâneo com a complexidade das estruturas e serviços prestados pelos hospitais e em resposta à evolução da ciência e gestão. Em Portugal, em 1998, o ensino da enfermagem teve um grande desenvolvimento, integrando-se no Sistema Educativo Nacional, com a introdução do Grau de Bacharel, de acordo com o Decreto-lei nº480/88. Em 1996, ocorre uma mudança visível enquanto profissão, sendo aprovado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), tendo sido, ainda, criada a licenciatura em enfermagem e definido este grau como acesso à profissão. Já em 1998 é criada a Ordem dos Enfermeiros (OE), culminando com a certificação da enfermagem na Licenciatura.

Contudo, ao falarmos da gestão de enfermagem, faz sentido abordar a evolução da carreira profissional do enfermeiro gestor. No que concerne à evolução da carreira de enfermagem, em Portugal, já na carreira de 1949 se previam enfermeiros gerais (orientação e fiscalização do serviço de enfermagem de um hospital) e enfermeiros chefes (superintendência de um serviço, pavilhão ou enfermaria e, especialmente, pela manutenção da disciplina e pelas deficiências verificadas no serviço de enfermagem) (Decreto-Lei nº 37 418/49 de 18 de Maio).

Em 1981, no Decreto-lei nº305/81 de 12 novembro, podemos ressaltar que é publicado o diploma de Carreira de Enfermagem, onde se define o conteúdo funcional dos enfermeiros e das respetivas categorias (enfermeiro diretor, enfermeiro supervisor e enfermeiro chefe).

Foram vários os progressos técnicos e científicos em enfermagem, sendo que em 1992 ocorreu uma alteração na carreira descrita no Decreto-lei nº437/91, que definiu a atuação da enfermagem em três áreas: 1) área de atuação da prestação de cuidados; 2) área de atuação da gestão; 3) área de atuação da assessoria. Na área de atuação da gestão, está descrito no artigo 8º, o conteúdo funcional das categorias de enfermeiro chefe, enfermeiro supervisor e enfermeiro diretor. Com a nova estrutura da carreira, previu-se uma promoção da mesma, privilegiando a futura formação dos enfermeiros específica ou fora do âmbito restrito da enfermagem, mas que lhe possa ser aplicada, com as necessárias adaptações, como é o caso da gestão (Vaz, 1996, citado por Ferreira, 2015).

Em 1998, no Decreto-lei nº412/98, a carreira de enfermagem sofre uma nova alteração, mantendo a mesma base do Decreto-lei anterior, mas integrando três níveis: nível 1) categorias de enfermeiro e enfermeiro graduado; nível 2) categorias de enfermeiro especialista e enfermeiro chefe e nível 3) categoria de enfermeiro supervisor.

Até 2009 a carreira previa um modelo piramidal de gestão: enfermeiro diretor, enfermeiro supervisor e enfermeiro chefe. Contudo neste ano, sofre nova revisão, ficando incluídas apenas duas categorias: Enfermeiro e Enfermeiro

Principal, encontrando-se as funções de gestão dos enfermeiros, integradas na segunda categoria, a de Enfermeiro Principal.

Novamente, em 2019, no Decreto-lei nº71/2019, a carreira de enfermagem sofre uma nova alteração, mantendo a mesma base do Decreto-lei anterior, passando a contemplar a categoria de enfermeiro especialista. Dada a importância da coordenação operacional das equipas de enfermagem, na vertente da gestão de cuidados e competências dos enfermeiros, houve a necessidade de reavaliar a existência da categoria de enfermeiro principal, na qual não se encontrou provido nenhum enfermeiro, tendo-se concluído que a mesma deveria de ser substituída pela categoria de **enfermeiro gestor**. Já as categorias subsistentes de enfermeiro chefe e de enfermeiro supervisor transitaram para a categoria de enfermeiro gestor.

A função da gestão em enfermagem é fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados, estando referenciado também no Código Deontológico do enfermeiro na alínea d) do artigo 88, p.135

“assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”.

A área da gestão tem-se constituído como um dos mais importantes campos de atuação e diferenciação dos enfermeiros com competências nos vários níveis de estrutura das organizações de saúde e em áreas como a gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais.

Assim, em concordância com o *International Council of Nurses* (ICN) (2000), os enfermeiros da área de gestão têm como objetivo primordial a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos doentes, através da gestão de cuidados de enfermagem e da gestão dos serviços/unidades de saúde.

Para além das funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista, ao enfermeiro gestor, cujo conteúdo funcional integra, na totalidade, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos

cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança, compete ainda e em especial: gerir recursos da unidade ou serviço; gerir recursos humanos; criar as condições para um trabalho cooperativo e de efetiva articulação da equipa; garantir uma prática de enfermagem na unidade ou serviço baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível; entre outras competências que se encontram descritas no Decreto-Lei nº71/2019, ao abrigo do artigo 10ºB.

Mais recentemente, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL) (2019) corrobora que o enfermeiro gestor é um profissional habilitado técnica e cientificamente para responder com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação.

A APEGEL (2019) no seu referencial de 40 competências para enfermeiros da área da gestão, enfatiza a importância dos cuidados de enfermagem em qualquer unidade de saúde por forma a garantir a qualidade e segurança de cuidados ao cidadão, família e comunidade. Desta forma, o enfermeiro gestor deverá compreender o contexto de saúde no qual está inserido e o seu impacto nos cuidados prestados, de forma a poder corresponder ao que lhe é exigido. Deve também promover o trabalho em equipa, tendo como base a gestão da mudança, e apostar na formação contínua, no sentido de dar respostas a novas necessidades e competências (Mccallin, 2010; Anthony et al., 2005).

De acordo com o Regulamento de Competências Acrescidas em Gestão (2015), o enfermeiro gestor

“(...) detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em

primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde”.

No que respeita ao processo de gestão em Enfermagem, este desenvolve-se a três níveis: nível estratégico ou institucional (gestão de topo da organização), nível tático ou intermédio (gestão de um conjunto de unidades e/ou serviços de internamento), e nível operacional (gestão de serviço e/ou unidade assistencial).

Segundo Augusto (2014), são encontradas na literatura 189 competências de gestão para o enfermeiro gestor agrupadas nas seguintes categorias: gestão de recursos humanos; competências interpessoais; organização e planeamento; competências técnicas de enfermagem; comunicação; preocupação pela qualidade; conhecimento de políticas de saúde; resiliência e motivação; liderança; competências técnicas de gestão; resolução de problemas; iniciativa; pensamento crítico; tecnologias de informação e comunicação; ética; adaptação à mudança; trabalho em equipa e autonomia.

Os enfermeiros gestores têm, assim sendo, um papel dinâmico e preponderante a desempenhar face à problemática da COVID-19, dado que suportaram uma pressão extra nos seus contextos de trabalho durante o período pandémico (Deldar et al., 2021) e tiveram de dar resposta às necessidades únicas das suas equipas e dos doentes (Mansour & Sosha, 2021). Foram responsáveis pela gestão de equipas, gestão dos cuidados de enfermagem, e supervisão dos enfermeiros da linha da frente (White, 2021).

Em pleno período pandémico, os enfermeiros gestores, responsáveis pela gestão de equipas e gestão de cuidados, tiveram a responsabilidade de coordenar e manter a equipa calma e ajudá-la a lidar com os desafios que surgiram. Tiveram que gerir as transições nos cuidados, lidar com novas *guidelines* implementadas, e,

ainda fornecer cuidados de saúde de qualidade através da resolução de problemas (Vázquez-Calatayud, 2021; Deldar et al., 2021; Jackson & Nowell, 2021).

Um dos fatores subjacentes à sobrevivência de um sistema durante uma crise é o seu método de gestão (Deldar et al., 2021). Neste sentido, segundo Marreli (2017), é importante que os enfermeiros gestores equilibrem as necessidades da sua organização, dos doentes, da sua equipa e dos recursos internos para enfrentarem positivamente os novos desafios que possam surgir nos contextos de trabalho, em períodos de crises. É importante que os enfermeiros da linha da frente, durante crises pandémicas, tenham ao seu lado um bom líder, uma vez que este é responsável pelas tomadas de decisões para assegurar os interesses de toda a equipa e garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015).

Assim, é importante compreendermos de forma aprofundada qual foi o papel do enfermeiro gestor dentro das organizações, uma vez que o ambiente de trabalho dentro destas foi fortemente afetado durante a pandemia de COVID-19. Foi notória a relação profunda que os enfermeiros gestores estabeleceram com o seu ambiente de prática de enfermagem (APE) e a influência que detiveram sobre o mesmo durante o período pandémico, dando origem aos mais variados *outcomes* – experiências positivas e/ou experiências negativas.

2. O AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O construto “ambiente de prática de enfermagem” assenta no reconhecimento de que existem características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional dos enfermeiros, podendo comprometer a qualidade dos serviços prestados (Lake, 2002; Andrade, 2016; Melgueira et al., 2020). O APE é essencial para o sucesso dos sistemas de saúde e está relacionado com a qualidade dos cuidados de enfermagem (QCE), com a satisfação profissional, com a segurança do doente e com a efetividade dos cuidados para os doentes e para a eficiência das organizações (Carvalho & Lucas, 2020; De Sul & Lucas, 2020; Lake, 2002; Lucas & Nunes, 2020).

“Ambiente” é também apresentado no metaparadigma da disciplina de enfermagem, entendido como um dos quatro conceitos principais que fundamentam a sua prática, sendo estes a pessoa, saúde, enfermagem e ambiente. Este último caracteriza-se como sendo um “ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem” e que é constituído por “elementos físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.10).

Desde os anos 80 que o ambiente da prática de cuidados tem sido analisado e identificado como uma variável com influência nos resultados dos cuidados de enfermagem, uma vez que ambientes favoráveis podem ser potenciadores da otimização da qualidade de cuidados (Lake, 2002). Os enfermeiros, enquanto grupo profissional mais representativo ao nível do setor da saúde, sobretudo a nível hospitalar, assumem o compromisso de assegurar a excelência dos cuidados aos seus doentes. Contudo, é fundamental que os gestores tenham em consideração o seu valioso contributo para a obtenção da qualidade e efetividade dos cuidados prestados (Aiken et al., 2002).

Atualmente, as organizações de saúde portuguesas enfrentam profundos e complexos desafios impostos pelo ambiente de crise financeira e económica do país, afetando não só os profissionais de saúde, como também os doentes. A identidade profissional e as características dos próprios ambientes são pontos cruciais na análise de ambientes favoráveis à prática. Assim sendo, de acordo com

a especificidade inerente ao serviço dos profissionais de enfermagem e dos diferentes modelos de trabalho adotados nesse ambiente, podem surgir diferentes fatores críticos (Guerra et al., 2019).

Estudos internacionais descrevem o APE como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem em que melhores APE estão associados a menores níveis de *Burnout*, melhores níveis de satisfação dos enfermeiros, melhores percepções de qualidade dos cuidados e menores intenções de abandonar a organização (Aiken et al., 2002).

Um APE favorável caracteriza-se pela adequação de recursos humanos e materiais, participação ativa dos enfermeiros na governação das organizações, qualidade do atendimento e de prestação de cuidados de enfermagem, e boas relações entre a equipa multidisciplinar (Almeida et al., 2020; Lake, 2002; Aiken et al., 2008; Aiken & Patrician, 2000; Guirardello, 2017). Um APE seguro caracteriza-se pela existência de boas relações profissionais entre os pares, apoio da gestão aos profissionais e horários de trabalho equilibrados (Alves & Guirardello, 2016; Copanitsanou, Fotos & Brokalaki, 2017; Lucas & Nunes, 2020).

A construção de um APE favorável apresenta diversas componentes, e ocorre em diversos níveis de uma organização, envolvendo uma diversidade de intervenientes, tais como “elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.9). Estes intervenientes vão de encontro aos atributos organizacionais referidos por Aiken & Patrician (2000), sendo eles: Autonomia; Controlo sobre o ambiente de prática profissional; Relação enfermeiro-médico; Suporte organizacional.

Um APE pobre, com falta de apoio da gestão, fraca liderança e má relação enfermeiro-médico estão associados a: diminuição da QCE; eventos adversos nos doentes; aumento dos custos para a saúde; prestação ineficaz de cuidados, conflitos e *stress* entre profissionais de saúde (Tomasewka et al., 2017), insatisfação profissional e aumento da rotatividade dos enfermeiros (Lucas & Nunes, 2020).

Com o despoletar da pandemia de COVID-19 ocorreu uma mudança significativa nos APE, devido às constantes pressões a nível social, político e económico, para a prestação de serviços de qualidade e eficientes. Liu et al. (2020)

acrescentam ainda que médicos e enfermeiros sem experiências prévias com patologias do foro infeccioso, enfrentaram desafios adicionais enquanto se adaptavam a um novo ambiente de trabalho.

Deste modo, foi crucial o papel do enfermeiro gestor durante este período, pois foi um dos principais atores ao assumir compromissos com a organização, com o doente e com os profissionais, percorrendo contextos de intervenção a nível da gestão estratégica, intermédia e operacional. Boitshwarelo et al. (2020) afirmam que o papel dos enfermeiros gestores visa atingir o objetivo da organização, assegurando o planeamento e a implementação de planos de cuidados nos serviços. Afirma também que um líder de enfermagem deve ser capaz de criar um ambiente de trabalho seguro e saudável para a sua equipa. Lucas & Nunes (2020) referem ainda que o enfermeiro gestor é um motor de mudança para a excelência, organizando os recursos existentes e criando um ambiente seguro nos cuidados de enfermagem.

Os APE condicionam o cuidar, conceito central em enfermagem, sendo esta a profissão que exige uma maior proximidade na relação estabelecida com os doentes de cuidados de saúde. Durante o período pandémico, esta realidade aumentou a possibilidade da ocorrência de fatores stressantes nos profissionais, como o sentimento de vulnerabilidade, medo de contrair a doença e stress. Os enfermeiros gestores estiveram expostos a vários desafios no seu contexto de trabalho, alguns deles estiveram relacionados com a escassez de recursos, gestão das expectativas da equipa, relações profissionais e capacidade de liderança (Adriaenssens, Hamelink & Van Bogaert, 2017), sobrecarga de trabalho nos serviços de saúde, maior exposição ao risco de contaminação e níveis mais elevados de exaustão física e mental (Danno et al., 2022). Assim, de acordo com o encontrado na evidência científica percebe-se que o enfermeiro gestor se deparou com inúmeros fatores que poderão ter contribuído para um APE menos favorável. Contudo, sabe-se que em muitos contextos as dificuldades encontradas pelos profissionais foram mais significativas quando comparadas com outros contextos (Melgueira et al., 2020; White, 2021).

De acordo com um outro estudo, de Santos et al. (2022) sabe-se que as reestruturações dos serviços de saúde durante o período pandêmico tiveram impacto no APE, uma vez que foi exigida a interligação entre a gestão dos cuidados, a utilização de indicadores epidemiológicos, alterações na organização do trabalho e, ainda, otimização dos recursos humanos. Ainda assim, os mesmos autores referem que o trabalho dos enfermeiros ganhou relevância e visibilidade, especialmente ao nível da participação na gestão dos cuidados ao nível organizacional, funcionamento da estrutura física e elaboração de protocolos, além do papel direto na prestação dos cuidados de saúde.

Durante crises pandémicas os profissionais de saúde devem estar aptos para lidar com os desafios inerentes a uma pandemia, e claro, estarem envolvidos em ambientes de trabalho que proporcionem condições de trabalho suficientemente dignas e seguras para o exercício da sua função (Nery et al., 2021). O enfermeiro gestor enquanto líder, teve que recorrer a ferramentas/estratégias para lidar com a mudança, gerir equipas e funcionar como elo de ligação entre as diretrizes emitidas e a prática clínica. Para isso, teve que ser capaz de gerir todos os atributos organizacionais do APE de forma a torná-lo o mais favorável / positivo possível, e a providenciar cuidados de qualidade aos doentes, satisfação à equipa e eficiência para a organização.

O APE é extremamente relevante quando o assunto em discussão são as vivências do enfermeiro gestor em pleno período pandêmico em contexto hospitalar, pois este acaba por ser um fator determinante na compreensão aprofundada daquilo que foi vivenciado. Compreender a influência do ambiente torna-se crucial no entendimento da forma como os enfermeiros gestores responderam aos desafios impostos pela pandemia de COVID-19.

Pode-se afirmar que o mundo, mas em especial os profissionais de saúde, enfrentaram uma situação de doença, de incerteza, de mudança e de adaptação. Diversas exigências marcaram o exercício profissional do enfermeiro gestor, uma vez que teve de lidar com a reorganização dos cuidados, gestão e apoio da equipa, gestão de materiais, e também com a dor, perda, sofrimento e morte.

Neste contexto, a teoria de enfermagem escolhida para a análise deste estudo foi o Modelo de Adaptação, de Callista Roy & Andrews (2008), devido ao processo de adaptação que os enfermeiros gestores enfrentaram durante a pandemia.

Apesar de o conceito de ambiente descrito e estudado por Roy (2009) ser muito mais abrangente do que o que no presente estudo se analisa – o APE, é interessante a reflexão sobre a influência que o ambiente externo tem nos indivíduos que nele se encontram, levando ao aparecimento de respostas adaptativas ou ineficazes por parte dos mesmos. Mais adiante, esta é uma ideia que será analisada através do modelo de Roy (2008) e que se pode enquadrar no estudo, uma vez que, fazendo o paralelo, as vivências do enfermeiro gestor poderão ser encaradas como respostas adaptativas ou ineficazes a um estímulo externo do ambiente – neste caso, o ambiente da prática de enfermagem.

O modelo admite que o indivíduo é um sistema com capacidade de adaptação. Este é influenciado por fatores internos e externos, criando mudanças no meio ambiente que, por sua vez, vão interferir no seu processo de adaptação (Fawcett, 2009; Coelho & Mendes, 2011).

Segundo Aligood e Tomey (2011), o modelo de Roy & Andrews centra-se no conceito de adaptação da pessoa. Os seus conceitos de enfermagem, saúde e ambiente estão todos interligados a este conceito central. A pessoa perscruta continuamente o ambiente para encontrar estímulos. Em última análise, é dada uma resposta e ocorre adaptação. A resposta de adaptação pode ser tanto uma resposta de adaptação como uma resposta ineficaz. O resultado é a obtenção de um nível ótimo de bem-estar por parte da pessoa.

A pessoa enquanto sistema de vida aberto recebe *inputs* ou estímulos do ambiente e de si próprio. O nível de adaptação é determinado pelo efeito combinado dos estímulos focal, contextual e residual. A junção destes estímulos levará a um determinado nível de adaptação, levando a respostas por parte das pessoas, que poderão ser adaptáveis ou ineficazes (Roy & Andrews, 2008).

Um estímulo focal é o estímulo que mais imediatamente confronta a pessoa atraindo a sua atenção. Tendo em conta que o ambiente está em constante alteração, muitas vezes um estímulo nunca chega a ser focal. A esses estímulos dá-se o nome de contextuais, apesar de estarem presentes em determinada situação e influenciarem a adaptação da pessoa, não são o seu centro de atenção. Ainda assim, têm o potencial de atenuar ou acentuar os estímulos focais. Por fim, existem ainda os estímulos residuais que são fatores ambientais dos quais a pessoa não possui consciência e que apesar dos efeitos não serem centrais são fatores influenciadores de determinada situação (Roy & Andrews, 2008).

Relativamente ao nível de adaptação de uma pessoa, segundo Roy & Andrews (2008), reconhece-se que a forma como se lida com uma situação está associada às exigências da mesma situação e às condições internas atuais da pessoa, levando a uma resposta por parte desta. Esta resposta resulta dos estímulos que por sua vez ativam os mecanismos de resistência da pessoa e levam à sua adaptação enquanto sistema adaptável. A resposta ou comportamento da pessoa mediante circunstâncias específicas revê-se nas ações internas e reações, mostrando se esta se encontra a adaptar bem ou não à mudança do ambiente.

As respostas de adaptação são as que promovem a integridade e ajudam a pessoa a atingir os objetivos de adaptação, isto, é, sobrevivência, crescimento, reprodução, mestria e transformação da pessoa e do ambiente. As respostas eficazes ocorrem quando a pessoa responde positivamente às alterações ambientais. Esta resposta adaptável promove a integridade da pessoa, o que conduz à saúde. Por outro lado, as respostas ineficazes são repostas que não conseguem atingir ou que ameaçam os objetivos de adaptação, e, que conduzem ao desmembramento da integridade da pessoa (Roy & Andrews, 2008).

Quando se considera o período pandémico vivenciado pelos enfermeiros gestores, sabemos que este implicou mudanças nos contextos da prática clínica pois a adaptação à nova realidade por parte dos enfermeiros foi imperativa. Influenciados por fatores internos e externos viram-se obrigados a criar mecanismos de adaptação para lidar com uma situação de doença até então

desconhecida. Como afirma Mansour & Sosha (2021), o enfermeiro gestor foi responsável pelo processo de adaptação da sua equipa durante a pandemia.

O Modelo de Adaptação de Callista Roy debruça-se sobre esse contexto, em que a enfermagem tem um papel fundamental durante o período adaptativo, uma vez que tem em conta as relações das pessoas com a saúde, o ambiente e o processo de trabalho, a fim de propiciar ao enfermeiro gestor uma adaptação. Os enfermeiros gestores tal como os enfermeiros da linha da frente, estiveram em contacto direto com a população que vivenciava a situação de saúde-doença, daí terem recorrido a estratégias de adaptação para oferecer uma assistência de qualidade, visando a prevenção, a promoção da saúde e o bem-estar da população.

À luz do Modelo de Adaptação de Roy, pode supor-se que o APE onde o enfermeiro exerce funções fornece ao mesmo um indeterminável número de estímulos, que requerem consequentemente uma resposta adaptável ou ineficaz. Pode-se assumir como exemplo de estímulo focal, o aparecimento de uma doença desconhecida que em concomitância com outros estímulos contextuais, como a fragilidade dos sistemas de saúde e/ou a falta de condições de trabalho, pode levar a que o enfermeiro não seja capaz de desenvolver respostas adaptativas eficazes durante o período pandémico. Através do modelo teórico subjacente é possível identificar os estímulos que surgiram em pleno período pandémico e que tiveram implicação direta na prática clínica do enfermeiro gestor e na forma como estes responderam aos desafios.

Por último, uma ideia essencial a reter através da análise deste modelo prende-se com o facto de existir uma relação constante entre pessoa-ambiente e, por isso, intervir sobre a mesma é crucial para a pessoa conseguir lidar com a mudança e desenvolver respostas adaptáveis.

3. COVID-19

3.1 Pandemia por COVID-19

No final do século XIX, com a industrialização e consequente melhoria do poder económico da população em geral, as condições sanitárias melhoraram em grande escala e a mortalidade associada a doenças infecciosas diminuiu consideravelmente, pelo que as doenças infecciosas deixaram de estar no cerne da investigação em saúde, sendo substituídas pelas doenças crónicas (Burattini, 2016).

Porém, a partir de meados dos anos 60, devido à dificuldade em erradicar a malária, a resistência aos antimicrobianos e ao reaparecimento e expansão da tuberculose, o interesse pelo estudo de doenças infecciosas ressurgiu.

Simultaneamente, com o desenvolvimento dos países de África, Ásia e América Latina, o interesse económico por estas regiões aumentou. Assim, surgiram, por conseguinte, grandes fluxos migratórios para estas regiões, o que contribuiu para o aparecimento de doenças raras e até então desconhecidas, tal como é o caso do ébola na África Ocidental e da Síndrome Respiratória Aguda (Burattini, 2016). Segundo o mesmo autor, também a facilidade crescente das viagens para os diversos países e continentes, contribuiu para a dispersão de antigas e recentes doenças infecciosas, trazendo novas implicações para as populações.

Mais recentemente, Azevedo-Pereira (2020) corrobora que o aparecimento de novas infeções virais tem sido uma constante, com predomínio da etiologia zoonótica, sendo que anualmente aparecem cerca de três novos vírus na espécie humana.

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China, foi identificado um novo coronavírus, SARS-CoV-2, responsável pela síndrome respiratória aguda grave, conhecida como COVID-19 (Zheng, 2020). O vírus rapidamente se propagou entre países, tendo sido declarada situação pandémica, pela OMS, em março de 2020 (WHO, 2020a).

A COVID-19 é uma doença infectocontagiosa provocada pelo novo coronavírus causador de síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). A sua transmissão é feita principalmente por gotículas, secreções respiratórias e contacto direto com a pessoa infetada. Neste sentido, foram implementadas em vários continentes, medidas como o confinamento e o distanciamento social obrigatório, para controlo da propagação da doença (Borges et al., 2021).

3.1.1. O vírus SARS-CoV-2

Os coronavírus são conhecidos desde os anos 60, estando a sua denominação associada à forma que apresentam quando observados microscopicamente, uma forma redonda com projeções na superfície fazendo lembrar uma coroa. É conhecida uma grande diversidade de coronavírus, especialmente no reino animal (INSAa, 2022).

Estes microrganismos são de uma família de vírus conhecidos por causar doença no ser humano. A infeção pode ser semelhante a uma síndrome gripal comum ou apresentar-se como doença mais grave, como pneumonia (INSAb, 2022). Pimentel et al. (2020) afirmaram ainda que relatos científicos davam conhecimento de seis espécies de coronavírus causadoras de doenças humanas. Quatro deles causam sintomas gripais comuns sendo os outros dois, de origem zoonótica, mais graves, relacionados com o surgimento de infeções com alto impacto na saúde pública devido à sua letalidade, são eles: coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV), o agente responsável pelos surtos em 2002 e 2003 na China, e o outro coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), responsável pelos graves surtos de doenças respiratórias em 2012 no Médio Oriente (Silva et al., 2021).

O SARS-CoV-2 é o sétimo coronavírus, que causa a doença COVID-19. É um vírus Ácido Ribonucleico (RNA) positivo, de cadeia simples, que pertence à família Coronaviridae, à subfamília Coronavirinae e ao género Betacoronavirus (Azevedo-Pereira, 2020).

3.1.2. A doença de COVID-19

A infecção por SARS-CoV-2 humano-humano ocorre quando o vírus dá entrada num novo hospedeiro, ou seja, num novo indivíduo (Azevedo-Pereira, 2020; Yin & Wunderink, 2020). Esta entrada poderá ocorrer através do nariz ou garganta, no contexto de inalação de gotículas provenientes de secreções respiratórias de alguém infectado, ou pela inoculação de partículas virais que, estando presentes nas referidas secreções respiratórias, contaminaram mãos, objetos e/ou superfícies que são levados à boca, nariz ou olhos (Azevedo-Pereira, 2020; Burke et al., 2020). Porém, a transmissão do vírus através de objetos e superfícies contaminadas ocorre, mas de forma limitada, pois estes microrganismos não são sensíveis à secura e humidade, não sendo viáveis no meio ambiente por longos períodos de tempo (Michelin, Lins & Falavigna, 2020; INSAc, 2022).

O período de incubação deste agente patogénico vai de 2 a 14 dias, sendo que 80% dos doentes sintomáticos não necessitam de cuidados hospitalares, os restantes 20% dos doentes com COVID-19 desenvolvem dispneia severa, choque séptico, sepsis e falência multiorgânica (Abdel Wahed et al., 2020).

As pessoas infectadas podem apresentar sinais e sintomas de infeção respiratória aguda como febre, tosse, dificuldade respiratória, dores musculares e cansaço (OMS, 2020). Entretanto, alguns indivíduos desenvolveram sintomas como vómitos e diarreia, e sintomas como dor abdominal. Podem ainda apresentar complicações fatais, incluindo pneumonia grave, edema pulmonar, falência dos órgãos e dificuldade respiratória aguda. Apesar dos sinais e sintomas relatados, há casos de indivíduos assintomáticos para a doença (Sampaio, 2020).

3.1.3. Diagnóstico de COVID-19

A deteção laboratorial da COVID-19 é feita através da metodologia de amplificação dos ácidos nucleicos, pela reação de polimerase em cadeia (*Polymerase Chain Reaction* – PCR) em tempo real (OMS, 2020).

O PCR é constituído por três reações de amplificação dirigidas a duas diferentes regiões do genoma viral, sendo que um caso confirmado apresentará as três reações de PCR positivas. Também testes de alta sensibilidade e especificidade,

além de rápida execução, são alternativas para o diagnóstico de COVID-19. Os testes sorológicos para detecção de anticorpos IgG e IgM contra o SARS-CoV-2, são boas ferramentas para diagnóstico (Sampaio, 2020).

3.1.4. Epidemiologia

A 2 de março de 2020, em Portugal, teve início oficial a contaminação por SARS-CoV-2, por meio de dois casos importados da Itália e Espanha (INSAd, 2020; Correia, 2020). O alarme soou após semanas de alguma expectativa de que o vírus pudesse não atingir o território nacional.

Naturalmente, os casos de contágio multiplicaram-se nos dias seguintes levando o governo a decretar o encerramento das escolas a 16 de março. Nessa altura, a soma de infetados no país era de 78 (prevalência de 7,6 casos por milhão de habitantes), sendo que a maior incidência ocorria na região de maior concentração da população, área metropolitana de Lisboa e na região norte (Correia, 2020). No dia 18 de março de 2020, foi declarado o Estado de Emergência em todo o país.

Em termos práticos, as restrições visaram possibilitar o confinamento de pessoas no domicílio ou em estabelecimentos de saúde, o estabelecimento de cercas sanitárias, e, a interdição de deslocações (excluídas as deslocações para o emprego, para assistência à saúde e aquisição de bens de primeira necessidade) permitiram a contenção das cadeias de transmissão (Correia, 2020).

No dia 2 de abril de 2020, um mês após o aparecimento de casos de COVID-19, Portugal tinha registado 9.886 casos (prevalência de 961 por milhão de habitantes) e 246 mortes (taxa de letalidade de 2,5%). Apesar desse crescimento, a curva epidemiológica não seguiu o padrão de crescimento exponencial verificado em Itália ou em Espanha, mas, sim, uma tendência que ao longo dos meses seguintes ficou conhecida como “planalto persistente” que traduz o crescimento marginal de casos diários (em torno de 1%) (Relatório de Situação Epidemiológica em Portugal de 3 abril, 2020).

Terminada a fase do Estado de Emergência que durou até à primeira semana de maio, Portugal iniciou um processo de regresso à normalidade. A 15 de julho de

2020, Portugal tinha 13.610 casos ativos (prevalência de 1.322 casos por milhão de ambiente), para um total de 47.765 casos confirmados desde o início dos registos e 1.679 óbitos (taxa de letalidade de 3,5) (Relatório de Situação Epidemiológica em Portugal de 16 de julho, 2020).

Devido à rápida propagação das cadeias de transmissão, novamente a 6 de novembro de 2020 foi decretado Estado de Emergência em todo o país, sendo que este foi renovado por diversas vezes prolongando-se até 30 de abril de 2021. A 25 de abril de 2021 de acordo com o Relatório Evolução do número de casos de COVID em Portugal do INSAe (2021), Portugal já contava com 836.654 casos.

Durante o ano 2022 a pandemia de COVID-19 manteve-se controlada, embora se tenha observado um contínuo aumento dos casos de contágio, mas com uma tendência estável.

No final do ano de 2022, de acordo com o Relatório Evolução do número de casos de COVID em Portugal do INSA, Portugal atingiu os 5.557.107 casos. Neste último ano de 2022, manteve-se reduzido o impacto da COVID-19 nos serviços de saúde e na mortalidade geral. Observou-se a manutenção de uma mortalidade específica por COVID-19 reduzida, com uma tendência estável e correspondente a um valor cinco vezes inferior ao valor máximo observado na última fase epidémica (INSAf, 2022).

3.2. Pandemia COVID-19 e os profissionais de saúde

As profissões da área da saúde têm sido classificadas como altamente stressantes. Os profissionais de saúde são os elementos estruturais do sistema de saúde e, por conseguinte, garantir a sua segurança é essencial para prestar cuidados de saúde de qualidade aos doentes, garantir a continuidade dos cuidados e controlar perturbações resultantes da pandemia (Mansour & Sosha, 2021).

Com o despoletar da transmissão comunitária da infeção um pouco por todo o mundo, foi imperativo que praticamente todos os prestadores de cuidados de saúde a nível mundial se reorganizassem de forma rápida, criando capacidade de resposta à COVID-19, mas mantendo os considerados serviços mínimos essenciais.

As medidas tomadas no âmbito do combate à pandemia, tiveram efeitos restritivos no normal funcionamento da vida em sociedade (Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, 2020) surgindo novos desafios e a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde. Assim, desde cedo que a pandemia de COVID-19 colocou desafios imediatos aos profissionais de saúde, nomeadamente, a necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências num clima de incerteza e constante atualização e informação.

Neste período, foi já desenvolvida investigação em que são abordados alguns aspetos relacionados com o comportamento dos profissionais de saúde, nomeadamente, o conhecimento, as atitudes relativamente à doença e a perceção de risco de exposição à mesma (Abdel Wahed et al., 2020). Também, muita investigação tem sido desenvolvida acerca das experiências dos enfermeiros que estiveram na linha da frente (Labrague & Santos, 2020; Liu et al., 2020; Moet et al., 2020; Tan et al., 2020)

Em contrapartida, foram poucos os estudos desenvolvidos acerca das vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia da COVID-19 em contexto hospitalar (Deldar et al, 2021; Mansour & Sosha, 2021; White, 2021).

3.2.1. Vivências dos enfermeiros gestores durante o período pandémico

A situação pandémica provocada pela COVID-19 exigiu mudanças urgentes e constantes na organização dos serviços em termos de gestão de processos e de equipas, o que exigiu diligência e flexibilidade. Vázquez-Calatayud et al. (2021) afirmaram que os enfermeiros gestores se viram obrigados a procurar alternativas para os problemas que surgiram de forma abrupta. Neste sentido, Jackson e Nowell (2021) corroboram afirmando que os enfermeiros gestores tiveram que alargar as suas responsabilidades durante o período pandémico, como: coordenarem três ou quatro serviços ao invés de um, e, coordenarem serviços com os quais não estavam familiarizados.

Os profissionais de saúde, e particularmente, os enfermeiros que se encontravam na linha da frente contra a COVID-19, necessitaram de implementar na sua prática as medidas emanadas pela OMS (Deldar et al., 2021). Também, o papel do enfermeiro gestor enquanto líder foi afetado durante o período pandêmico, tal como Bianchi et al (2021, p. 1962) descreve no seu estudo *“os estilos de liderança foram fortemente afetados, uma vez que o enfermeiro gestor teve que dar resposta à organização e aos seus colaboradores”*.

A pandemia obrigou a que os enfermeiros gestores adquirissem rapidamente competências para tomar decisões e adaptá-las minuto a minuto (Hazelton, et al., 2022). Isto foi transversal a todos os enfermeiros, mas os enfermeiros gestores sentiram o desafio adicional de manter a sua liderança apesar de estarem a lidar com a incerteza e o desconhecido. Bianchi et al. (2021) defendem que o estilo de liderança durante emergências e desastres requer habilidade e competência para escolher o tom certo, ser empático, dar tranquilidade e comunicar objetivos partilhados. O líder teve que assegurar a colaboração com todos profissionais, departamentos e serviços (Sugianto, et al., 2022).

De acordo com evidência científica que suporta a temática do presente trabalho, as vivências dos enfermeiros gestores durante o período pandêmico agrupam-se em temas, como: *Estar presente para todos, Desafios de liderança, Dificuldades, Apoio e Coping, Reforço do papel* (White, 2021); *Stress, Sistema de reforço e resiliência, Construção de uma equipa de apoio, Maturidade durante a crise* (Mansour & Sosha, 2021); *Adaptação constante à mudança; Participação na tomada de decisão; Gestão da incerteza; Priorização do bem-estar biopsicossocial da equipa; Preservação dos cuidados humanizados; “Um por todos”* (Vázquez-Calatayud, 2021); *Lidar com a saúde mental da equipa, Gerir desafios e recursos materiais, Adaptabilidade* (Deldar, 2021); *Mudanças, Conflito de emoções, Relação, Papel* (Bianchi, 2021).

No que diz respeito ao macro-tema *Estar presente para todos* (White, 2021) / *Sistema de reforço e resiliência* (Mansour & Sosha, 2021) / *“Um por todos”* (Vázquez-Calatayud, 2021), os enfermeiros gestores tiveram que absorver os problemas de toda a equipa e ainda experienciaram sentimentos de culpa e preocupação quando não estavam presentes fisicamente no hospital (White, 2021). Tiveram ainda de

adotar várias estratégias para suportar o sistema de saúde e melhorar a própria resiliência e a da equipa (Mansour & Sosha, 2021).

Quanto aos *Desafios de liderança* os enfermeiros gestores tiveram que adotar uma nova postura e assumir também a prestação de cuidados diretos, pondo de parte todo o trabalho burocrático. Outro desafio, foi liderar uma equipa com receios e medos (White, 2021).

Neste sentido, surge o macro tema *Dificuldades, Apoio e Coping* (White, 2021) / *Construção de uma equipa de apoio* (Mansour & Sosha, 2021) / *Adaptação constante à mudança* (Vázquez-Calatayud, 2021), pois os enfermeiros gestores, tal como os enfermeiros presentes na linha da frente, experienciaram estados emocionais negativos, esgotamento físico e sentimentos depressivos com a complexidade da gestão da equipa numa situação de mudança. O apoio familiar e profissional (equipa, enfermeiros supervisores e diretores) foi facilitador para os enfermeiros gestores lidarem com os desafios impostos pela pandemia (Mansour & Sosha, 2021).

No que diz respeito ao macro-tema *Relações*, os enfermeiros gestores fizeram um esforço para continuar a garantir à sua equipa acessibilidade, abertura, disponibilidade, confiança e respeito mútuo, bem como manter um ambiente positivo que favorecesse a segurança psicológica e baixos níveis de desconforto (Bianchi, et al. 2021). Os enfermeiros gestores afirmaram que a situação de mudança devido à COVID-19, os forçou a transmitir informação rapidamente e a conceber estratégias, tais como a utilização de canais informais de informação para assegurar que as suas equipas estavam devidamente informadas. Referiram também dificuldades com o fluxo de informação que receberam relativamente às diretrizes a seguir, tanto ao nível vertical como horizontal (Vázquez-Catalayud, et al. 2021). Identificaram estas dificuldades devido à (1) falta de informação imparcial no momento certo e (2) a informação diversa contraditória que provinha de fontes diferentes (White, 2021). Entre as várias vivências durante a pandemia descritas pelos enfermeiros gestores, outra foi ao nível da gestão dos conflitos com si próprios, com a equipa e com os doentes (Jackson & Nowell, 2021; Poortaghi, et al.,

2022). Outra dificuldade mencionada pelos enfermeiros gestores foi a falta de formação em gestão para lidar com a crise (Hazelton, et al., 2022).

No que diz respeito ao desenvolvimento pessoal, autores mencionam que os enfermeiros gestores expressaram que não o experienciaram, porque os seus valores estavam comprometidos e não puderam ser os líderes que desejavam (Hazelton, et al., 2022). Em contrapartida, de acordo com o estudo de Mansour & Sosha, (2021) os enfermeiros gestores reconheceram que cresceram quer a nível pessoal, quer a nível profissional, uma vez que a exposição a uma nova experiência promoveu o desenvolvimento de capacidades de gestão e auto-consciencialização, houve uma *“maturidade durante a crise”*. Foram capazes de refletir criticamente sobre as suas experiências e aprendizagens realçando o que necessita de uma maior atenção em futuras situações semelhantes (White, 2021).

Em suma, Sugianto et al. (2022) afirmam que a maioria das mudanças no quotidiano do enfermeiro gestor, relacionou-se com a comunicação de informação, planeamento e gestão de uma situação em rápida evolução.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Desde cedo, após o início da pandemia por SARS-CoV-2, que investigação tem sido produzida no sentido de se compreender as vivências dos enfermeiros da linha da frente durante o período pandémico, apesar deste incremento, pouca tem sido concebida no que respeita às vivências, numa perspetiva do enfermeiro gestor, durante o mesmo período (Deldar, 2021). Vázquez-Calatayud et al., (2021, p.80) corroboram esta opinião afirmando que “pouca investigação tem sido publicada acerca das experiências dos enfermeiros gestores durante a pandemia da COVID-19”.

O enfermeiro gestor deve ser capaz de criar um ambiente de trabalho seguro e saudável para a equipa. No entanto, frequentemente também ele está exposto a vários desafios no seu local de trabalho. Alguns desafios estão relacionados com a escassez de recursos, gestão de equipas, gestão das expectativas dos profissionais, gestão de relações, e capacidade de liderança (Adriaenssens, Hamelink, & Van Bogaert, 2017). Durante a crise pandémica, estes desafios intensificaram-se dado que os enfermeiros gestores foram responsáveis por organizar a equipa e as suas atividades, com desafios acrescidos. Durante a pandemia estiveram na linha da frente, para dar resposta às necessidades únicas da equipa que estavam a liderar (Jackson & Nowell, 2021). O mesmo é referido por Poortaghi et al. (2021) que afirmam que o enfermeiro gestor teve um papel essencial nas organizações de cuidados de saúde, no que diz respeito ao apoio prestado à equipa prestadora de cuidados diretos, transmitindo positivismo.

De acordo com Bianchi (2021), os enfermeiros gestores desempenharam um papel estratégico porque atuaram como um elo de ligação entre as normas organizacionais e a prática clínica. Por isso, compreender as experiências dos enfermeiros gestores ajudará na conceção de políticas de saúde e formas de gestão, para lidar melhor com situações futuras semelhantes (Mansour & Sosha, 2021; Vázquez-Calatayud et al., 2021; Deldar et al., 2021).

Também, a partir dos anos 80 do século XX inúmeros estudos (*Nurses ' perspectives of quality work environments; Perceptions of the organization's climate:*

influenced by the organization's structure?; Nursing work environment, turnover intention, job Burnout, and quality of care: the moderating role of job satisfaction) têm sido desenvolvidos com vista a perceber o impacto da qualidade do ambiente da prática de enfermagem sobre os enfermeiros e nos *outcomes* na pessoa em situação de doença. Apesar do número crescente, não tem sido incluído um foco explícito sobre os contextos de trabalho em tempos de pandemia, dada a imprevisibilidade e ocorrência esporádica deste tipo de eventos. Tendo em consideração a especificidade e permanente incerteza deste tipo de situação durante a pandemia da COVID-19, surge a pertinência do presente estudo.

A título pessoal, o interesse e a escolha da temática do estudo revestem-se de uma preocupação pessoal enquanto ser humano, mas também profissional. Enquanto futura enfermeira gestora, acredito que produzir investigação acerca desta temática é relevante para compreender de uma forma integral os grandes desafios que foram impostos aos profissionais, neste caso aos enfermeiros gestores, mas também para preencher lacunas do conhecimento e, ainda, para munir de ferramentas e estratégias este grupo profissional, para possíveis recidivas da crise ou eventuais situações semelhantes.

Assim, é importante perceber-se como decorreu o processo de gestão dentro das organizações, de forma a compreendermos o que de positivo aconteceu, mas também o que foi negativo. Investir em planos de ação, bem como preparar os enfermeiros gestores e a restante equipa é fundamental para a gestão de situações emergentes de forma mais adequada (Bookey-Bassett et al., 2020).

Em suma, considero que as perceções e vivências experienciadas pelos enfermeiros gestores em diferentes contextos de trabalho permitirão um maior conhecimento no âmbito científico da enfermagem, especificamente, sobre a realidade desta nova pandemia, contribuindo, assim para o desenvolvimento de estratégias que promovam a saúde dos enfermeiros, a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo serão identificados, o tipo de investigação, a pergunta de investigação, objetivos, caracterização dos participantes, o instrumento de recolha de dados, o procedimento de tratamento de dados, e por último, os procedimentos éticos tidos em consideração durante o desenvolvimento do estudo.

2.1. Pergunta de investigação

Os enfermeiros investigadores passam tempo significativo a desenvolver as suas perguntas de investigação e a clarificar o que planeiam estudar. Em concordância com Streubert et al (2011), é importante que os trabalhos de investigação se baseiem em raciocínio profundo e numa clara compreensão da pergunta de investigação.

De acordo com Quivy, (2005) uma pergunta de investigação constitui normalmente um primeiro meio para romper com o senso comum e deve ao mesmo tempo, ter três qualidades essenciais: clareza, exequibilidade e pertinência, pois através da pergunta de partida consegue-se ter uma ideia clara acerca do objetivo a alcançar. Com a pergunta de investigação o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que se procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação.

Assim, a pergunta de investigação que emerge é: *Como foi vivenciada a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar pelo enfermeiro gestor?*

2.2. Objetivos

Uma vez apresentada a questão de investigação, foram concebidos os objetivos pelo qual a investigação se regerá:

Objetivo geral:

- Compreender as vivências dos enfermeiros gestores durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar.

Objetivos específicos:

- Analisar as implicações da COVID-19, percebidas pelos enfermeiros gestores, na gestão dos serviços de enfermagem;
- Descrever as dificuldades/desafios experienciadas pelos enfermeiros gestores durante a pandemia de COVID-19;
- Identificar as estratégias de gestão utilizadas pelos enfermeiros face à pandemia de COVID-19.

2.3. Tipo de estudo

O propósito desta investigação foi descrever as experiências vivenciadas pelos enfermeiros gestores durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar. Sendo assim, considerou-se pertinente realizar um estudo de natureza qualitativa, descritivo simples.

A escolha desta metodologia deve-se essencialmente pela possibilidade existente da compreensão de um fenómeno através da perspetiva dos indivíduos presentes na investigação, pois foi evidente a importância de se compreender como é que os enfermeiros gestores vivenciaram esta fase crítica, avassaladora e de desconhecimento que os obrigou a um processo de adaptação e ao desenvolvimento frequente de estratégias.

A investigação qualitativa deve ser utilizada porque algumas questões de investigação não podem ser respondidas utilizando apenas métodos quantitativos (Busseto et al., 2020). Assim, a argumentação para a escolha da metodologia qualitativa baseia-se sobretudo na natureza da questão colocada, dado que se se pretender investigar a compreensão de um fenómeno vivenciado por um indivíduo ou grupo, um estudo qualitativo será o mais indicado (Fortin, 2009).

A finalidade da investigação qualitativa é a compreensão de um determinado fenómeno usando um conjunto de princípios orientadores, cujo objetivo é estruturar o desenho da pesquisa, não provar que estão certos ou errados (Streubert et al., 2011). Busseto et al. (2020) acrescentam que na investigação

qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, e que este tipo de investigação descreve os fenómenos através de palavras, em vez de os descrever por números ou medidas.

Gray & Grove (2021) afirmam ainda que a abordagem qualitativa é utilizada para descrever experiências de vida, culturas e processos sociais a partir das perspetivas individualizadas dos indivíduos envolvidos no estudo. A investigação qualitativa descritiva pode ser apropriada para estudos que não têm um método claramente especificado ou em que o método é especificado, mas que termina com um resumo abrangente de um acontecimento.

Streubert et al. (2011) enumeram algumas características importantes na investigação qualitativa: 1) uma crença em múltiplas realidades; 2) um compromisso com uma abordagem para compreender o fenómeno em estudo; 3) um compromisso com o ponto de vista do participante; 4) a condução de investigação de modo a limitar a corrupção do contexto natural dos fenómenos de interesse; 5) reconhecimento da participação do investigador no processo de investigação; 6) e um relato dos dados num estilo literário rico incluindo o discurso dos participantes.

Os investigadores qualitativos adquirem conhecimentos sem recorrer à medição de conceitos ou analisar relações estatísticas. Pelo contrário, melhoram a compreensão de um fenómeno a partir dos pontos de vistas dos indivíduos que o experimentam (Gray & Grove, 2021). Concentram-se em ouvir "as vozes dos próprios indivíduos" em vez de transformar a experiência num número ou numa escala (Kazdin, 2017, p.227).

É importante referir que este tipo de estudo, não possibilita a generalização dos resultados a outros casos, mesmo que sejam semelhantes.

2.4. Campos do estudo e participantes

O local onde o estudo foi efetuado corresponde a um Hospital Universitário da Grande Região de Lisboa, uma unidade hospitalar complexa que engloba todas as especialidades médicas. Para a aplicação do respetivo estudo foram contactados os enfermeiros gestores das unidades de internamento (serviços de internamento

de medicina e urgência), tendo cinco aceitado participar neste estudo. Foram estes os serviços selecionados, uma vez que sofreram uma maior reorganização e reestruturação durante a crise pandémica e, conseqüentemente, onde os enfermeiros gestores vivenciaram experiências mais intensas e de maior desafio.

Num estudo de carácter qualitativo, a população-alvo é designada como participantes. Segundo Polit, Beck & Hungler (2001), citados por Streubert & Carpenter (2011, p.29) “os indivíduos que colaboram no estudo têm um papel ativo em vez de passivo, por isso, são referidos como informantes ou participantes no estudo”. Gray & Grove (2021) definem os participantes como o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.

Uma característica que está intimamente relacionada com os participantes é a saturação. A saturação refere-se à repetição de informação e à confirmação de dados anteriormente colhidos (Morse, 1994, citado por, Streubert & Carpenter, 2011). Isto significa que, em vez de se estabelecer como participantes um número específico de indivíduos para conseguir significância de acordo com manipulação estatística, o investigador qualitativo procura a repetição e confirmação de dados previamente colhidos. Assim, de acordo com Busseto et al. (2020), é importante que logo após a recolha de dados se realize a análise dos mesmos, para em caso de falta de informação se proceda novamente à recolha destes. O término deste processo é evidente quando nova informação relevante não surge – ponto de saturação.

A natureza repetitiva dos dados é o ponto no qual o investigador determina que a saturação foi alcançada (Streubert & Carpenter, 2011). Por outras palavras, a recolha de dados qualitativos termina não *a priori*, mas quando o investigador determina que foi atingida a saturação (Busseto et al., 2020).

Deste modo, no que diz respeito ao estudo a ser desenvolvido e como referido anteriormente, foram contactados os enfermeiros gestores das unidades de internamento (medicina e urgência) em número de dez. Cinco destes aceitaram participar neste estudo. Apesar de inicialmente termos planeado e proposto abarcar os enfermeiros gestores dos dez serviços selecionados devido à fase de

reorganização e reestruturação que as organizações atravessaram, houve muita dificuldade no agendamento de um momento conveniente para o investigador e para alguns dos entrevistados. Esta limitação aconteceu por uma maior sobrecarga de trabalho para os enfermeiros.

Assim, por se verificar a repetição nos dados recolhidos e, ainda, que dados novos já não estavam a surgir, optou-se por realizar 5 entrevistas, as quais se encontram integralmente transcritas.

2.5. Instrumento de recolha de dados

Os dados foram colhidos através de entrevistas semiestruturadas. De acordo com Amorim (1993), citado por, Valério & Favinha (2014, p. 11), a entrevista é uma técnica importante que possibilita um processo de recolha de informação “que utiliza a forma de comunicação verbal. Parte do encontro entre duas pessoas, durante o qual, uma pessoa – entrevistador, interroga a outra ou outras – entrevistados, com o objetivo de conhecer as suas opiniões sobre alguns pontos e factos que lhe interessam”.

As entrevistas proporcionam uma oportunidade para os participantes descreverem a experiência com as suas próprias palavras. A descrição contém pormenores concretos sobre quando ou como algo ocorreu e o contexto em que ocorreu. O investigador incita ou faz perguntas para encorajar o participante a interpretar o significado da experiência no contexto do mundo da vida dos participantes (Brinkmann, 2018).

Neste sentido, é essencial compreender a complexidade do processo de entrevista e a importância do compromisso que uma pessoa faz ao envolver-se na mesma. As entrevistas não devem ser conduzidas sem preparação adequada e compressão do processo, da sua intenção e do resultado desejado (Streubert & Carpenter, 2011).

Especificamente no que diz respeito às entrevistas semiestruturadas, segundo Vilelas (2017, p.3017) “(...) combinam perguntas abertas e fechadas, sendo

que o entrevistado tem a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto”. Brancati (2018) acrescenta que as entrevistas semiestruturadas são fontes ricas de dados porque são flexíveis; o investigador é livre de improvisar ou alterar a redação de uma frase rápida com base na forma como o participante respondeu a uma pergunta anterior.

No que diz respeito ao presente estudo, a entrevista (APÊNDICE I) organizou-se em três partes: **1)** descrição dos objetivos do estudo, de modo a assegurar o cumprimento dos princípios éticos; **2)** colheita de dados para a caracterização sociodemográfica dos participantes (idade, género, grau académico, formação académica na área da gestão, nº de anos de experiência profissional, nº de anos de atividade profissional na instituição, nº de anos que assume funções de gestão/chefia); **3)** corpo da entrevista semiestruturada com nove questões de resposta aberta, de acordo com os temas previamente delineados após revisão da literatura e objetivos propostos no estudo.

Aplicamos o guião de entrevista, elaborado previamente, às cinco enfermeiras gestoras dos serviços de internamento de medicina que aceitaram participar no estudo. As entrevistas semiestruturadas, presenciais e individuais, foram realizadas por uma entrevistadora, a autora deste trabalho. O dia, a hora e o local das entrevistas foram definidos em concordância com a disponibilidade e conveniência das enfermeiras. Salienta-se que a realização das entrevistas decorreu entre 21 de novembro de 2022 e 31 de janeiro de 2023, sendo que todas elas decorreram nos locais de trabalho dos participantes (i.e., gabinetes). Antes da entrevista, cada enfermeira deu o seu consentimento informado, autorizando a gravação áudio da mesma e o uso dos dados obtidos para a finalidade da investigação (ANEXO I). As entrevistas foram gravadas em formato áudio usando um gravador digital e tiveram uma duração média de 20 minutos, e, foram integralmente transcritas (APÊNDICE II).

Estabelecidas as etapas e procedimentos gerais de planificação e construção do instrumento de recolha de dados, submetemos o instrumento a processos e procedimentos de validação. Este procedimento é designado de pré-teste ou estudo

piloto. Importa, assim, testar a sua adequação aos objetivos do estudo através da aplicação, em pequena escala, da versão preliminar a um pequeno grupo de indivíduos com características concordantes às categorias de pessoas que participam no estudo (Coutinho, 2018). Neste estudo em concreto, foi entrevistada uma enfermeira com características semelhantes às dos participantes do estudo, onde verificamos que o tempo previsto para a duração da entrevista foi o adequado, que as questões colocadas foram facilmente compreendidas e, ainda, que o guião estava ajustado aos objetivos do estudo. A referir também que antes da implementação do instrumento de recolha de dados, foi realizado um trabalho prévio com os orientadores para aferir a qualidade das questões.

Esta etapa é determinante para garantir a validade e fiabilidade do instrumento, isto é, a qualidade informativa dos dados obtidos (Coutinho, 2018).

2.6. Procedimento de tratamento de dados

Como referido anteriormente, a realização das entrevistas decorreu entre novembro de 2022 e janeiro de 2023.

Após a realização das entrevistas, procedemos à transcrição integral das mesmas em Word, sendo o corpus da análise constituído pelos discursos integrais dos entrevistados. De acordo com Padgett (2017), os transcritos apresentam os dados de uma forma que permite ao investigador rever os dados visualmente e partilhá-los com possíveis membros das equipas, analisá-los e validá-los.

Depois de ser efetuada a colheita de dados, organizámos a informação obtida, de forma a proporcionar a sua melhor compreensão e significado. Deste modo, utilizámos o método de análise de conteúdo para a análise e tratamento dos dados:

“Em que consiste? Em essência, trata-se de uma técnica que procura “arrumar” num conjunto de categorias de significação o “conteúdo manifesto” dos mais diversos tipos de comunicações (texto, imagem, filme); o primeiro objetivo é, pois, proceder à sua descrição objetiva, sistemática e, até, quantitativa (...) é um processo empírico utilizado no dia a dia por qualquer pessoa, enquanto leitura e

interpretação; mas, para se tornar numa metodologia de investigação científica, tem de seguir um conjunto de passos que lhe dão rigor e a validade necessária” (...) (Amado, in A Técnica de Análise de conteúdo, citado por, Valério e Favinha, 2014, p. 11).

Gray & Grove (2021, p. 343) corroboram afirmando que “a análise de conteúdo é concebida para classificar as palavras de um texto em categorias. O investigador procura ideias ou padrões de pensamentos repetidos”. Bardin (2014) acrescenta que a análise de conteúdo se processa em três fases distintas: a pré-análise; a exploração do material e, por fim, o tratamento dos dados onde se incluem a inferência e a interpretação.

Através da pré-análise, que segundo a mesma autora “consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”, as primeiras leituras das entrevistas permitirão realizar um esboço das possíveis categorias emergentes, de acordo com os temas do guião da entrevista.

Numa segunda fase da análise de conteúdo, exploração do material, os dados obtidos serão agregados de forma sistemática em unidades através de codificação. Streubert & Carpenter (2011) afirmam que a codificação é um meio de nomeação e posterior classificação de elementos de dados, que permite ao pesquisador encontrar temas e padrões.

Por último, na terceira fase da análise de conteúdo, tratamento de dados, os mesmos serão distribuídos pelas categorias e subcategorias emergentes, originando uma tabela que será o fio condutor para a análise e discussão dos dados.

Assim, no que diz respeito ao presente estudo, submetemos a tratamento toda a informação compilada através da técnica de análise de conteúdo suportada pelo *software* webQDA (Costa & Amado, 2018; Coutinho 2018). Este *software* possibilitou a organização e sistematização da análise de dados, potenciando a definição das dimensões (Costa & Amado, 2018) necessárias ao tipo de metodologia descritiva e qualitativa utilizada neste estudo. Mais especificamente, no sistema de “fontes internas” no webQDA, inserimos os ficheiros gravados em *word* referentes à transcrição de cada entrevista.

As transcrições foram lidas diversas vezes, com o objetivo de favorecer a familiarização com os dados e a identificação de ideias gerais salientadas pelos participantes. Assim, de seguida, procedemos à categorização e codificação dos dados obtidos em temas e categorias (Creswell & Creswell, 2018).

Como o guião de entrevistas foi constituído por perguntas semiabertas, a informação recolhida em cada pergunta não foi apenas direcionada para aquela pergunta em questão e sim considerada no global. Deste modo, a categorização foi feita por segmentos de texto de forma indutiva. Esta levou-nos a uma organização por temáticas em concordância com a informação compilada e não de acordo com a sequências das perguntas.

O sistema de categorias estava já definido *à priori*, de acordo com evidência científica explorada. Porém, emergiram novas categorias, tendo também ocorrido alterações e/ou adaptações às já existentes. Deste modo, a árvore de categorias e subcategorias baseou-se concomitantemente na evidência científica e na exploração dos conteúdos obtidos nas entrevistas (Creswell & Creswell, 2018). As categorias correspondem a conjuntos semanticamente coerentes de unidades de registo/enumeração que terão, cada um deles, um código específico a aplicar no decurso do processo de codificação. Já as unidades de registo/enumeração definem-se como o segmento de texto que é objeto de “recorte”, ou seja, de seleção para análise. Por norma, o critério de definição das unidades de registo/enumeração deverá ser semântico e não formal (Bardin 2009, citado por, Lima, 2013). Conclui-se a análise de dados após ser atingida a saturação dos mesmos (nenhuma e/ou pouca informação é gerada aquando a leitura de nova informação) (Creswell & Creswell, 2018).

De seguida, fizemos uma análise das frequências das categorias relacionadas com cada temática, que deu origem à tabela essencial para a análise e discussão dos dados. Assim, o presente estudo foi complementado com uma abordagem quantitativa, que se baseou no cálculo da frequência das asserções emitidas pelos participantes em cada uma das categorias e subcategorias (Bardin, 2011). Deste modo, para se compreender a importância das temáticas indicadas pelos enfermeiros, recorreremos a procedimentos de estatística descritiva (e.g., cálculos da

frequência absoluta e da frequência relativa das categorias e subcategorias) (Silverman, 2015).

2.7. Procedimentos éticos

A enfermagem enquanto profissão baseia-se firmemente nos princípios éticos, respeito pela pessoa, beneficência e justiça. Estes princípios éticos que norteiam a prática clínica devem também ser considerados na condução da investigação em enfermagem (Fowler, 2017).

Na investigação, a aplicação da ética começa na identificação da temática do estudo e continua através da publicação dos resultados do mesmo (Gray & Groove, 2021).

Deste modo, em Outubro de 2022, realizámos um pedido de autorização à Comissão de Ética da Instituição, onde se anexou: um documento oficial em formato *word* a explicar minuciosamente o estudo em questão; o pedido de parecer à comissão de ética (Anexo II); o guião das entrevistas (Apêndice I); consentimento informado e esclarecido (Anexo I) que foi entregue aos participantes, garantindo a confidencialidade e anonimato dos participantes; a autorização da enfermeira diretora do Hospital. Este pedido foi posteriormente aceite (Anexo III).

No decurso do estudo, foi imperativo o respeito pelos princípios éticos e pelos direitos humanos. De acordo com *The American Nurses Association (ANA) Code of Ethics for Nurses* (ANA, 2015), no decorrer de investigação, está inerente a proteção dos direitos dos participantes fundados nos princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça. Os direitos humanos que requerem proteção na investigação são: **1)** o direito à autodeterminação; **2)** o direito à privacidade; **3)** o direito ao anonimato e à confidencialidade; **4)** o direito a um tratamento justo ou equitativo; **5)** o direito à proteção contra o desconforto e danos.

Assim sendo, no que diz respeito ao direito à autodeterminação, esta passou pelo facto dos indivíduos decidirem autonomamente participarem ou não no estudo de investigação. No que concerne ao direito à intimidade, os participantes

mostraram-se livres quanto à informação que revelaram com as suas respostas. Os dados obtidos não foram disseminados a terceiros.

Relativamente ao direito ao anonimato e à confidencialidade, procedemos à codificação das entrevistas, com um código alfanumérico, impossibilitando assim o reconhecimento dos participantes.

No que respeita ao direito a um tratamento justo e equitativo, espera-se que tenha sido também respeitado, uma vez que os participantes foram devidamente informados quanto à natureza e finalidade do estudo de investigação, assim como quanto aos métodos utilizados no estudo.

Facultamos aos participantes o consentimento informado e esclarecido. O consentimento livre é voluntário e esclarecido, no sentido que é necessário que a pessoa possua a informação válida para poder fazer juízo das vantagens e dos intervenientes da sua participação (Fortin, 2009).

Por último, quanto ao direito à proteção contra o desconforto e dano, foi também assegurado, dado que foi apenas pedida a colaboração dos participantes para responder às questões do guião da entrevista.

3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

O presente capítulo compreende a apresentação e análise dos dados do estudo, pretendemos assim, descrever, apresentar, interpretar e analisar os dados recolhidos no trabalho de campo.

De seguida será realizada a apresentação e análise dos dados obtidos através da exploração das categorias apuradas no estudo.

3.1. Caracterização dos participantes

Primeiramente é feita a caracterização dos participantes do estudo com recurso a uma tabela onde estão presentes as suas características sociodemográficas (tabela 1).

Foram contactados enfermeiros gestores das unidades de saúde (medicina e urgência), tendo aceitado participar no estudo um total de cinco enfermeiros gestores, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 – 64 anos, a exercerem funções de gestão em serviços de internamento de medicina.

No que diz respeito à formação académica, uma das enfermeiras (E1) apresenta o grau de licenciatura. As enfermeiras E2, E3, e E4 são detentoras do grau de mestrado com especialização em médico-cirúrgico. A última enfermeira (E5) é especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Quanto ao número de anos de experiência profissional, variam entre os 22 – 40 anos, sendo que o tempo a exercer funções de gestão/chefia varia entre os 6 – 22 anos.

As participantes referiram nas respetivas entrevistas que exerceram funções de gestão/chefia durante todo o período pandémico.

	Género	Idade	Grau académico	Formação Académica na Área de Gestão	Nº de anos de experiência profissional	Nº de anos de atividade profissional na instituição	Nº de anos que assume funções de gestão/chefia:
E1	Feminino	64 anos	Licenciatura	Pós-Graduação	40 anos	40 anos	22 anos
E2	Feminino	55 anos	Mestrado c/ Especialização Médico-Cirúrgico	Pós-Graduação	25 anos	25 anos	7 anos
E3	Feminino	47 anos	Mestrado c/ Especialização Médico-Cirúrgico	Pós-Graduação	26 anos	26 anos	12 anos
E4	Feminino	45 anos	Mestrado c/ Especialização Médico-Cirúrgico	Pós-Graduação	22 anos	22 anos	7,5 anos
E5	Feminino	56 anos	Mestrado c/ Especialização Saúde Mental e Psiquiátrica	Pós-Graduação	33 anos	33 anos	6 anos

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes

3.2. Perceções e vivências dos enfermeiros gestores em período pandémico

De seguida, através da análise de conteúdo do discurso das participantes, emergiram da perceção e vivências dos enfermeiros gestores as categorias **(1)** Experiências de gestão, **(2)** Estratégias de gestão e **(3)** Aprendizagens em gestão, decorrentes do que vivenciaram durante a pandemia de COVID-19, assim como, as respetivas subcategorias apresentadas de modo esquemático na [figura 1](#). Assim, a fim de fomentar uma melhor compreensão dos dados, este capítulo organiza-se de acordo com as categorias emergentes.

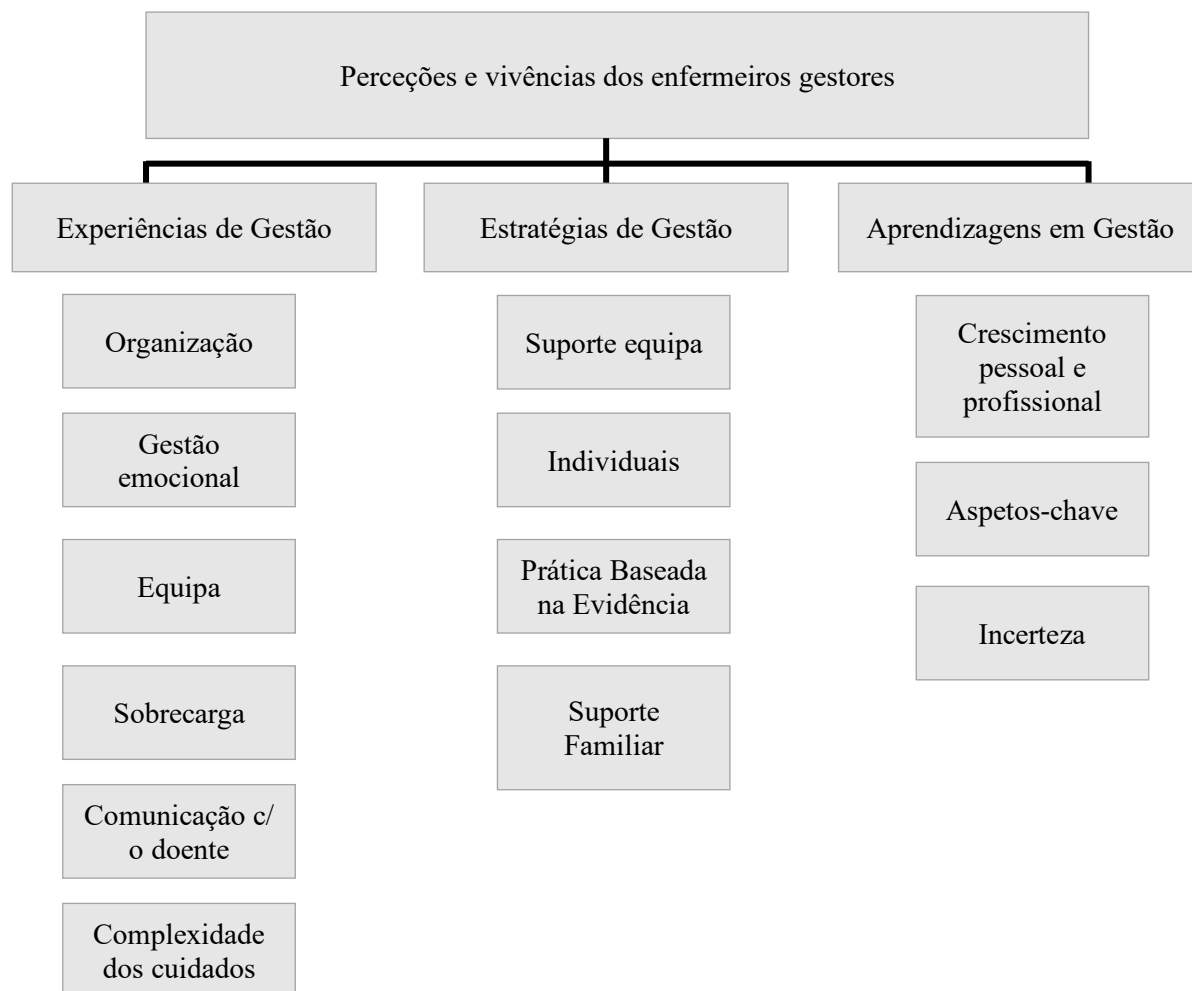


Figura 1: Categorias e Subcategorias das perceções e vivências dos enfermeiros gestores durante a pandemia de COVID-19, Lisboa, Portugal, 2023

3.2.1. Experiências de gestão

Nesta categoria incluem-se as respostas das entrevistadas ligadas às subcategorias relacionadas com: **(1)** organização; **(2)** gestão emocional; **(3)** equipa; **(4)** sobrecarga; **(5)** comunicação com o doente; **(6)** complexidade de cuidados (tabela 2).

Subcategorias	Fontes (n=5)		Referências (n=83)	
	nº	%	nº	%
Organização	5	100%	28	34%
Gestão emocional	5	100%	21	25%
Equipa	4	80%	10	12%
Sobrecarga	3	60%	13	16%
Comunicação com o doente	2	40%	4	5%
Complexidade de cuidados	2	40%	7	8%

Tabela 2: Subcategorias e unidades de enumeração relativas à categoria “Experiências de Gestão”

Com o despoletar da pandemia de COVID-19, os hospitais e os serviços viram-se obrigados a reorganizarem-se, tanto do ponto de vista organizacional quanto a nível logístico. Verificou-se que o maior número de fontes e referências diz respeito às perceções e vivências dos enfermeiros gestores ao nível da **organização**. Todas as participantes identificaram fatores como rápidas alterações do espaço físico, horário de trabalho, tipologia de cuidados e natureza do trabalho. As mesmas relataram que não houve aumento de recursos humanos, apenas de recursos materiais, e, que foram criadas áreas de isolamento e novos circuitos para os doentes COVID. No que diz respeito aos horários, as participantes afirmaram que houve um alargamento destes. Por vezes houve necessidade de terem que prolongar os seus turnos, ou em dias de folgas de se deslocarem aos serviços.

Tivemos que criar os planos de contingências... tudo foi criado de raiz, a equipa foi formada para responder às necessidades do doente COVID (E1); os recursos também não eram muitos, os recursos eram poucos... (E2); houve alturas da pandemia que vim cá muitos fins-de-semana, vim cá para fazer a gestão, porque uma das minhas preocupações era ter o material todo para os colegas se sentirem equipados à vontade, equiparem-se e sentirem-se confortáveis (E2); nós já sabíamos que dia menos dia, íamos ser nós, mas... eu sempre pensei que fosse uma coisa um bocadinho mais programada, que não fosse chegar aqui de manhã e o serviço estava normal e, à hora de almoço receber um telefonema a dizer “olhe vamos ter que mudar” (E3); nós tínhamos medo de não ter equipamentos em número suficiente para dar resposta e, portanto, tentávamos ser muito criteriosos nas entradas, nas saídas para que rendêssemos e tivéssemos sempre todos os equipamentos de proteção, que nos garantissem a nossa proteção a nossa proteção e a proteção dos nossos e, portanto, tentava ir menos, mas tive sempre presente nas passagens de turno à entrada e saída e, sempre que eles me pediam, estive sempre presente (E5).

No que diz respeito à tipologia e natureza dos cuidados, houve várias mudanças. As participantes referiram a grande rotatividade e a complexidade de cuidados aos doentes como os principais desafios.

A rotatividade era muito grande, vamos imaginar, um doente entrava às 12h se fosse preciso às 14h já estava ventilado e a ser transferido (E2); claro que era tipo o sistema de “cama-quente”, assim que saía um doente já estava outro para entrar, é verdade... (E3); éramos 20 elementos e esses 20 elementos tinham que chegar para tudo o que surgisse e, portanto, uma vez que eu não consegui esticar mais do que os 20 elementos houve momentos de grande dificuldade com o serviço completamente cheio, com uma rotatividade imensa, com doentes muito instáveis que rapidamente tinham que ser ventilados e avançar para unidades de cuidados intensivos, e, portanto, andávamos diariamente nesta azáfama. (E4);

Quanto às alterações na tipologia do trabalho, com a pandemia de COVID-19, foi exigido aos enfermeiros gestores abrirem serviços destinados somente aos

doentes infetados por SARS-CoV-2, serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos, tal como refere uma participante do estudo.

Quem saiu fui eu e os enfermeiros. No início fomos abrir a unidade de cuidados intensivos no bloco de otorrino e levei os meus chefes de equipas, alguns deles especialistas em reabilitação, portanto achei de extrema importância me acompanharem nessa missão e fomos abrir essa unidade. Posteriormente, fui novamente abrir a unidade do piso 4, outra unidade de cuidados intensivos de COVID. (E5);

Da informação obtida na categoria experiências de gestão, destaca-se a subcategoria **gestão emocional**, mencionada por todas as participantes. Evidenciaram-se estados emocionais negativos associados a ansiedade, angústia, medo, stress, preocupação, impotência e insegurança, tal como se pode verificar pelas seguintes unidades de registo: *queria desaparecer porque as 24 horas não chegavam... e depois é também um sentimento de impotência perante os acontecimentos, acima de tudo é isso, houve uma vontade de fugir perante as realidades encontradas (E1); sentia-me impotente, porque queria ajudar, mas sentia que fazia pouca diferença. Apesar de uma pessoa saber que deu o seu melhor, chegava ao final do dia e fazia um balanço e questionava-se se poderia ter feito melhor (E2); foi um bocado difícil para gerir a equipa, porque havia muitos medos, receios... medo de que não houvesse equipamento, medo da doença em si, da infeção em si (E2); mas o que me causou alguma ansiedade adicional era mesmo não saber... era o desconhecido... era não saber como é que as pessoas ao fim ao cabo também iam reagir (E3); As minhas experiências foram de grande preocupação essencialmente... enfim... preocupação surge-me como o primeiro grande... é o termo que me ocorre para descrever toda a situação. A seguir da preocupação, veio a angústia porquê? Porque toda a minha atenção tinha que ser dissipada em três grandes frentes, não é? Que era a gestão de recursos matérias, gestão de recursos humanos e a própria prestação dos cuidados (E4); momentos de preocupação porque era receber elementos vindos do hospital inteiro dos quais eu não conhecia (E5).*

Por outro lado, também foram destacados estados emocionais positivos, como satisfação, conforto e recompensa: *cada passo que uma pessoa dá para salvar a vida a alguém, é uma satisfação, uma emoção diferente, um sentimento de missão cumprida (E2); um sentimento de impotência sim, mas ao mesmo tempo com muita vontade de estar aqui de partilhar com eles todos os dias (E3); depois era muito benéfico chegar ao fim do dia e ter êxitos, quando conseguíamos ex tubar alguém e transferir para as enfermarias, quando chegava alguém afundado e que já o deixávamos melhor, tudo... eram vivências muito... de muitas emoções (E5).*

No que diz respeito à subcategoria **equipa**, 80% das participantes realçaram a importância da coesão das equipas durante o período pandémico. As participantes referiram que confiaram nos sistemas de apoio, e que isso foi facilitador para lidar com a doença COVID-19. *Houve uma maior proximidade entre as equipas (E1); as pessoas tiveram sempre disponíveis (E1); a equipa sempre teve disponível. Tiveram sempre disponíveis para assegurar os turnos, não posso dizer que não houve colaboração. Houve muita colaboração da parte deles (E2); não foi complicado porque felizmente tenho uma equipa que não é muito resistente à mudança e até participa bastante nos diferentes projetos e em tudo, aqui não foi bem um projeto, foi mais uma obrigação, mas reagimos bastante bem... as pessoas todas colaboraram muito (E3); tivemos toda uma excelente capacidade de adaptabilidade e que reagíamos muito bem, muito bem mesmo. Acho que todos... quem eu encontrei nas unidades foi efetivamente pessoas com vontade fazer, de melhorar, de prestar e de estar, e isso foi... era o estar do grupo, não era de um, era de todos (E5).*

Sendo este um período que acarretou inúmeras vivências aos enfermeiros, a maioria das participantes (60%) mencionaram que experienciaram uma **sobrecarga** no trabalho devido à afluência de doentes, à pressão existente para dar resposta às necessidades destes, falta de recursos humanos e, ainda aumento da carga horária: *Um dia de trabalho não chegava, parecia que as 24 horas também não chegavam (E1); eu tive que abrir este serviço em 16h, montar o serviço para COVID em 16 horas... Eu não estava ali à espera que entrassem 20 doentes de uma só vez (E1); porque já não era suportável para os colegas daqui, fazerem manhã/tarde, tarde/noite*

e depois virem novamente, pelo menos terem ali uma folga (E2); A escassez e a necessidade de grande controlar e de não me sobraem mãos para mais... tive que me dividir em “muitos braços” para conseguir fazer face a tudo isso (E4).

Relativamente à **comunicação com o doente**, 5% dos relatos enfatizaram os desafios que a doença COVID-19 introduziu ao nível da comunicação no setor da saúde. Realçaram o próprio isolamento em que os doentes se encontravam, bem como as barreiras da comunicação existentes entre doente-família, como fatores stressantes e prejudiciais para a prestação de cuidados. *Uma grande dificuldade, foi acima de tudo os doentes, a comunicação dos doentes. O isolamento em que os doentes estavam, e depois também a ansiedade que era criada nas famílias (E1); era por telemóvel, mas muitas vezes para fazerem videochamada a rede do hospital não dava, tinha que ser através dos nossos telemóveis, e isso foi complicado. Relativamente à informação clínica médica e de enfermagem, os familiares tinham-na, os médicos ligavam, os enfermeiros ligavam. Mas como eu dizia sempre, é diferente ter a informação via telefone do que pessoalmente, os familiares não ficavam tranquilos (E2).*

Ainda assim, um aspeto dos cuidados que foi salientado foi o de assegurar que o doente não se sentia sozinho, tentando trazer a família ou possibilitar comportamentos que compensassem a falta de proximidade imposta pelas medidas de proteção, por exemplo, a realização de videochamadas. *Tive sempre a preocupação, tanto eu como a chefe de serviço, os médicos, de tentar sempre que os familiares tivessem mais próximos dos doentes, que viessem visitar os doentes (E2).*

Quanto à **complexidade dos cuidados**, 8% dos relatos afirmam que o tempo para o planeamento dos cuidados foi escasso, uma vez que os doentes descompensavam muito rápido. *A entrada de doentes era um corrupio medonho, a entrarem e a saírem, rapidamente descompensavam, precisavam de um, dois três quatro litros de oxigénio e rapidamente tinham que ser ventilados porque a descompensação desses doentes acontecia numa questão de minutos (E4).*

Além disso, transferir os doentes para unidades de cuidados intensivos também foi uma realidade constante nos contextos de trabalho durante o período pandémico. Uma das participantes afirmou que a atuação das equipas foi bastante

coordenada, mas que existiam alguns requisitos que eram necessários executar, geradores de um stress adicional. *O ter que sair com urgência com os doentes, aqui no serviço até nos coordenávamos bastante bem e com o serviço recetor também, mas depois havia todas aquelas, aqueles impedimentos de não podemos sair agora, temos que esperar que venha o segurança para nos transportar no elevador, e isso muitas vezes causava-nos ali stress porque nós queríamos ir o mais rápido possível porque o doente precisava mesmo e não podíamos porque o elevador tinha que ser limpo, tinha que ser desinfetado... uma série de passos a dar antes de sair com o doente, e isso, às vezes, causava-nos ali um stress adicional (E3).*

Por último, os participantes realçaram a importância das câmaras de vigilância existentes nas enfermarias durante este período, o que possibilitou um olhar e cuidado mais atento aos doentes. *Tínhamos a enfermaria com câmaras de vigilância porque eram doentes que... nós não conseguíamos estar o tempo inteiro, embora tivéssemos grande parte do tempo lá dentro tínhamos que também fazer as nossas refeições, os nossos momentos de pausas, mas tínhamos a ajuda das câmaras de vigilância e tínhamos os doentes sempre controlados (E4).*

3.2.2. Estratégias de Gestão

Ao nível da categoria **estratégias de gestão**, as participantes perceberam a existência de estratégias como **(1)** suporte de equipa; **(2)** individuais; **(3)** prática baseada na evidência (PBE); **(4)** suporte familiar para fazer face às dificuldades encontradas durante o período pandémico (tabela 3).

Subcategorias	Fontes (n=5)		Referências (n=29)	
	nº	%	nº	%
Suporte de equipa	5	100%	15	51%
Individuais	4	80%	6	21%
Prática baseada na evidência (PBE)	3	60%	6	21%
Suporte familiar	1	20%	2	7%

Tabela 3: Subcategorias e unidades de enumeração relativas à categoria “Estratégias de Gestão”

Verifica-se que o maior número de fontes e referências enumeradas dizem respeito ao **suporte de equipa**. Todas as participantes realçaram a superação, a resiliência, o espírito de equipa e de união, a comunicação e a partilha de experiências entre a classe de enfermagem, médica e assistentes operacionais. *Tudo à base da comunicação, e também da interajuda entre equipas (...). Houve uma grande união entre a equipa de enfermagem e a equipa médica (E1); quando estávamos aqui estávamos muito juntos e partilhávamos o que íamos sentido, e também o que a nossa família sentia, e eu acho que isso era muito importante. Foi muito importante percebermos como era dinâmica de cada um e tentarmos ajudar-nos uns aos outros. Isso foi muito positivo, ficámos ainda mais unidos e com mais vontade de continuarmos esta caminhada juntos e de fazermos coisas engraçadas (E3); acho que todos ultrapassamos com sentido de missão, de entrega, toda a gente se disponibilizou (E4).*

Também ao nível do suporte de equipa, algumas participantes destacaram a mobilização de elementos de outros serviços para reforçar as suas equipas como uma estratégia bastante positiva para combater a sobrecarga de trabalho: *Houve colaboração de colegas exterior ao serviço, vieram 5 elementos do serviço de otorrino,*

porque já não era suportável para os colegas daqui, fazerem manhã/tarde, tarde/noite e depois virem novamente, pelo menos terem ali uma folga (E2); na altura recebemos elementos da pediatria porque os serviços fecharam e então foram redistribuídos, mas... e foram muito bem-vindos, agradeço imenso a ajuda que deram (E3).

Das estratégias **individuais** adotadas para lidar com as reações emocionais durante o período pandémico, as participantes destacaram as estratégias associadas à dimensão da gestão emocional: *era ser forte (E2); eu estou aqui convosco e vou lá para dentro convosco, vamos fazer isto tudo em conjunto e vamos conseguir sair disto da melhor forma e vai correr bem para todos (E3); reagir com preocupação, mas também com sentido de oportunidade, com ponderação, com assertividade, tentar que o pânico não se instalasse em mim propriamente nem na restante equipa (E4).*

Quanto à **prática baseada na evidência**, três participantes (60%) afirmaram que recorrer a esta estratégia emergiu da necessidade de preparação pelo grau de conhecimento e para uma melhor preparação para aquilo que estavam a vivenciar. As participantes do estudo também realçaram a importância de terem recorrido aos conhecimentos científicos e orientações clínicas emanadas pela DGS e outros organismos como uma importante estratégia de gestão.

Esta subcategoria engloba todas fontes de informação disponibilizadas em tempos pandémicos, como normas e diretrizes, formações internas e externas ao serviço, entre outras. *O que eu pensei foi, é uma doença nova, vou ter que fazer alguma pesquisa para tentar perceber, para transmitir aos colegas e discutirmos entre todos (E2); comecei a instruir a equipa no sentido de pesquisar alguma coisa mais, pesquisarmos todos os documentos disponíveis, que na altura ainda eram escassos sobre a COVID-19, essencialmente sobre as vias de transmissão (E4).*

Mencionaram também que a transmissão de informação fidedigna por parte da equipa médica bem como de elementos responsáveis pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos (PPCIRA) tiveram uma influência positiva quanto à desmitificação da doença COVID-19: *Quando se começou a falar da pandemia, um médico aqui do serviço fez uma apresentação para esclarecimento de como é que era e de como não era; perante*

algumas dificuldades houve sempre a colaboração da PPCIRA, sempre colaborou muito, as dúvidas que eu tinha, ligava e tinha sempre cá alguém para esclarecer (E2).

Por último, no que diz respeito à última subcategoria, **suporte familiar**, apenas uma das enfermeiras gestoras o salientou como uma influência positiva para fazer face aos desafios de gestão pessoais e profissionais experienciados durante a pandemia: *falava com as minhas irmãs e questionava as minhas próprias decisões. Tentava ter um conselho, mais uma opinião de outras pessoas. Perguntava “achas que fiz bem assim?”. Eu tinha muitas dúvidas, achamos que estamos a fazer o melhor, mas por vezes nem sempre o é assim. Mas pronto, tive sempre o apoio da minha família; para mim falar com a minha família foi muito importante nesse período, elas me ligarem todos os dias, falar com elas todos os dias, foi muito importante (E2).*

3.2.3. Aprendizagens em Gestão

Ao nível da última categoria, as participantes percecionaram a existência de aprendizagens quanto a diversas dimensões: **(1)** Crescimento Pessoal e Profissional; **(2)** Aspetos-Chave; **(3)** Incerteza (tabela 4).

Subcategorias	Fontes (n=5)		Referências (n=20)	
	nº	%	nº	%
Crescimento Pessoal e Profissional	5	100%	11	55%
Aspetos-Chave	5	100%	7	35%
Incerteza	2	40%	2	10%

Tabela 4: Subcategorias e unidades de enumeração relativas à categoria “Aprendizagens em Gestão”

Nesta categoria, verifica-se que o maior número de fontes e referências diz respeito ao **crescimento pessoal e profissional**. Todas as participantes realçaram que o período vivenciado foi de “crescimento enorme”, tanto na área profissional como nível pessoal. As participantes foram capazes de avaliar o seu papel e as suas

mudanças durante a pandemia e encontraram algum significado nestas experiências, enfatizando que este período as ajudou a ganhar autoconhecimento e compreensão, bem como a desenvolver as suas capacidades de comunicação, empenho no trabalho, nível de adaptação, e, ainda estar mais próximo dos membros da sua equipa. *Acho que apesar de tudo, foi uma experiência interessante. Alguns cresceram, principalmente, no que diz respeito à componente emocional, houve colegas que conseguiram ficar... como é que hei de dizer... mais fortes (E2); foi um processo de adaptação muito desafiante e claro que nos deu muitas... não vou dizer experiências, mas deu-nos muito conhecimento, mudou-nos um bocadinho ali o foco do “temos ali esta medicação” não, temos isto, mas temos que olhar para aquele doente com outros olhos e perceber efetivamente o que é que se está a passar (E3); as pessoas percebiam que o contributo tinha que ser nosso, e como o contributo tinha que ser nosso, queriam era estar e fazer e ajudar a resolver, ajudar a responder, ajudar a tratar, ajudar a reduzir a mortalidade foi a grande missão das pessoas e, portanto, eles agarraram-se a isso como “é a nossa função, é a nossa profissão, é o nosso foco e é isso que estamos aqui para fazer”, e, portanto, creio que deram tudo o que tinham e o que não tinham (E4).*

Para além do crescimento pessoal e profissional reconhecido pelas participantes, todas enumeraram **aspetos-chaves** que consideraram importantes a ter em conta para enfrentar possíveis situações futuras de crise: *Liderança eficaz e ir de encontro às necessidades dos profissionais também (E1); que precisamos de comunicar muito, cada vez mais... comunicar... esclarecermos dúvidas. Todos os dias, todos aprendemos (E2); na eventualidade de voltar a ter uma situação semelhante, e eu percebo que também se calhar os timings forma assim, porque não havia outra maneira, mas ir preparando ou ir dizendo por exemplo “a previsão é de, de acordo com os números que temos, se calhar amanhã ou depois isto vai ter que mudar” (E3); experiência, é importantíssima, controlo, assertividade e proximidade com os meus (E4); termos vontade de quando vamos, vamos construir e irmos com vontade de fazer, porque aí conseguimos tudo (E5).*

Para finalizar, foi evidente ao longo do discurso das entrevistas de duas participantes (40%), o sentimento de **incerteza**: *Acima de tudo foi esse sentimento “quando é que isto vai acabar?”. Aliás ainda não acabou e dizemos sempre assim “quando é que iremos montar novamente as portas para termos o serviço nessa situação” (E1); houve muitos momentos de ansiedade, houve muita preocupação de como é que as coisas iam decorrer, se iríamos ter êxito, era sempre uma grande preocupação se iríamos ter êxito (E5).*

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados e conclusões qualitativas refletem as raízes filosóficas do estudo e dos dados que foram recolhidos confrontando-os com a literatura científica (Creswell & Pothm 2018). Por conseguinte, neste capítulo, será feita a comparação entre os resultados do respetivo estudo com os resultados de outros estudos semelhantes existentes na literatura.

Tratando-se de um estudo sobre as experiências vivenciadas pelos enfermeiros gestores durante o contexto pandémico, considerámos pertinente abordar ainda o significado deste conceito. O termo vivência é muito vago e abrangente, podendo ser utilizado em diversos contextos. Frias (2003) e Freitas (2014) afirmam que a vivência não é somente um resultado de uma situação vivida, existindo um espaço entre o vivido e a vivência que é ocupado pela interpretação e/ou significado que a pessoa lhe atribui, concebendo-a como uma construção de sentido que deve ser compreendida em si mesma. A vivência é vivida “de dentro”, mobilizando algum tipo de emoção, envolvendo-a, apesar de não excluir, necessariamente a sua elaboração pelo pensamento (Freitas, 2014).

Por outro lado, a experiência possui um teor e densidade menos subjetivo que a vivência. Não pode ser reduzida a um sentimento, memória ou ideia, embora envolva essas dimensões. Assim, entende-se que as experiências podendo ser iguais para diferentes pessoas, resultam em vivências cujas interpretações e significados podem ser completamente díspares. Freitas (2014) afirma que é desta singularidade que resulta a complexidade e a riqueza do ser humano.

Passando à análise propriamente dita, começámos por analisar a informação dada pelas cinco profissionais de saúde que geriram serviços de saúde e cuidaram de doentes infetados pela SARS-CoV-2, em contexto de serviços de internamento de medicina, durante todo o período pandémico. Dos cinco entrevistados todos os elementos são do sexo feminino, quatro das entrevistadas possuem especialidade nas áreas de enfermagem ((3) Médico-Cirúrgico, (1) Saúde Mental e Psiquiátrica). Todas as participantes têm formação académica na área de gestão (Pós-Graduação). Estes dados são cruciais uma vez que demonstra tratar-se de

enfermeiras experientes no ato de cuidar e gerir serviços, como também podemos verificar na análise das entrevistas.

Após a realização da análise dos dados qualitativos - pré-análise, exploração do material e, por fim, o tratamento dos dados onde se incluem a inferência e a interpretação (Bardin, 2014) – realizamos uma reflexão narrativa que deu significado aos dados apurados. Como resultado do processo de codificação emergiram três temas centrais: **(1)** experiências de gestão, **(2)** estratégias de gestão e **(3)** aprendizagens em gestão. A leitura e análise das entrevistas das participantes evidenciaram as vivências subjetivas acerca daquilo que experienciaram durante o período pandêmico. As categorias e subcategorias encontram-se descritas seguidamente.

Considerando-se as vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar, bem como a revisão da literatura que dá suporte a esta temática abordada ao longo do enquadramento teórico, foi possível contribuir com conhecimento para a compreensão da temática em estudo.

Experiências de Gestão

O primeiro tema resultante da análise dos dados foi **“experiências de gestão”**. Esta área temática resultou das vivências de cada enfermeira ao nível da gestão dos serviços de saúde, cujas interpretações e significados podem ser distintas. Dos conhecimentos adquiridos com a prática clínica e com as vivências emocionais que estão subjacentes a esses conhecimentos, surgiram desafios ao nível dos seis subtemas emergidos: organização, gestão emocional, equipa, sobrecarga, comunicação com o doente e complexidade de cuidados. No Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (2015), estão descritas conjuntos de competências comuns e específicas necessárias para o enfermeiro gestor dar resposta às necessidades ao nível dos subtemas anteriormente mencionados. Além disso, uma vez que um dos objetivos específicos do estudo é analisar as implicações da COVID-19, percecionadas pelos enfermeiros

gestores na gestão dos serviços de enfermagem, faz sentido que estes subtemas se encaixem na categoria “experiências de gestão”.

Dos escassos estudos existentes acerca das vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia em contexto hospitalar, apenas em dois (Borges et al., 2021; Tavares, 2022) emergiu igualmente esta categoria. Nos restantes estudos da literatura, emergiram categorias com denominações diferentes, mas com achados semelhantes, que serão analisados de seguida.

Da análise efetuada constatámos que, as enfermeiras gestoras dos serviços de internamento de medicina, que exerceram durante a pandemia, enfrentaram vários desafios do ponto de vista organizacional, uma vez experienciadas múltiplas mudanças. Dados semelhantes foram relatados num estudo realizado por Bianchi et al. (2021), onde concluíram que os enfermeiros experienciaram repentinas mudanças na organização que afetaram diretamente as suas atividades nos contextos de trabalho. Um estudo efetuado na China, mostra que, os prestadores de cuidados de saúde no período do surto de COVID-19 experimentaram situações difíceis como, longos turnos de trabalho, horários irracionais, carga de trabalho excessiva e comunicação fraca (Liu et al., 2020). Um outro estudo efetuado em Espanha, reforça que os prestadores de cuidados vivenciaram um período que exigiu mudanças constantes e urgentes na organização dos serviços ao nível da gestão de processos e de equipas (Vázquez-Calatayud et al., 2021). Karimi et al. (2020) acrescentam ainda que os enfermeiros experienciaram vários problemas na gestão dos materiais, sobretudo de equipamento de proteção individual.

Assim, a partir da análise de dados verificámos que as rápidas alterações organizacionais, a mobilidade de enfermeiros para outros serviços, a alteração dos turnos de trabalho, a alteração da tipologia de cuidados e natureza do trabalho, bem como a difícil gestão de materiais descritos na literatura foram também identificados no discurso das participantes deste estudo.

A subcategoria “**equipa**” resultou da análise das entrevistadas no que respeita ao desempenho das suas equipas durante o período vivenciado e, ainda das relações intra e interpessoais estabelecidas. As participantes da nossa pesquisa

reforçaram a coesão das equipas, referiram que as equipas estiveram sempre disponíveis e que confiaram nos sistemas de apoio, algo preponderante para lidar com a doença COVID-19. Destacaram fortemente o significado da coesão desenvolvida com os seus pares e o apoio e solidariedade mútua. Esses mecanismos de compensação permitiram-lhes enfrentar com resiliência as consequências da pandemia, confirmando o que tem sido vivenciado por outros enfermeiros em contextos semelhantes (Liu et al., 2020; Sun et al., 2020; Yin & Zeng, 2020).

Achados estes que são corroborados com os resultados dos estudos da literatura existente. Nos vários estudos, os enfermeiros gestores afirmaram que durante as primeiras semanas da crise de saúde, as equipas de enfermagem estiveram mais unidas que nunca, o que resultou num trabalho de equipa que desempenhou um papel importante não só na garantia da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e na segurança dos mesmos, mas também na prestação de apoio mútuo entre enfermeiros (Liu et al., 2020; Yin & Zeng, 2020; Bianchi et al., 2021; Vázquez-Calatayud et al., 2021). No estudo de Mansour & Sosha (2021), os enfermeiros gestores também destacaram a coesão da equipa, pois afirmaram que a existência de apoio entre pares os ajudou a lidar com os desafios impostos pela pandemia. Realçaram ainda como formas de apoio, a partilha de experiências entre si, a tranquilidade, o apoio emocional fornecido uns aos outros enquanto lidavam com o stress do trabalho, a cooperação e o trabalho de equipa, bem como a comunicação eficaz. Do mesmo modo, o estudo de Goh et al. (2020) destacou a importância de um forte sistema de apoio aos enfermeiros para gerir os desafios da pandemia de COVID-19. Borges et al. (2021) acrescentam ainda que os enfermeiros são profissionais cruciais nas equipas multidisciplinares e interdisciplinares e que a promoção de relações de suporte, interação e interdependência reforça a partilha de emoções permitindo a superação de situações críticas e maior coesão das equipas.

Estudos relatam que os enfermeiros que trabalharam durante o contexto pandémico lidaram com desafios no que diz respeito à **gestão das emoções**

(Bianchi et al., 2021; Vázquez-Calatayud et al., 2021; Catania et al., 2021; Deldar et al., 2021; Jackson & Nowell, 2021;). Esta subcategoria expressa muito bem o conflito entre o compromisso dos enfermeiros gestores com os doentes, com a equipa, com a sociedade e o ser um bom profissional durante a pandemia de COVID-19 (Sperling, 2020).

O período pandémico não só acrescentou múltiplos desafios, como fez, com que os enfermeiros experienciassem estados emocionais negativos associados a ansiedade, angústia, medo, stress, preocupação, incerteza e insegurança, tal como se verificou na pesquisa. As participantes do estudo revelaram que se sentiram ansiosas e preocupadas pois tinham medo que não houvesse material de equipamento suficiente. Referiram que experienciaram medo do contágio e da doença em si e, ainda, o stress de gerir equipas, recursos materiais e prestar cuidados, isto enquanto lidavam com os desafios impostos pela pandemia, o que culminou com uma **sobrecarga** no trabalho. As participantes partilharam que se sentiram exaustas devido à afluência de doentes, à pressão existente para dar resposta às necessidades dos mesmos, à falta de recursos humanos, e, ainda ao aumento da carga horária.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados nos estudos vários estudos identificados na revisão. Um estudo italiano, de Catania et al., (2021), demonstrou que os enfermeiros foram expostos a muitos efeitos psicossociais durante a COVID-19, incluindo a ansiedade decorrente da incapacidade de prestar os melhores cuidados aos doentes por desconhecimento do novo contexto, e o medo de serem infetados ou de transmitirem a infeção às suas famílias. Os resultados encontrados são também corroborados por um outro trabalho realizado na Suíça, onde os investigadores concluíram que os enfermeiros gestores que exerceram durante o contexto pandémico sofreram stress, medo e frustração (Bianchi et al., 2021). No estudo de Mansour & Sosha (2021), os participantes relataram ainda medo de morrer, sintomas depressivos e preocupação. Bezerra et al. (2020) acrescentam ainda que os enfermeiros que trabalharam durante o contexto pandémico apresentam maiores níveis de stress, isto devido à separação

da família, à privação de sono e à sobrecarga de trabalho criada pelo excesso de procura do sistema de saúde e escassez de recursos humanos. Embora o medo, o perigo e a preocupação sejam normais durante as emergências, tal como Caroselli (2020) descreve no seu estudo, o grande problema durante o período vivenciado era que não se conseguia reconhecer o fim da fase aguda da pandemia porque não havia informação certa sobre o seu fim, nem sobre o tempo da sua ocorrência nos próximos meses, e tudo isto criou uma grande incerteza.

Ainda no que diz respeito aos sentimentos e emoções experienciados pelos enfermeiros, estudos como o de Bezerra et al. (2020), Liu et al. (2020) e Cadge et al. (2021), evidenciaram que a classe de enfermagem é a mais afetada quando se fala em saúde mental uma vez que são os enfermeiros que prestam cuidados diretos e com maior frequência ao doente infetado. Isto torna-os mais suscetíveis a maiores níveis de stress, exaustão emocional e despersonalização, sintomas estes característicos da Síndrome de *Burnout* (Ferguson et al., 2020).

Neste sentido, de modo a combater, na medida do possível, os efeitos nefastos que a COVID-19 poderá ter na saúde psicológica dos profissionais de saúde, mais concretamente nos enfermeiros, deve ser disponibilizado um apoio psicológico personalizado às características organizacionais e individuais. Isto porque as normas culturais de uma organização, bem como estilos de liderança e padrões de comunicação dos enfermeiros gestores, são conhecidos por serem fatores-chave no combate ao stress do trabalhador (Blake et al., 2020).

Ainda assim as experiências das participantes do estudo não foram totalmente negativas. Por exemplo, algumas das participantes relataram que vivenciaram estados emocionais positivos, como satisfação, conforto e recompensa, sobretudo quando tiveram êxitos na prestação de cuidados com os quais antes não estavam tão familiarizadas. Neste estudo, a vivência de estados emocionais positivos está em consonância com os estudos realizados por Jackson & Nowell (2021) e Bianchi et al., (2021), uma vez que as participantes afirmaram que se sentiram orgulhosos do seu trabalho e que encontraram satisfação nas suas realizações. Num outro estudo realizado nos Estados Unidos conduzido por White

(2021), os achados também estão em consonância uma vez que os enfermeiros gestores afirmaram que ver os doentes recuperarem foi uma recompensa importante.

Um outro problema enfrentado pelas enfermeiras gestoras dos serviços de internamento de medicina foi ao nível dos cuidados de enfermagem. A enfermagem é uma ciência com foco nas respostas humanas aos processos de vida e de transição da pessoa, ou seja, implica um cuidado ao outro. Segundo Collière (1999), citada por, Jesus (2017), o cuidado de enfermagem é imprescindível para a obtenção de resultados positivos para o doente e na manutenção, reabilitação e prevenção de certos aspetos do cuidado de saúde.

De acordo com a pesquisa, esta subcategoria evidencia o quão difícil foi o processo de cuidar durante a pandemia resultante da COVID-19 e mostra os vários obstáculos e desafios. Neste estudo em concreto, as participantes mencionaram problemas como: a barreira na comunicação provocada pelos equipamentos de proteção individual, a barreira na comunicação com os familiares, e entre doente e familiares e, ainda, a inexperiência com situações críticas e instáveis das quais não se conhecia a evolução nem o tratamento.

Durante o contexto vivenciado a **comunicação com o doente/família** esteve comprometida, devido ao próprio isolamento em que os doentes se encontravam e às próprias normas restritivas emitidas pelas organizações de saúde quanto à presença de familiares nas instituições hospitalares, o que impediu, por vezes, o estabelecimento de uma relação terapêutica. De entre o conjunto de processos que garantem o “perfeito” funcionamento das sociedades, a comunicação destaca-se como um dos seus suportes basilares e, como tal, ela deve ser compreendida como peça fundamental no processo de prestação de cuidados de enfermagem (Martins, 2021). A importância da comunicação para a enfermagem é crucial quer na construção quer no desenvolvimento de uma relação de cuidado e confiança entre o enfermeiro e a família do doente (Batista et al., 2017). Deste modo, um aspeto dos cuidados que foi salientado por uma das participantes, foi o de assegurar que o doente não se sentia sozinho, tentando trazer a família ou

possibilitar comportamentos que compensassem a falta de proximidade imposta pelas medidas de proteção, por exemplo, com a realização de videochamadas. Este resultado está em consonância com um resultado do estudo de Vazquez-Calatayud et al. (2021), pois os enfermeiros gestores mencionaram que adotaram estratégias que reforçaram a relação terapêutica com o doente, como assegurar que o próprio nunca se sentisse sozinho. Tais comportamentos incluíram fazer videochamadas ou assegurar que os enfermeiros tivessem uma maior presença em situações críticas para o doente, sempre que possível. Em contrapartida, nos estudos de Mansour & Sosha. (2021) e White et al. (2021), os enfermeiros reconheceram que durante a pandemia a comunicação que os doentes estabeleceram com a família nem sempre foi a melhor, por isso, reforçaram que um apoio técnico adicional para os doentes contactarem as suas famílias teria sido crucial. Martins (2021) defende também no seu estudo, que em situações futuras semelhantes, será importante a criação de alternativas de comunicação com a pessoa em situação crítica, de modo a facilitar a participação e interação familiar, mediante o recurso à tecnologia virtual, entre outras.

Quanto à **complexidade dos cuidados**, as participantes realçaram que a tomada de decisão rápida foi decisiva durante o contexto pandémico, uma vez que os doentes descompensavam muito rápido ao nível do foro respiratório. Além disso, algumas enfermeiras não tinham experiência em trabalhar ou lidar com doentes em situação crítica que necessitavam de ventilação mecânica, por isso precisaram de aprender a dominar rapidamente os novos procedimentos e técnicas. Estes achados são corroborados pelo resultado de um estudo efetuado por Deldar et al. (2021), onde os autores referem que uma das preocupações dos enfermeiros gestores foi não só de gerir situações críticas e instáveis dos doentes, mas também a sensação devastadora de ser incapaz de tratar de forma totalmente adequada os doentes, causando stress adicional e trauma emocional. Tudo isso afetou diretamente o trabalho e a vida pessoal das enfermeiras, achados que são corroborados com o resultado de um estudo efetuado por Bergman et al., (2021) onde concluíram que, exercer durante o contexto pandémico acarretou múltiplos desafios, isto devido a vários fatores e principalmente, ao facto de os enfermeiros

trabalharem com vários utentes em situação crítica e instáveis. Vários profissionais que participaram em estudos descreveram os seus contextos de trabalho como cenários de guerra, afirmando que a situação era caótica e irreal (Liu et al., 2020; Sun et al., 2020).

Na nossa pesquisa as participantes mencionaram que as condições de trabalho proporcionadas não foram as piores, mas concordaram que os contextos pareciam “campos de guerra”, pela excessiva afluência de doentes. Além disso, transferir os doentes para unidades de cuidados intensivos também foi uma realidade constante nos contextos de trabalho durante o período pandémico. Uma das participantes afirmou que a atuação das equipas foi bastante coordenada, mas que existiam alguns requisitos que eram necessários executar, geradores de um stress adicional. Dos estudos existentes que envolvem como participantes os enfermeiros gestores, não foram encontrados resultados que corroborem os achados da nossa pesquisa neste domínio.

Em suma, foi notório que os desafios impostos pela pandemia influenciaram negativamente o planeamento dos cuidados como a humanização e a relação terapêutica, o que segundo Liu et al. (2020) e Xie et al. (2020) pode ter causado uma fragmentação do cuidar com redireccionamento para a assistência técnica, o que quando associado a condições de trabalho inadequadas, culminam numa humanização deficiente ou até mesmo inexistente.

Estratégias de Gestão

Um outro tema decorrente da análise de dados foi “**Estratégias de Gestão**”, que descreve as estratégias adotadas pelas enfermeiras gestoras para superar os desafios emergentes do contexto pandémico, destacando-se assim, as suporte de equipa, estratégias individuais, prática baseada na evidência e o recurso ao suporte familiar.

As estratégias identificadas pelas enfermeiras gestoras centraram-se, essencialmente, ao nível individual e no domínio cognitivo-comportamental.

Relativamente às **estratégias individuais**, as participantes identificaram apenas aquelas associadas aos mecanismos de *coping*, como o uso de emoções positivas, do humor, e a resiliência no trabalho, não mencionando estratégias associadas à dimensão espiritual, imaginação guiada, isolamento e exercício físico, conforme encontrado na literatura (Borges et al., 2021; White et al., 2021).

O *coping* pode ser entendido como a:

“(...) disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotetores, que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da autoestima positiva; acompanhadas por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico” (CIE, 2005).

O uso do humor e de emoções positivas como mecanismos de *coping* está associado a níveis inferiores de sofrimento psicológico, e é um mecanismo utilizado pelos indivíduos que demonstram resiliência. O recurso às emoções positivas ou mesmo ao riso diminui o sofrimento, quer através da atenuação das emoções negativas, quer através da promoção do contacto e suporte social (Bonanno et al., 2011). Vários estudos apoiam uma relação entre o suporte social e um melhor ajustamento após um evento potencialmente traumático.

Neste sentido, de acordo com os achados do estudo e com o demonstrado pela evidência científica, verifica-se que os enfermeiros além de terem recorrido a estratégias individuais para colmatar os desafios impostos pela pandemia, o **suporte de equipa** foi crucial para vivenciar este período, diminuindo o stress e sofrimento psicológico dos enfermeiros gestores (Bianchi et al., 2021; Jackson & Nowell, 2021; Mansour & Shosha, 2021; Vázquez-Calatayud, 2021).

Em concordância com o descrito na subcategoria “equipa”, as participantes destacaram fortemente o significado da coesão desenvolvida com os seus pares e o apoio e solidariedade mútua. Todas essas características e aspetos dos enfermeiros contribuíram para superar as dificuldades impostas pela pandemia, concluindo-se que o apoio dos pares pode ser uma estratégia essencial durante

situações de crise, o que de acordo com Shaban et al. (2020) pode ser encarado como um sinal de alerta para a real necessidade de desenvolver ainda mais, um sistema de apoio aos pares e aumentar a consciencialização sobre a saúde mental no ambiente de trabalho. Mosteiro-Díaz et al., (2020) destacaram a importância das relações interpessoais numa profissão vocacionada para o cuidar e em que, por vezes, para minimizar as consequências da escassez de recursos humanos e para não sobrecarregar a equipa, o enfermeiro vai trabalhar mesmo estando a vivenciar uma situação de doença. Neste sentido, importa salientar o papel de apoio por parte dos enfermeiros gestores como essencial, quer no domínio emocional, quer no domínio instrumental, proporcionando os recursos necessários.

Também, outros dois estudos, de Bookey-Bassete et al. (2020) e Vázquez-Calatayud (2021), indicam que os enfermeiros gestores durante crises semelhantes a estas devem de assegurar a proteção física e psicológica da equipa, fornecendo um ambiente de trabalho adequado e apoio emocional, e estar presente. Durante o contexto pandémico comprovou-se que o suporte de equipa se revelou como um fator protetor e promotor da saúde (Maslach, 2007), seja ele o suporte fornecido pelo enfermeiro gestor à equipa, e vice-versa, ou o suporte fornecido pelos superiores hierárquicos (enfermeiro diretor e/ou enfermeiros adjuntos ou membros do conselho de administração) ao enfermeiro gestor.

Da análise dos dados, as enfermeiras entrevistadas não fazem alusão ao apoio/suporte fornecido pelos superiores hierárquicos do hospital. Quanto à necessidade de apoio, as participantes sentiram que o suporte por parte da instituição e do governo poderia ter sido mais eficaz.

Contudo, de acordo com a evidência científica existem estudos onde os participantes relatam que os enfermeiros de hierarquias superiores forneceram apoio emocional e estiveram presentes para os prestadores de cuidados a chefiar serviços com doentes infetados pelo SARS-CoV-2 (Mansour & Shosha, 2021; Vázquez-Calatayud, 2021). No estudo de Mansour e Shosha (2021), os enfermeiros gestores concluíram que o apoio fornecido pelos administradores hospitalares lhes concebeu uma sensação de segurança. Além disso, os participantes consideraram

a capacitação dos superiores hierárquicos como uma estratégia poderosa que os ajudou a combater as lutas diárias e a suportar situações difíceis e stressantes. Demirkiran & Taskaya (2016) afirmam que o empoderamento tem efeitos positivos sobre os prestadores de cuidados de saúde, como o aumento da cooperação entre a equipa e o aumento da sua confiança na organização. Liu et al. (2020) acrescentam ainda que os participantes do seu estudo valorizaram as várias formas de apoio dos administradores hospitalares, o que teve um papel influente na melhoria do desempenho dos prestadores de cuidados de saúde.

Do mesmo modo, os enfermeiros gestores valorizaram a articulação existente entre os vários serviços do hospital e reconheceram que a sua colaboração assegurou que as necessidades dos diferentes serviços fossem colmatadas de uma forma rápida e diligente, o que permitiu evitar processos burocráticos e acelerou as tomadas de decisões (Vázquez-Calatayud et al., 2021). A mobilização de elementos de outros serviços para reforçar as equipas também foi destacada pelas participantes como uma estratégia bastante positiva para combater a sobrecarga de trabalho.

No que diz respeito à necessidade de apoio, **o suporte familiar** foi referenciado por uma participante como uma influência positiva para fazer face aos desafios de gestão pessoais e profissionais experienciados durante o contexto pandémico. Este achado está em consonância com os resultados do estudo de Sperling (2020) onde os enfermeiros definiram como aspetos importantes o apoio dos membros da família. No estudo de White et al. (2021), os participantes destacaram a importância do apoio familiar fornecido, especialmente por parte dos cônjuges.

Por último, relativamente à última subcategoria, o recurso à **prática baseada na evidência**, as participantes afirmam que recorrer a esta estratégia emergiu da necessidade de preparação pelo grau de conhecimento da doença e para uma melhor preparação daquilo que estavam a vivenciar no presente, mas também no futuro próximo. Destacaram as formações realizados no serviço pela equipa médica acerca da doença COVID-19, a partilha de informação entre a equipa

e o suporte informativo disponibilizado em fontes de informação seguras e credíveis, como bases de dados e websites de organizações como a OMS e DGS, como um apoio necessário para o desenvolvimento de respostas adaptativas face à situação que estavam a vivenciar. As participantes do estudo afirmaram ainda que a disponibilização de normas e circulares informativas sobre a etiologia da doença, fontes de transmissão, sintomatologia e medidas preventivas foi imediata. No estudo de Borges et al. (2021), os enfermeiros afirmaram que durante o contexto pandémico estiveram sensibilizados para a necessidade de aquisição de conhecimento, indo ao encontro de fontes de informação credíveis. Os achados do estudo de Jackson & Nowell (2021) também estão em concordância dado que os enfermeiros gestores consideraram como um apoio fundamental as diretrizes e *guidelines* emanadas pela própria organização hospitalar.

Por outro lado, existem estudos em que os enfermeiros gestores afirmam que não tiveram a informação e a orientação adequada. No estudo de Deldar et al. (2021), os participantes consideraram que existiram lacunas de informação sobre como lidar com a nova doença. Num outro estudo, de Vázquez-Calatayud et al. (2021), os entrevistados referiram que sentiram dificuldades com o fluxo de informação que receberam relativamente às diretrizes a seguir durante a crise pandémica.

Aprendizagem em Gestão

Relativamente à última categoria decorrente da análise dos dados “**Aprendizagens em Gestão**”, está descrita a capacidade de superação dos enfermeiros ao lidar com situações críticas, bem como aspetos do trabalho e as experiências mais significativas, das quais os enfermeiros extraíram um significado, satisfação, aprendizagem e crescimento durante o período pandémico. Emergiram assim, três subcategorias, crescimento pessoal e profissional, incerteza e aspetos-chave.

As participantes do estudo mostraram uma grande força e resiliência, experimentaram um **crescimento pessoal e profissional** e sentiram-se orgulhosas

da sua profissão, achados estes que estão em concordância com o que está descrito nos vários estudos (Bianchi et al., 2021; Deldar et al., 2021; Jackson & Nowell, 2021; Mansour & Shosha, 2021; Vázquez-Calatayud et al., 2021; White et al., 2021). Os enfermeiros referiram a capacidade de superação, a resiliência, o espírito de equipa e a união da classe de enfermagem, assim como a satisfação de ver um doente recuperado a sair pela porta do hospital, como as experiências positivas/aprendizagens a considerar em toda a vivência deste período pandémico (Billings et al., 2021).

As enfermeiras gestoras do presente estudo foram capazes de avaliar o seu papel e as suas mudanças durante a pandemia e encontraram algum significado nestas experiências, enfatizando que este período as ajudou a ganhar autoconhecimento, consciência e compreensão, bem como melhorar as suas competências de gestão e de liderança, tais como as tomadas de decisões e a resolução de problemas em situações de stress adicional. Segundo González García et al. (2020), os enfermeiros gestores que desenvolvem e investem nas suas competências de liderança melhoram os resultados na área da saúde, uma vez que estas influenciam diretamente a qualidade dos cuidados prestados ao doente e a taxa de sucesso em situações de emergência (Miao et al., 2018, citado por, Mansour & Sosha., 2021, p.391).

Como já referido anteriormente, outra questão levantada pelas participantes foi o desenvolvimento de um autoconhecimento e consciencialização durante este período, achado este corroborado pelos resultados dos vários estudos (Bianchi et al., 2021; Deldar et al., 2021; Jackson & Nowell, 2021; Mansour & Shosha, 2021; Vázquez-Calatayud et al., 2021; White et al., 2021). Líderes que são vistos como conscientes e com conhecimento de si próprios têm uma maior eficácia na sua liderança e relações de maior satisfação com as suas equipas e supervisores (Steffens et al., 2021).

Durante este período, também foi possível aos enfermeiros gestores desenvolver as suas capacidades de comunicação, empenho no trabalho, nível de adaptação, e, ainda estar mais próximo dos membros da sua equipa (Borges et al.,

2021). À luz do modelo teórico de *Callista Roy & Andrews* (2008) é possível afirmar que as subcategorias da categoria “experiências de gestão” espelharam os estímulos que surgiram em pleno período pandêmico e que tiveram implicação direta na prática clínica do enfermeiro gestor e na forma estes responderam aos desafios. Os enfermeiros aparentemente acreditam que o contexto pandêmico despoletou um processo adaptativo, onde foram capazes de criar respostas adaptativas, e, por isso, as oportunidades emergentes contribuíram para o crescimento pessoal e profissional. As participantes do estudo aparentam ter criado estratégias individuais, para gerir as suas emoções e das suas equipas e para manter a qualidade dos cuidados aos doentes, que foram cruciais para o desenvolvimento organizacional. A aprendizagem organizacional é fundamental na resposta a incidentes graves (Sujan, 2015), mas por vezes difícil de implementar na cultura organizacional já existente, seja pela falta de competências digitais, burocracias redundantes e/ou decisões politizadas (Gomes & Monteiro, 2021).

As participantes, enquanto enfermeiras gestoras, acreditam que para enfrentar possíveis situações futuras de crise, a comunicação eficaz entre os membros da organização, uma maior preparação das organizações, assertividade, experiência, empatia pelo outro, e ainda, vontade de estar presente e ajudar o outro sem esperar algo em troca, serão importantes e impulsionadoras na criação de mecanismos adaptativos como forma de resposta aos desafios. A literatura aponta a importância do apoio psicológico, centrando-se nas características individuais e organizacionais, assim como o apoio para além do local de trabalho (Maben & Bridges, 2020; Labregue et al., 2020;).

Para além do crescimento pessoal e profissional e dos aspetos-chave reconhecidos pelas participantes, o sentimento de **incerteza** ainda prevaleceu ao longo dos seus discursos, o medo de voltar a enfrentar uma crise semelhante foi evidente pois recuperar de todo o impacto que a pandemia teve na área da saúde não será um processo simples. A pandemia veio demonstrar a vulnerabilidade e fragilidade da condição humana, mas também a fragilidade do SNS, e que basta uma situação inesperada para tudo ficar fora do controlo. De acordo com Hermann

(2020) a pandemia trouxe consigo três grandes lições das quais cita-se: 1) a vulnerabilidade da condição humana; 2) a busca da verdade para enfrentar os problemas contras as brumas da ignorância; e 3) a solidariedade com o outro.

Assim, de acordo com Gomes & Monteiro (2021), importa reconhecer a resiliência de muitos profissionais, em todos os níveis, perante a adversidade e que adotaram soluções flexíveis e ajustadas, muitas vezes sem esperar por burocracias e procedimentos arcaicos e até cruéis em tempos de pandemia. A autonomia é uma mais valia a retirar do período pandémico. É essencial reforçar as estruturas de saúde, procurando os recursos necessários, redução dos níveis burocráticos e permitindo maior autonomia sempre que possível aos profissionais responsáveis pela gestão dos cuidados de saúde.

5. CONCLUSÃO

Neste capítulo final pretende-se de uma forma sucinta e sistemática, destacar as principais conclusões que foram retiradas do estudo. Em março de 2020 foi decretado pela OMS situação pandémica, devido ao surgimento, na cidade de Wuhan, da COVID-19 causada pelo SARS-CoV-2. Esta crise sanitária colocou a todos, inclusive os enfermeiros gestores, um dos maiores desafios das suas vidas obrigando-os a reformular e a adaptar a uma nova metodologia de trabalho, dando primazia ao acompanhamento e proximidade às equipas e doentes, a um maior esforço e constante sentido de responsabilidade para recriar ambientes de prática de enfermagem seguros, apesar da incerteza do conhecimento.

A realização do presente estudo teve como propósito compreender as vivências dos enfermeiros gestores durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar, oferecendo relatos únicos da experiência humana. Teve ainda como propósito a consciencialização dos enfermeiros a exercer funções de gestão para aquilo que foram as suas experiências, os desafios e as dificuldades vivenciadas, bem como, as estratégias adotadas durante o período de crise.

Este estudo é uma realidade inacabada para a qual ainda não se reuniu evidência suficiente para considerar este conhecimento definitivo, no entanto os achados permitem analisar de forma consistente aquela que foi uma realidade vivenciada no conteúdo em estudo. Apesar de reconhecer essa limitação não podemos deixar de colocar em evidência algumas conclusões a retirar do nosso contributo nesta temática. Recorremos a uma revisão crítica da literatura atual, que procurou aprofundar e consolidar conhecimentos interligados com o objeto de estudo. A partir desta, desenvolvemos o estudo, no sentido de dar resposta à questão de investigação formulada: “Como foi vivenciada a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar pelo enfermeiro gestor”.

De acordo com a temática em estudo, o recurso à metodologia adotada, investigação qualitativa, revelou-se a mais adequada para o desenvolvimento e concretização dos objetivos, uma vez que permitiu investigar acontecimentos únicos da experiência humana. Esta metodologia permitiu interpretar e compreender de forma aprofundada o fenómeno em estudo, através da maneira

como este foi entendido e descrito por quem o experienciou, neste caso, os enfermeiros gestores, ajudando na clarificação dos motivos inerentes aos sentimentos, comportamentos e percepções dos mesmos, tornando assim mais fidedigno o relato das suas experiências vividas.

Acredita-se que a resposta à questão foi dada e devidamente fundamentada ao longo da análise de dados, assim como na discussão dos resultados. Entende-se assim, que os objetivos a que nos propusemos foram cumpridos.

Com a concretização do presente estudo, conclui-se que as enfermeiras gestoras assumiram tarefas difíceis e tiveram uma função intransigente na articulação entre a organização hospitalar, as equipas e a prestação de cuidados. Das experiências de gestão referidas no estudo, destaca-se a vivência de estados emocionais negativos, como por exemplo o stress decorrente da elevada sobrecarga de trabalho. Aspetos organizacionais, como a mobilidade de enfermeiros para outros serviços, a alteração dos turnos de trabalho, a alteração da tipologia de cuidados e natureza do trabalho, bem como a difícil gestão de materiais também foram identificados pelas participantes como fatores potenciadores de estados emocionais negativos.

Já das estratégias adotadas destacaram-se as individuais e o suporte da equipa, que influenciaram positivamente os cuidados de enfermagem e ajudou as enfermeiras a suportar as várias aprovações.

Conclui-se também, que decorrente do período pandémico, as enfermeiras gestoras vivenciaram um crescimento pessoal e profissional. Contudo foi evidente que experienciaram momentos de fragilidade e vulnerabilidade, permitindo realizar a seguinte reflexão: não importou o lugar que cada um ocupou na hierarquia, foi um processo de mudança, transversal a todos, com consequências que deixarão marcas eternamente.

Em termos de propostas para o futuro ficam aqui em relevo as decorrentes do presente estudo: compensar a falta de recursos humanos e materiais; investir em planos de ação; realizar formações no serviço no sentido de preparar os enfermeiros para lidar com futuras situações de crise; e realizar programas de desenvolvimento pessoal. Estas propostas parecem revelar-se como estratégias

vitais para o fortalecimento do sistema de saúde e da resiliência dos profissionais durante os períodos de crise.

Como **limitação**, esta investigação qualitativa diz respeito às experiências de enfermeiros gestores de um contexto de saúde específico. Por conseguinte, os resultados dizem respeito ao contexto onde o estudo decorreu e às perceções de um número limitado de participantes. Embora a amostra possa ser considerada pequena, foi garantida a saturação dos dados e a redundância dos contributos dos enfermeiros gestores. No entanto, este estudo não pretende generalizar os resultados, mas sim aprofundar o conhecimento sobre a realidade percecionada pelos enfermeiros gestores incluídos no estudo. O estudo é também limitado, pelo facto de só termos falado com as participantes uma vez e não termos tido a oportunidade de validar os resultados com as mesmas.

Em termos de sugestões para o futuro, no que respeita a estudos de investigação, seria desejável o desenvolvimento de investigações semelhantes noutros contextos para melhorar a compreensão do fenómeno. Sugerem-se ainda estudos, relativamente à satisfação dos enfermeiros gestores durante a COVID-19 de modo a prevenir o *Burnout*, uma vez que a vivência de estados emocionais negativos com possíveis consequências devastadoras, foi mencionado por todas as participantes. Sugere-se ainda estudos relativos ao *turnover* dos enfermeiros gestores após o período pandémico, isto parece ser importante para se perceber se os profissionais desenvolveram respostas ajustadas ou não no combate à pandemia de COVID-19, e que implicação é que estas respostas poderão ter tido na intenção de saída dos seus postos de trabalho.

Como **implicações para a gestão de enfermagem**, os enfermeiros gestores podem utilizar os resultados do estudo para melhorar as políticas de gestão organizacional durante crises sanitárias, incluindo recidivas da pandemia de COVID-19, bem como futuros surtos pandémicos de natureza semelhante. Da mesma forma, os resultados servirão de base para a conceção de estratégias educativas destinadas a melhorar as competências-chave que um enfermeiro gestor deve aprender para responder adequadamente a uma crise e, em última análise, melhorar o bem-estar biopsicossocial da equipa e os resultados dos doentes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel Wahed, W. Y., Hefzy, E. M., Ahmed, M. I., & Hamed, N. S. (2020). Assessment of Knowledge, Attitudes, and Perception of Health Care Workers Regarding COVID-19, A Cross-Sectional Study from Egypt. *Journal of Community Health*, 45(6), 1242–1251. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00882-0>.
- Abreu, W. (2001). Identidade formação e trabalho – das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Coimbra: Formasau.
- Adriaenssens, J., Hamelink, A., Van Bogaert, P. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in first-line nurse managers: a cross sectional survey study. *International journal of nursing studies*, 73, 85-92. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2017.05.007](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.007).
- Aiken, L., Clarke, s., Sloane, M., Sochalski, S., Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of American medical association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *Journal of Nurse Administration*, 38(5), 223–229. DOI: [10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7](https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7).
- Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146–153.
- Alligood, M., Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías*. 7ª Edição, EdiDe, S.L.Barcelona.
- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P., Jesus, E., Araújo, B. (2020). RN4CAST study in Portugal: Validation of the portuguese version of the practice environment scale of the nursing work index. *Aquichan*, 20(3), e2038. DOI: [10.5294/aqui.2020.20.3.8](https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.8).

- Al Sabei, D., Labrague, J., Miner, A., Karkada, S., Albashayred, A., Al Masroori, F., Al Hashmi, N. (2019). Nursing Work Environment, Turnover Intention, Job Burnout, and Quality of Care: The Moderating Role of Job Satisfaction. *Journal of nursing scholarship*, 52(1), 95-104. DOI: 10.1111/jnu.12528.
- Alves, D., Guirardello, E. (2016). Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Revista gaucha de enfermagem*, 37(2), e58817. DOI:10.1590/1983-1447.2016.02.58817.
- American Nurses Association (2015). *Code of ethics for nurses with interpretative statements*. Washington, DC: ANA.
- American Psychological Association (2020). Publication manual of the American Psychological Association: The official guide of the APA style American Psychological Association. (7^aed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.
- Andrade, C. (2016). Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem – Impacto na Qualidade dos Cuidados de Saúde. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Anthony, M.K. et al. (2005). Leadership and nurse retention. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 35(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005110-200503000-00008>.
- APEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2019). Plano Estratégico de Intervenção, Mandato 2020-2021. Disponível em: <http://www.apegel.org>.
- Attridge, C., Callhan, M. (1990). Nurses' perspectives of quality work environments. *Canadian journal of nursing administration*, 3(3), 18-24.
- Augusto, J. (2011). *Percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento: resposta para a reabilitação*: Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto., Porto.
- Augusto, B., Rodrigues, C. (2014). Competências de gestão para a função de enfermeiro gestor. *Investigação e intervenção em recursos humanos*, 4, 1-13. DOI: <https://doi.org/10.26537/iirh.v0i4.2079>.

- Azevedo-Pereira, J. M. (2020). SARS-CoV-2 e COVID-19: Os Aspetos Viroológicos de uma Pandemia. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 12, 21–26. <https://doi.org/10.25756/rpf.v12i1-2.237>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*, Lisboa: Edições 70.
- Batista, J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., Fernandes, P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de enfermagem referência*, 13, 83-92.
- Bergman, L., Falk, C., Wolf, A., Larsson, M. (2021). Registered nurses' 92 experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nursing in critical care*, 10.1111/nicc.12649. DOI: 10.1111/nicc.12649.
- Bezerra, D., Sena, R., Braga, T., Santos, N., Correia, R., Clementino, F., Carneiro, V., Pinheiro, R. (2020). O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais da saúde: revisão integrativa. *Revista enfermagem atual in derme*, edição especial COVID-19 – 2020 e-020012.
- Bianchi, M., Prandi, C., Bonetti, L. (2021). Experience of middle management nurses during the COVID-19 pandemic in Switzerland: a qualitative study. *Journal of nursing management*, 29(7), 1956-1964. DOI: 10.1111/jonm.13339.
- Bilings, J., Ching, F., Gkofa, V., Green, T., Bloomfield, M. (2021). Experiences of frontline healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC health services research*, 21, 923. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06917-z>.
- Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., Tabner, A. (2020). Mitigating the psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: a digital learning package. *Int J Environ Res Public Health*; 17(9):2997. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>.
- Boitshwarelo, T., Koen, M., Rakhudu, M. (2020). Strengths employed by resilient nurse managers in dealing with workplace stressors in public hospitals.

- International journal of Africa nursing sciences*, 13(1), 100252. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100252>.
- Bonanno, A., Westphal, M., Mancini, A. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7(1): 511-535. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>.
- Bookey-Bassett, S., Purdy, N., Deursen, A. (2020). Safeguarding and Inspiring: In-patient nurse managers' dual roles during COVID-19. *Canadian journal of nursing leadership*, 33(4), 20-28. DOI: <https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26424>.
- Borges, E., Queirós, C., Vieira, M., Teixeira, A. (2021). Percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19. *Rev enferm* 60790. DOI: <https://doi.org/10.15252/2175-6783.20212260790>.
- Bracanti, D. (2018). *Social science research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brinkmann, S. (2018). The interview. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The sage handbook of qualitative research* (5^a ed., pp. 576-579). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Burke, M., et al. (2020). Active monitoring of persons exposed to patients with confirmed COVID-19 – United States. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(9): 245-246.
- Burattini, M. N. (2016). Doenças infecciosas no Século XXI. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 29(2), III-VI. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600018>.
- Busseto, L., Wick, W., Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological research and practice*, 2-14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>.
- Cadge, W., Lewis, M., Bandini, J., Shostak, S., Donahue, V., Trachtenberg, S. (2021). Intensive care unit nurses living through COVID-19: a qualitative study. *Journal of nursing management*, 10.1111/jonm.13353. DOI: [10.1111/jonm.13353](https://doi.org/10.1111/jonm.13353).
- Caroselli, C. (2020). A journey through uncharted territory: a nurse executive's frontline pandemic response. *Nursing economics*, 38(3), 164-171.
- Carvalho, M., Lucas, P. (2020). The effectiveness of the clinical nurse leader practice-systematic review. *Millenium*, 2(11), 57-64. DOI: [10.29352/mill0211.06.00274](https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274).
- Catania, G., Zanini, M., Hayter, M., Timmins, F., Dasso, N., Ottonello, G., Aleo, G., Sasso, L., Bagnasco, A. (2021). Lessons from Italian front-line nurses'

- experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. *Journal of nursing management*, 29(3). DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13194>
- Chen, H., Sun, L., Du, Z., Zhao, L., Wang, L. (2020). A cross-sectional study of mental health status and self-psychological adjustment in nurses who supported Wuhan for fighting against the COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4161-4170. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15444>.
- Coelho, S., Mendes, I. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Esc Anna Nery* (impr.)2011 out-dez; 15(4), 845-850. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE). (2005). Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão 1.0 Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermagem.
- Copanitsanou, P., Fotos, N., Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British journal of nursing*, 26(3), 172-176. DOI: [10.12968/bjon.2017.26.3.172](https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172).
- Correia, T. (2020). A gestão política da COVID-19 em Portugal: contributos analíticos para o debate internacional. *Saúde Debate*, 44(4), 62-72. DOI: [10.1590/0103-11042020E403](https://doi.org/10.1590/0103-11042020E403).
- Costa, A. P., & Amado, J. (2018). Análise de conteúdo suportada por software. Aveiro (PRT): Ludomedia.
- Coutinho, C. P. (2018). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e Prática.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research and Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (5th edition). Los Angeles, CA, USA: SAGE Publications, Inc.
- Creswell, J., & Poth, C. (2018). *Qualitative inquiry research design: Choosing among five approaches* (4th ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Danno, C., Bohomol, E., Gasparino, R. (2022). Ambiente de prática dos enfermeiros antes e durante a pandemia de COVID-19. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE03287. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03287>.

Decreto-Lei nº 37 418/49. Reorganiza os serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares dependentes dos Ministérios do Interior e da Educação Nacional. Diário da República Série I. Nº105 (18-05-1949). 351-352.

Decreto-Lei nº 305/81. Aprova a carreira de enfermagem. Diário da República. Série I. Nº 261 (12-11-1981).

Decreto-Lei nº480/88. Condições de equivalência. Diário da República. Série Nº 295 (23-12-1988).

Decreto-Lei nº 437/91. Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. Diário da República. Série I-A. Nº 257 (08-11-1991). 5723-5741.

Decreto-Lei nº412/98. Procede à reestruturação da carreira de enfermagem. Diário da República. Série I-A. Nº 300 (30-12-1998). 7257-7264.

Decreto-lei nº71/2019. Presidência do conselho de ministros. Diário da República. Série I-A. Nº101 (27/05/2019).

Deldar, K., Frountan, R., Ebadi, A. (2021). Nurse managers' perceptions and experiences during the COVID-19 crisis: a qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 26(3), 238. DOI: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_285_20.

Demirkiran, M., Taskaya, S. (2016). Relationship between employee empowerment and organizational stress: a research on hospital employees. *International journal of scientific study*, 3(12), 206-212.

De Sul, S., Lucas, P. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing Open*, 00, 1-7. DOI:10.1002/nop2.521.

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. (2020). Saúde e atividades diárias - Medidas Gerais de Prevenção e Controlo da COVID 19. In *Saúde E Atividades Diárias Medidas Gerais De Prevenção E Controlo Da Covid-19* (Vol. 1, Issue 11). Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2020/05/ManualVOLUME1-1.pdf>.

ESEL. (2020). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações, norma APA. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Lisboa. Disponível em:

https://www.esel.pt/sites/default/files/GUIA_B_2020_v2.pdf.

- Fawcett, J. (2009). Using the roy adaptation model to guide research and/or practice: construction of conceptual-theoretical-empirical systems of knowledge. *Aquichan*, 9(3), 297-306.
- Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M. (2020). Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. *Imperial College London* [serial on the Internet]. DOI: <https://doi.org/10.25561/77482>.
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*: Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto., Porto.
- Fortin, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Loures: LUSODIDACTA.
- Fowler, M. (2017). Faith and ethics, covenant and code. *Journal of Christian Nursing*, 34(4), 216-224. DOI:10.1097/CNJ.0000000000000419.
- Frias, C.F.C. (2003). A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação. Loures: Lusociência, 210 p. ISBN 972-8383- 50-9.
- Freitas, T. (2014). Erfahrung e Erlebnis em Walter Benjamin. *Revista Garrafa*, 12(36). Recuperado de <https://revistas.ufrj.br/index.php/garrafa/article/view/7918/6380>;
- Goh, J., Chia, J., Zainuddin, Z., Ahmad, N., Manaf, A. (2020). Challenges faced by direct care nurse managers during the initial coronavirus disease 2019 pandemic: A reflection. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 1-3. DOI: <https://doi.org/10.1177/2010105820953460>.
- Gomes, B., Monteiro, H. (2021). 10 lições de uma pandemia: um ano de aprendizagens. *Público*. Disponível em: <https://www.publico.pt/2021/03/09/sociedade/noticia/10-lico-es-pandemia-ano-aprendizagens-1953606>.
- González-Gacía, A., Pinto-Carral, A., Sanz-Villorejo, J., Marqués-Sánchez, P. (2020). Nurse manager core competencies: a proposal in the Spanish health system.

- International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3173.
DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093173>.
- Gray, J., Grove, S. (2021). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 9ª Edição. St Louis, Missouri: Copyright.
- Grigsby, K. (1991). Perceptions of the organization's climate: influenced by the organization's structure?. *Journal of nursing education*, 30(2), 81-88.
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Bernardino, A., Pais, A. (2019). Ambiente da prática de enfermagem e qualidade dos cuidados. *Gestão e desenvolvimento*, 27 (2019), 181-195. DOI: <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.380>.
- Guirardello, E. B. (2017). Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0), e2884. DOI:0.1590/1518-8345.1472.2884.
- Hazelton, B., Kjerholt, M., Rosted, E., Hansen, S., Borre, L., McCormack, B. (2022). Improving person-centred leadership: a qualitative study of ward managers' experiences during the COVID-19 crisis. *Risk management and healthcare policy*, 14, 1401-1411. DOI: <https://doi.org/10.2147/rmhp.s300648>.
- Hermann, N. (2020). A aprendizagem da dor. *Educação & Realidade*, 45(4), e110033. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-6236110033>.
- Hofmeyer, A., Taylor, R. (2021). Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practicing in the era of COVID-19. *Journal of clinical nursing*, 30 (1-2), 298-305. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15520>.
- Huang, L., Lin, G., Tang, L., Yu, L., Zhou, Z. (2020). Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Critical Care*, 24(120), 1-3. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>.
- ICN. (2000). *Gestão de enfermagem e dos serviços de cuidados de saúde*. Geneve-Switzerland. Disponível em: https://www.orodemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNsf_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf.

- INSAa. (2022). Novo coronavírus SARS-CoV-2 | COVID-19. O que é este novo coronavírus? Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/novo-coronavirus-sars-cov-2-covid-19/>.
- INSAb. (2022). Novo coronavírus SARS-CoV-2 | COVID-19. O que é um coronavírus? Porque se chama coronavírus? Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/novo-coronavirus-sars-cov-2-covid-19/>.
- INSAc. (2022). Novo coronavírus SARS-CoV-2 | COVID-19. Como se transmite? Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/novo-coronavirus-sars-cov-2-covid-19/>.
- INSA d. (2020). Início da pandemia de COVID-19 em Portugal caracterizado por disseminação massiva de variante do SARS-CoV-2 com mutação específica. Disponível em: <https://www.insa.min-saude.pt/inicio-da-epidemia-de-covid-19-em-portugal-caracterizado-por-disseminacao-massiva-de-variante-do-sars-cov-2-com-mutacao-especifica/>.
- INSAe. (2021). Relatório Evolução do número de casos de COVID-19 em Portugal. Disponível em: https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Report_covid19_30_04_2021.pdf.
- INSAf. (2022). Relatório Evolução do número de casos de COVID em Portugal. Disponível em: https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/12/Report_covid19_20221228.pdf.
- Jackson, J., Nowell, L. (2021). The office of disaster management' nurse managers' experiences during COVID-19: a qualitative interview study using thematic analysis. *Journal of nursing management*, 29(8), 2392-2400. DOI: [10.1111/jonm.13422](https://doi.org/10.1111/jonm.13422).
- James, H., Bennett, L. (2020). Effective nurse leadership in times of crises. *Nursing management*. 27(4), 32-40. DOI: <https://doi.org/10.7748/nm.2020.e1936>.
- Jesus, S.C.D. (2017). O enfermeiro no pré-hospitalar: perspetiva do enfermeiro da viatura médica de emergência e reanimação. Dissertação. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Karimi, Z., Fereidouni, Z., Behnammoghadam, M., et al. (2020). A experiência vivida de enfermeiros cuidando de pacientes com COVID-19 no Irão: um estudo fenomenológico. *Política de Risco Manag Healthc*; 3:1271-1278.
- Kazdin, A. (2017). *Research design in clinical psychology* (5ªed.). Boston, MA: Pearson.
- Labrague, J., Santos, A., (2020). COVID-19 anxiety among frontline nurses: predictive role of organizational support, personal resilience and social support. *Wiley*, 28:1653-1661. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>.
- Lake, T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in nursing and health*, 25 (3), 176-1888. DOI: [10.1002/nur.10032](https://doi.org/10.1002/nur.10032).
- Lake, E. (2007). The nursing practice environment-measurement and evidence. *Medical care research and review*, 64 (2), 1045-1225. DOI: [10.1177/1077558707299253](https://doi.org/10.1177/1077558707299253).
- Lima, J.Á. (2013) "Por uma análise de conteúdo mais fiável," *Revista Portuguesa de Pedagogia*, pp. 7-29. Disponível em: https://doi.org/10.14195/1647-8614_47-1_1.
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J.E., Guo, Q., Wang, X.Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z. Yang, J., Yang, B.X. (2020). As experiências dos prestadores de cuidados de saúde durante a crise do COVID19 na China: Um estudo qualitativo. *Lancet Glob. Saúde*, 8, 790-798.
- Lucas, P., Nunes, E. (2020 |). Nursing practice environment in primary health care: a scoping review. *Revista brasileira de enfermagem*, 73 (6), e20190579. DOI: [10.1590/0034-7167-2019-0479](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479).
- Maben, J., Bridges, J. (2020). COVID-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of clinical nursing*, 29(15-16), 2742-2750. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15307>.
- Mansour, S., Shosha, G. (2021). Experiences of first-line nurse managers during COVID-19: A jordanian qualitative study. *Journal of nursing management*, 30(2), 384-392. DOI: [10.1111/jonm.13530](https://doi.org/10.1111/jonm.13530).
- Martins, A. (2021). *Comunicação com a família no serviço de urgência durante a pandemia de COVID-19*: Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Minho.

- Marrelli, M. (2017). *The nurse manager's survival guide* (4ª ed.). Sigma Theta Tau.
- Maslach, C. (2007). *Entendendo o Burnout*. In: ROSSI, A.M.; PERREW'W, P.L.; SAUTER, S.L. (Org). *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas, p.41-55.
- Mccallin, A.M. and Frankson, C. (2010) "The role of the charge nurse manager: A descriptive exploratory study," *Journal of Nursing Management*, 18(3), pp. 319–325. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01067.x>.
- Melgueira, I., Veludo, F. (2020). O ambiente de prática de enfermagem em contexto de unidade de cuidados intensivos: protocolo de scoping review. *Cadernos de saúde*, 12, 117-118.
- Mendes, I., Coelho, S. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de roy. *Escola anna nery*, 15(4), 845-850.
- Michelin, L., Lins, S., Falavigna, A. (2020). COVID-19: perguntas e respostas. *Centro de Telemedicina da UCS*. Caxias do Sul, Brasil: Educs, Disponível em: <https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-covid19-editora.pdf>.
- Mosteiro-Díaz, P., Baldonado-Mosteiro, M., Borges, E., Baptista, P., Queirós, C., Sanchez-Zaballos, M. (2020). Presenteeism in nurses: comparative study of spanish, portuguese and brazilian nurses. *Int Nurs Rev*; In press. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12615>.
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., Qin, M., Huang, H. (2020). Work stress among chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of nursing management*, 28(5), 10002-10009. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13014>
- Nery, V., Linares, M., Martins, B., Reis, M., Campos, M., Taminato, M., Balsanelli, M. (2021). Ambiente de prática profissional em enfermagem na perspectiva de estudantes na COVID-19. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE00122. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00122>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 101/2015: Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. Diário da República, 2ª série, 48, 5948-5952. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislacao_OE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetênciasEnfermeiroGestor.pdf.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). Recomendações sobre o uso de máscaras no contexto da COVID-19. Orientações provisórias. Disponível em: [WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-2020.4- por.pdf](https://www.who.int/publications-detail/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-2020.4-por).
- Padgett, D. (2017). *Qualitative methods in social work research*. 3ª Edição. Thousand Oaks, CA. Sage.
- Pimentel, M., et al. (2020) The dissemination of COVID-19: an expectant and preventive role in global health. *J Hum Growth Dev*, 30(1): 135-140.
- 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). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00546-x>.
- Portugal. Decreto nº 14-A/2020 de 18 de Março de 2020. Declara o estado de emergência, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. Diário da República. 18 Mar 2020.
- Portugal. Relatório de Situação Epidemiologica em Portugal de 3 de abril. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2020. [acesso em 2023 fev 1]. Disponível em: https://covid19.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2020/04/32_DGS_boletim_20200403.pdf.
- Portugal. Relatório de Situação Epidemiologica em Portugal de 16 de julho. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2020. Disponível em: <https://covid19.minsaude.pt/wp-content/uploads/2020/07/i026477.pdf>.
- Quivy, R., Campenhoudt, V. (2005). *Manual de investigação em Ciências Sociais*, 4ª Edição., Gradiva, Lisboa.
- Roy, C. & Andrews, H. (2008) The Roy Adaptation Model. 3rd ed. London: Pearson Education.
- Roy, C. (2009) The Roy adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson.

- Sampaio, C. (2020). COVID-19: etiologia, aspectos clínicos, diagnóstico, tratamento e epidemiologia: *Rev.Saúde.Com2020*; 16(2): 1812-1820.
- Santos, J. L., Menegon, F. H., Andrade, G. B., Freitas, E. de, Camponogara, S., Balsanelli, A. P., & Erdmann, A. L. (2022). Changes implemented in the work environment of nurses in the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75 (suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1381>.
- Sá, P., Costa, A.P. and Moreira, A. (2021) *Reflexões em torno de metodologias de investigação. Recolha de dados*. 1st edn. Aveiro: UA Editora.
- Shaban, Z., Nahidi, S., Sotomayor, Ca., Li, C., Gilroy, N., O'Sullivan, N., Sorrell, C., Branco, E., Hackett, K., Bag. (2020). SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in Australian healthcare setting. *Am J Infect Control*, 48(12): 1445-1450. DOI: [10.1016/j.ajic.2020.08.032](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.08.032).
- Silva, T., & Rosa, S. (2021). A Necessária Proteção Dos Profissionais Da Saúde Diante Do Contexto Pandêmico: Uma Análise da Vulnerabilidade. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, 6, 1365–1384.
- Silverman, D. (2015). *Interpreting Qualitative Data* (5th Edition). London: SAGE Publications Ltd.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2020). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos para a abordagem do COVID-19 em Medicina Intensiva. Disponível em: <https://www.spci.pt/COVID-19>.
- Sousa, J. (2018). *Etapas básicas de um projeto de pesquisa científica*. Projeto de Tese. São Paulo.
- Sperling, D. (2020). Ethical dilemmas, perceived risk, and motivation among nurses during the COVID-19 pandemic. *Nursing ethics*, 28(1), 9-22. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733020956376>.
- Steffens, K., Wolynjec, N., Okimoto, G., Mols, F., Haslam, A., Kay, A. (2021). Knowing me, knowing us: personal and collective self-awareness enhances authentic leadership and leader endorsement. *The leadership quarterly*, 101498. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2021.101498>.

- Streubert, H., Carpenter, D. (2011). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. 5ª Edição. Loures: LUSODIDACTA.
- Sugianto, K., Hariyati, T., Pujasari, H., Novieastari, E., Handiyani, H. (2022). Nurse workforce scheduling: a qualitative study of Indonesian nurse managers' experiences during the COVID-19 pandemic. *Belitung nursing journal*. 8(1), 53-59. DOI: <https://doi.org/10.33546/bnj.1735>.
- Sujan, M. (2015). An organization without a memory: a qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organizational learning for patient safety. *Reliability engineering & system safety*, 144, 45-52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ress.2015.07.011>.
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Wang, H., & Liu, S. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*, 48(6), 592-598. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>.
- Tan, R., Yu, T., Luo, K., Teng, F., Liu, Y., Luo, J., Hu, D. (2020). Experiences of clinical first-line nurses treating patients with COVID-19: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1381-1390. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13095>
- Tavares, C. (2022). *Experiências vivenciadas pelos enfermeiros no serviço de urgência em tempo de pandemia COVID-19*: Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra., Coimbra.
- Tomaszewska, K., Klos, A., Majchrowicz, B. (2017). Influence of work environment on the quality of benefits provided by primary health care nurses. *Journal of education health and sport*, 7(8), 1191-1205. DOI: [10.5281/zenodo.1039369](https://doi.org/10.5281/zenodo.1039369).
- Valério, D., Favinha, M. (2014). Mediação escolar e direção de turma: um estudo sobre as práticas dos diretores de turma do 3º ciclo numa escola do baixo Alentejo. *Aprender no alentejo*, 1, 1-14.
- Vázquez-Calatayud, M., Martínez, E., Rumeu-Casares, C., Mora, B., Esain, A., Oroviogicoechea, C. (2021). Experiences of frontline nurse managers during the COVID-19: a qualitative study. *Journal of nursing management*, 30(1), 79-89. DOI: [10.1111/jonm.13488](https://doi.org/10.1111/jonm.13488).

- Vilelas, J. (2017). *Investigação o processo de construção do conhecimento*. 2ªEdição. Lisboa. Edições Sílabo, Lda.
- Zheng, J. (2020). SARS-coV-2: An emerging coronavirus that causes a global threat. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1678–1685. DOI: <https://doi.org/10.7150/ijbs.45053>.
- White, J. (2021). A phenomenological study of nurse managers' and assistant nurse managers' experiences during the COVID-19 pandemic in the United States. *Journal of nursing management*. 29, 1525-1534. DOI: [10.1111/jonm.13304](https://doi.org/10.1111/jonm.13304).
- WHO. (2020a). Opening remarks at the media briefing on COVID-19. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-sopening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>.
- WHO. (2020b). COVID-19: Strategic preparedness and response plan: Operational planning guidelines to support country preparedness and response. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/draft-operational-planning-guidance-for-un-country-teams>.
- Wildman, S., Hewison, A. (2009). Rediscovering a history of nursing management: from Nightingale to the modern matron. *International Journal of Nursing Studies*. 46, 1650-1661.
- Xie, H., Cheng, X., Song, X., Wu, W., Chen, J., Xi, Z., Shou, K. (2020). Investigation of the psychological disorders in the healthcare nurses during a coronavirus disease 2019 outbreak in china, *Medicine*, v.99, nº 34, p.e21662.
- Yin & Wunderink. (2020). MERS, SARS and other coronavirus as causes of pneumonia. *Asian Pacific Society of Respiratology*, p.23, 130-137, DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/resp.13196>.
- Yin, X., & Zeng, L. (2020). A study on the psychological needs of nurses caring for the patients with coronavirus disease 2019 from perspective of the existence, relatedness, and growth theory. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(2), 157-160. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.002>.

7. ANEXOS E APÊNDICES

**ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO ESCLARECIDO E LIVRE PARA A
INVESTIGAÇÃO**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE para Investigação Clínica

Parte Informativa

1. TÍTULO DO PROJECTO	VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM CONTEXTO HOSPITALAR
2. DESCRIÇÃO DO PROJECTO, SUA NATUREZA E OBJETIVO	Pessoa Responsável pelo estudo: Raquel Alexandra Martiniano Nobre, sob orientação dos professores Tiago Filipe Nascimento Rodrigues e Teresa Maria Ferreira Dos Santos Potra. Instituição de Acolhimento: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este documento designado consentimento, informado, livre e esclarecido, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado(a). Leia atentamente toda a informação aqui contida. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo. O objetivo geral deste estudo é compreender as vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar. Os objetivos específicos do estudo são, analisar as implicações da COVID-19 percebidas pelos enfermeiros gestores, na gestão dos serviços de enfermagem; descrever as dificuldades/desafios experienciadas pelos enfermeiros gestores durante a pandemia de COVID-19; identificar as estratégias de gestão utilizadas pelos enfermeiros face à pandemia de COVID-19. O estudo é de carácter qualitativo. Os dados serão recolhidos com recurso a uma entrevista semiestruturada, dividida em duas etapas: 1) Questionário de caracterização sociodemográfica: idade, género, grau académico; formação académica na área de gestão; nº de anos de experiência profissional; tempo de atividade profissional na instituição; tempo que assume funções de gestão/chefia.

		2) Entrevista semiestruturada, com 9 perguntas de resposta aberta, prevendo-se um tempo de implementação de 60 minutos. Os dados serão analisados com recurso à ferramenta <i>MaxQDA</i>. A análise de conteúdo resultará na organização do conteúdo, sistematização e sumarização do mesmo, comparação dos dados e citação do material colhido. Os dados relativos à gravação áudio da entrevista serão guardados até à transcrição das mesmas e revisão da transcrição, sendo posteriormente apagados. Os dados relativos à transcrição das entrevistas serão guardados no disco externo da aluna, não sendo guardado qualquer tipo de dado em nuvem (exemplo, na internet). Os resultados do estudo serão divulgados na dissertação final da aluna de mestrado e os mesmos ser-lhe-ão disponibilizados. Junto da comunidade científica, os resultados serão disseminados por meio da elaboração de um artigo científico.
3. RISCOS GRAVES E RISCOS FREQUENTES		Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de uma entrevista semiestruturada que irão ser gravadas para permitir uma melhor compreensão dos factos.
4. BENEFÍCIOS		-Maior conhecimento no âmbito científico da enfermagem, especificamente, sobre a realidade desta nova pandemia; -Desenvolvimento de estratégias que promovam a saúde dos enfermeiros, a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes; -Conceção de políticas de saúde, para lidar melhor com situações futuras semelhantes; -Gestão de situações emergentes de uma forma mais adequada, investindo em planos de ação, bem como na preparação dos enfermeiros gestores e consequentemente da restante equipa.
5. POSSÍVEIS ADVERSOS	ACONTECIMENTOS	Este estudo não acarreta nenhum evento adverso.

6. APROVARAM O ESTUDO	Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa Contato – 217805405
------------------------------	--

PARTE DECLARATIVA DO PROFISSIONAL

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos que o estudo envolve.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Expliquei o carácter Voluntario da participação; a recusa ou a retirada do consentimento e a possibilidade de pedir para interromper ou mesmo desistir de participar caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advenha qualquer prejuízo no contexto da sua assistência clínica.

Informei que se encontra assegurada a privacidade dos dados pessoais coletados mediante a pseudonimização dos mesmos, garantida pela atribuição de um código cuja chave de decodificação é restrita ao Investigador Principal do projeto ou quem ele designar para o assistir e / ou em sua substituição, bem como a se encontra acautelada a confidencialidade e a proteção dos dados pessoais de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto.

Nome legível do investigador Principal Raquel Alexandra Martiniano Nobre

ASSINATURA		DATA: 27/ 09 / 2022
CONTACTO TELEFÓNICO	914971851	E-mail 28596@chln.min-saude.pt

À PESSOA/REPRESENTANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

PARTE DECLARATIVA DA PESSOA QUE CONSENTE

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento,

Foi-me dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO

☐

NÃO AUTORIZO

☐

Nome legível

Assinatura _____

Data: ____ /
____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME:

Documento de Identificação Nº: _____

Data ou validade ____ / ____
/ ____

Grau de parentesco ou tipo de representação:

ASSINATURA _____

NOTA: Este documento é executado em duas vias – uma para o processo/estudo e outra para ficar na posse de quem consente.

**ANEXO II – PEDIDO FORMAL AO CENTRO ACADÉMICO DE SAÚDE DO
CENTRO HOSPITALAR EM QUESTÃO**

PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO ACADÉMICO

Número do <u>pedido</u> _____
<u>Solicitante</u> _____
Data de entrega do <u>pedido</u> _____
Data de entrega do <u>parecer</u> _____
(a preencher pelo secretariado da Comissão de Ética)

Raquel Alexandra Martiniano Nobre, na qualidade de enfermeira de cuidados gerais, com o contacto telefónico 914971851 e o e-mail raquelam.nobre@gmail.com, solicita que a Comissão de Ética emita parecer sobre o seguinte assunto:

Realização de um estudo de investigação que se insere no ciclo de estudos da Área de Especialização e Mestrado em Gestão de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem como título “Vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar”.

O estudo a desenvolver será um estudo descritivo simples, de carácter qualitativo.

Tem como **objetivo geral**, compreender as vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar, e como **objetivos específicos**, analisar as implicações de COVID-19, percecionadas pelos enfermeiros gestores, na gestão dos serviços de enfermagem; descrever as dificuldades/desafios experienciadas pelos enfermeiros gestores durante a pandemia de COVID-19; identificar as estratégias de gestão utilizadas pelos enfermeiros face à pandemia de COVID-19.

Os participantes do estudo a desenvolver serão enfermeiros a exercer funções em gestão de enfermagem, em serviços de internamento de medicina e serviço de urgência.

Como instrumento de colheita de dados, será realizada uma entrevista semiestruturada aos participantes, dividida em duas etapas: 1) Questionário de caracterização sociodemográfica; 2) entrevista semiestruturada com 9 perguntas de resposta aberta.

Os dados serão analisados com recurso à ferramenta ~~MaxQDA~~. A análise de conteúdo resultará na organização do conteúdo, sistematização e sumarização do mesmo, comparação dos dados e citação do material colhido.

Os resultados do estudo serão divulgados na dissertação final da aluna de mestrado e os mesmos ser-lhe-ão disponibilizados. Junto da comunidade científica, os resultados serão disseminados por meio da elaboração de um artigo científico.

(frente)

Problemas que se colocam:

Consulta que deseja fazer à Comissão de Ética:

**ANEXO III – PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DE SAÚDE DO
CENTRO HOSPITALAR EM QUESTÃO**

Presidente

Vice-Presidente

Exma. Senhora

Enfermeira Raquel Alexandra Nobre

raquelam.nobre@gmail.com

Lisboa, 6 de Janeiro de 2023

Nossa Ref. N.º 352/22

Assunto: Projeto "Vivências do Enfermeiro Gestor durante a Pandemia COVID-19 em contexto hospitalar"

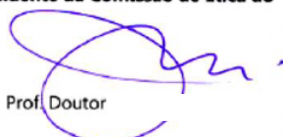
Pela presente se informa o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Gestão de Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), obteve, em Dezembro de 2022, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei. N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância ao deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, na sua atual redação alterada pela Lei n.º 73/2015 de 27/07/15, complementada pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram, na sua missão de contribuir para o cumprimento de princípios da ética e da bioética, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, e ainda em harmonia com os regulamentos internos do CHULN, os códigos deontológicos, as convenções, e as recomendações constantes das declarações e diretrizes internacionais, designadamente as Declarações de Helsínquia e de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, a Comissão de Ética avaliou o Estudo, ajuizando obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais, cujo desígnio visa minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, respeitando os imperativos refletidos no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do



Prof. Doutor

APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista nº:

Data:

Legitimar a Entrevista	-Apresentação pessoa; -Elucidar sobre os objetivos e finalidade do estudo; -Apresentar o consentimento informado; - Solicitar autorização para a gravação da entrevista; -Esclarecimento de dúvidas.
------------------------	--

DADOS DOS ENTREVISTADOS
IDADE:
GÊNERO:
GRAU ACADÊMICO:
FORMAÇÃO ACADÊMICA NA ÁREA DE GESTÃO:
Nº DE ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:
TEMPO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO:
TEMPO QUE ASSUME FUNÇÕES DE GESTÃO/CHEFIA:

		Nota introdutória: Tal como lhe foi dito, o objetivo principal deste estudo é compreender as vivências do enfermeiro gestor durante a pandemia por COVID-19 em contexto hospitalar. Neste sentido (...)	
TEMA	OBJETIVO	PERGUNTA MAJOR	PERGUNTAS MINOR
Perceções gerais	Conhecer as percepções gerais do enfermeiro gestor relativamente ao início da pandemia	Poderia dizer-me como foi o início da pandemia no seu serviço?	
Gestão de enfermagem	Analisar as implicações da COVID-19, percecionadas pelos enfermeiros gestores, na gestão dos serviços de enfermagem	Poderia descrever-me as suas experiências enquanto enfermeiro gestor durante o período pandémico?	O que mudou? - Gestão equipas (No que diz respeito à equipa que lidera, pode dizer-me se e como a relação estabelecida com os diferentes profissionais se alterou?); - Gestão cuidados (Mudou a sua forma de proceder no trabalho? E a sua tomada de decisão e planeamento de cuidados sofreram alterações?); - Gestão do serviço; - Gestão materiais; - Tipo de liderança (Pensando no seu estilo de liderança, acha que mudou neste período? Em caso afirmativo, de que forma?);

Desafios / Dificuldades	Perceber quais foram as dificuldades/ desafios experienciados pelos enfermeiros gestores durante a pandemia por COVID-19	Quais foram os principais desafios que enfrentou durante a pandemia por COVID-19 na sua unidade/serviço?	Que aspetos achou difíceis neste período para responder às necessidades do seu serviço? - Ao nível da equipa - Ao nível do serviço - Ao nível da organização
------------------------------------	--	--	--

Estratégias de gestão adotadas	Identificar as estratégias de gestão utilizadas pelos enfermeiros face à pandemia por COVID-19	Que facilitadores encontrou para responder às necessidades? A que estratégias recorreu para gerir a crise pandémica com a equipa? E com os doentes?	Com a equipa? E com os doentes?
Desenvolvimento / Crescimento pessoal e profissional / Gerir em tempos de pandemia?	Conhecer o impacto das vivências. Analisar a relação existente entre as vivências durante o período pandémico e o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro gestor	Agora pense em si durante os dias de trabalho em pleno período pandémico, quais foram os sentimentos e emoções que experienciou? O que significou para si tudo o que vivenciou? Quais foram as principais lições/aprendizagens que tirou deste período, no que diz respeito a gestão de enfermagem? E ao seu papel enquanto enfermeiro gestor? De acordo com a sua experiência durante a pandemia por COVID-19 quais são os aspetos chave para a gestão de uma crise semelhante a esta?	
Encerramento da Entrevista		Antes de terminar a entrevista, gostaria de me dizer mais alguma coisa que eu não lhe perguntei e que seja importante para si?	

APÊNDICE II – ENTREVISTAS INTEGRALMENTE TRANSCRITAS

Entrevista 1 (21/11/2022):

R: O objetivo da primeira questão é conhecer as percepções gerais do enfermeiro gestor relativamente ao início da pandemia. A questão lhe colocou é se me poderia dizer como foi o início da pandemia no seu serviço? Ou seja, quando soube do início da pandemia, e quando efetivamente chegou cá ao serviço?

E1: Não foi aqui que tive contacto com a situação. Estava a chefiar um serviço de cirurgia, cirurgia geral, cirurgia ortopédica e vascular. Quando fomos confrontados com a situação claro que tivemos que adotar estratégias para modificar todo o contexto, passando este serviço de cirurgia para um serviço de medicina.

Toda a sinalética foi preciso ser organizada, dar formação às equipas no sentido de poderem responder às necessidades dos doentes. Embora já neste serviço, nós começámos como um serviço não-COVID.

De qualquer forma, tivemos que criar os planos de contingências, aquelas situações... tudo foi criado de raiz, a equipa foi formada para responder às necessidades do doente COVID, se assim acontecesse, embora fosse na altura (fase inicial), um serviço não-COVID.

Até ao dia em que começámos a ter doentes a entrarem pela porta a dentro que não vinham infetados nesse dia, mas que dali a 3/5 dias ficavam infetados. A partir daí claro que se teve que gerar outras dinâmicas, tivemos que fechar o serviço. E foi assim que eu vim para este serviço. Abrir efetivamente aqui um serviço de COVID. O outro serviço, ficou um serviço livre, para ficar um serviço limpo.

Aqui, foi ter que organizar todo o serviço, era noutro contexto, foi um serviço que foi criado/organizado tendo em conta as necessidades dos doentes COVID. Já tinha sido iniciado uma fase de formação das equipas, foi preciso reorganizar o serviço todo, desde pôr as barreiras de proteção, as sinaléticas, desde equipar as salas com tudo o que era necessário, criando as barreiras necessárias. E, depois a supervisão que foi necessária fazer, que foi muito...

R: Então tudo isto que me disse até agora também vai ao encontro das questões que lhe vou colocar a seguir. Relativamente à gestão de equipas acha que houve algo que mudou? Se acha que se alterou a sua relação com a equipa? Neste caso, o facto de não conhecer a equipa deste serviço, como lidou com isso?

E1: (A senhora enfermeira pediu para não gravar esta resposta, uma vez veio reabrir um novo serviço, devido a conflitos entre a equipa com a enfermeira chefe anterior. Referiu apenas que ao reabrir este serviço, encontrou uma equipa muito disponível e recetiva à mudança).

R: Relativamente à gestão dos cuidados, acha que a sua forma de proceder no trabalho? E se a sua tomada de decisão e planeamento de cuidados se alterou durante a pandemia?

E1: É óbvio que se teve que alterar, porque as necessidades dos doentes eram muito diferentes, e portanto, tiveram que se criar equipas que pudessem responder a essas necessidades.

Claro que foi difícil termos em todos os turnos, o mesmo número de elementos, mas o que se tentou foi que pelo menos não houvesse uma sobrecarga. Houve uma maior proximidade entre as equipas.

R: Relativamente à gestão dos materiais, acha que o COVID teve uma implicação direta na gestão dos materiais do serviço?

E1: Sim. Houve equipamentos, principalmente equipamentos de proteção, são equipamentos que habitualmente não tínhamos com tanta abundância com que foi necessária durante a pandemia. E como tal, também foi necessário criar espaços próprios para que pudéssemos não só armazenar, mas também haver sítios próprios também para haver o despejo, digamos assim, para se poder evitar o desperdício de recursos.

R: E, relativamente ao tipo de liderança que tinha no outro serviço, ao ter vindo para este novo serviço, numa nova situação, acha se alterou?

E1: Não, isso não. Liderar uma equipa para mim é inata à pessoa. Claro que, perante a equipa que temos, temos que atuar também de acordo com aquilo que a equipa está há espera. E é esse tipo de liderança, esta é a minha maneira de estar na profissão e como gestora é essa a minha maneira de estar, ir de encontro realmente às necessidades das equipas, para possam responder adequadamente às necessidades dos doentes. Porque se nós não formos de encontro às necessidades da equipa, é impossível que a equipa responda de forma adequada às necessidades dos doentes.

Essa era a minha postura anterior, que se manteve, e foi isso que me permitiu que a equipa tivesse tão disponível para responder às necessidades.

R: Ok... passando então ao próximo tema, quais foram...? eu sei que pode já ter respondido a algumas destas questões, mas vamos tentar focalizar mais as respostas. Quais foram os principais desafios que enfrentou durante a pandemia por COVID-19 no serviço? Ou seja, mais especificamente, ao nível da sua equipa, do seu serviço? O que considera para si ter sido uma grande dificuldade nessa altura?

E1: Uma grande dificuldade, foi acima de tudo os doentes, a comunicação dos doentes. O isolamento em que os doentes estavam, e depois também a ansiedade que era criada nas famílias.

O modo como nós tínhamos muitas vezes que responder às famílias, fazê-las entender as situações dos doentes. Esta comunicação com a família é que foi um grande desafio. Por outro lado, tínhamos as equipas médicas que embora fossem eles que devessem transmitir a informação á família, transmitiam, mas a equipa médica é a equipa médica...

Na equipa, a comunicação com as famílias é que foi um grande desafio.

R: Ok... e relativamente à organização, acha que encontrou dificuldades, dado que tudo isto foi uma novidade mesmo para o hospital enquanto organização?

E1: É assim as dificuldades são as dificuldades gerais que se fizeram sentir em todas as instituições. Lá está, uma situação nova, os hospitais não estavam preparados para responder as estas necessidades não é, por um lado. Por outro lado, também, os fornecedores também não estavam preparados para colmatar estas necessidades.

Foi tudo um conjunto. Não podemos afirmar que foi culpa do hospital... aliás, acho, pela experiência que eu vi e que me contaram também, nós aqui até fomos uma das instituições em que melhor respondemos às necessidades dos profissionais para podermos responder às necessidades dos utentes. Foi uma das instituições que melhor resposta pôde dar.

R: E mesmo dentro das próprias equipas, tanto auxiliares como enfermeiros, organizar as escalas, toda essa parte, foi facilmente aceite pelas equipas? Aqueles

turnos inesperados, de última hora porque tinham de dar resposta ao serviço, considerou isso como uma dificuldade?

E1: Não considero, porque acredito sempre que as equipas, se nós lhe dermos algo, eles também nos dão. É assim, já são muitos anos na área de gestão, e as pessoas tiveram sempre disponíveis. Tiveram e estão disponíveis.

...O grande dilema qual foi? Os profissionais também são pessoas, e ficaram doentes. Esse sim é que foi o grande problema. Assim não tínhamos capacidade de resposta, e aí tinha que ser intervenção da instituição. A instituição soube abrir e fechar serviços na altura certa. Ainda assim, por vezes não foi no momento exato, mas tentou sempre que houvesse alguma dinâmica na resposta a dar.

Só para ver, eu tive que abrir este serviço em 16h, montar o serviço para COVID em 16 horas, sair de um sítio que estava todo infetado, pessoal todo infetado. Eu dois meses antes tinha tido o COVID, portanto eu tive 16 horas para pôr os doentes que estavam lá em baixo a chegar das ambulâncias, era preciso coloca-los em algum lado.

Agora dizer assim, eles deviam ter pensado nisto mais cedo? Pois, mas é preciso que houvesse estrutura para isso. Eu não estava ali à espera que entrassem 20 doentes de uma só vez. Estamos sim preparadas, mas não para a afluência que houve naquela altura.

R: Encontrou essas dificuldades, vivenciou todo este período da pandemia, e relativamente a estratégias, que facilitadores encontrou para colmatar as necessidades da equipa, dos doentes, do serviço?

E1: Lá está, se nós tivermos a equipa na mão, também conseguimos que eles respondam de forma adequada às necessidades dos doentes.

R: Então neste aspeto considera que foi tudo muito à base da comunicação?

E1: Tudo à base da comunicação, e também da interajuda entre equipas. A equipa médica que veio na altura não era a equipa do serviço. Foi uma equipa médica própria que veio para dar assistência aos doentes COVID. Houve uma grande união entre a equipa de enfermagem e a equipa médica.

A equipa de enfermagem foi crescendo a nível de conhecimentos com a equipa médica, e a equipa médica de certa forma também foi crescendo a nível de relação com os enfermeiros, coisa que não estavam habituados.

R: Então considera que durante o período pandémico houve uma interajuda entre a equipa médica e a equipa de enfermagem.

E1: Sim, acho que sim!

R: E os conflitos entre equipas, considera que foram conflitos saudáveis/positivos?

E1: Foram, foram positivos. Os conflitos que ocorreram foram positivos.

R: Relativamente à última categoria que compõe a entrevista, as questões que lhe coloco, numa vertente mais pessoal, são então: “agora pense em si durante os dias de trabalho em pleno período pandémico, quais foram os sentimentos e emoções que experienciou?”

E1: Queria desaparecer... (risos). Queria desaparecer porque as 24 horas não chegavam. Um dia de trabalho não chegava, parecia que as 24 horas também não chegavam... e depois era a sobrecarga que eu sentia que a equipa tinha. Acima de tudo foi esse sentimento “quando é que isto vai acabar?”. Aliás ainda não acabou e dizemos sempre assim “quando é que iremos montar novamente as portas para termos o serviço nessa situação”. Embora tenhamos situações pontuais.

(...) E depois é também um sentimento de impotência perante os acontecimentos, acima de tudo é isso, houve uma vontade de fugir perante as realidades encontradas.

R: Também sentia que quando ia para casa descansar, “levava” consigo essa impotência /medo/desespero do desconhecido?

E1: Sim, muitas vezes sim, porque o telefone é o nosso companheiro.

R: Estava em casa, mas era como se estivesse 24 horas no serviço?

E1: Não era bem, mas era muito assim, principalmente na primeira fase da pandemia, porque havia sempre muitas dúvidas. As pessoas tinham dúvidas, portanto, telefonavam-me.

A equipa ligava “olhe posso fazer assim, posso fazer assado”. Portanto uma pessoa nunca estava descansada.

R: Quais foram as principais lições/ aprendizagens no que diz respeito à gestão de enfermagem que retira deste período?

E1: Se toda a gente souber trabalhar em equipa, tudo corre bem, venham as pandemias, venham as catástrofes, venha o que vier. Se houver trabalho de equipa tudo se consegue. Agora quando cada um começa a puxar para seu lado aí já é diferente. Portanto, acima de tudo é o trabalho em equipa.

R: A última questão que lhe coloco “de acordo com a sua experiência durante a pandemia, quais são os aspetos chave para a gestão de uma crise semelhante a esta?

E1: Liderança eficaz e ir de encontro às necessidades dos profissionais também. Porque se não formos ao encontro das necessidades dos profissionais, não conseguimos obter bons resultados perante os cuidados.

R: Antes de terminar a entrevista, gostaria de me dizer mais alguma coisa que não me tenha dito antes?

E1: Foi um período complicado em que... lidar-se com a morte, que se lidou muito com a morte, diariamente também levou a que houvesse diariamente momentos de grande desespero por parte dos elementos da equipa. E, às vezes como enfermeira chefe, lá está... acabamos por ser um bocadinho psicólogos de nós mesmos, mas também da equipa... essencialmente é isso.

A experiência que eu tive foi positiva, porque eu consegui transformar um serviço e uma equipa que estava muito em baixo, e consegui que a equipa conseguisse pelo menos ficar motivada.

R: Obrigada então mais uma vez.

Entrevista 2 (17/01/2023)

R: Como expliquei previamente, antes de iniciarmos a gravação, o objetivo do estudo é compreender as experiências do enfermeiro gestor durante a pandemia de COVID-19 em contexto hospitalar, portanto, começo por lhe perguntar se me poderia dizer como foi o início da pandemia, ou seja, quando soube da pandemia, o que é que isso significou para si?

E2: Para mim...pronto... foi um bocado difícil para gerir a equipa, porque havia muitos medos, receios... medo de que não houvesse equipamento, medo da doença em si, da infeção em si, uma vez que era uma doença desconhecida, ninguém sabia como é que se transmitia, sabia-se que era através da via aérea, mas como? Através de superfícies?

...Foi trabalhar muito com a equipa, tentar desmistificar a situação, tentar minimizar os receios, os medos, esta foi a parte mais complicada...

R: Isso que me está a descrever, foi quando efetivamente a pandemia chegou cá ao serviço. Quando estava na sua casa e soube que tinha sido decretada pandemia, o que sentiu enquanto enfermeira gestora? Se considerou que iria ter implicação na sua prática?

E2: A pandemia começou no dia 14... o primeiro doente que apareceu aqui no hospital tinha estado aqui no serviço. Teve numa maca, mas, entretanto, como o senhor era bastante obeso e patologia não estava "confortável", tentou-se arranjar uma cama e foi transferido para a medicina 2 B, local onde lhe foi diagnosticado COVID-19.

Logo nesse dia quando se soube que o doente era COVID positivo, entrou toda a gente em pânico, principalmente as pessoas que tiveram em contacto direto com o doente nesses dias, aliás foram horas. A minha preocupação foi tentar acalmá-los, saber que ia passar mais tempo no serviço do que em casa. Os recursos também não eram muitos, os recursos eram poucos, é sempre... O que eu pensei foi, é uma doença nova, vou ter que fazer alguma pesquisa para tentar perceber, para transmitir aos colegas e discutirmos entre todos. Todos os dias nas passagens de turno falava-se um bocadinho sobre o vírus e falava-se sobre a pandemia... não

podemos tirar férias, vamos estar fechados em casa, vamos ter uma vida um bocado mais limitada/ condicionada ali aqueles espaços.

Muitos dos colegas tinham filhos, maridos em casa, familiares já com idade, os pais, tinham estes receios todos... Nesse aspeto não tive grandes receios porque vivo sozinha, era sempre mais fácil de gerir essa parte relativamente a eles. Mas, estava em casa e estava sempre constantemente com o telemóvel, porque de um momento para o outro poderiam me ligar. Houve alturas da pandemia que vim cá muitos fins-de-semana, vim cá para fazer a gestão, porque uma das minhas preocupações era ter o material todo para os colegas se sentirem equipados à vontade, equiparem-se e sentirem-se confortáveis.

Com o equipamento era um calor horrível...

R: Em relação a essa questão dos equipamentos acha que o hospital conseguiu dar resposta nesse sentido?

E2: Nunca tive problemas... Mesmo aos fins-de-semana, quando fazia pedidos urgentes tinha sempre equipamento. Se não entregassem à sexta-feira, ao sábado entregavam, nunca faltou batas, máscaras, mesmo luvas, os “pezinhos”, as toucas, nunca tive falta de material, tiveram sempre material e, pelo contrário, também tinha o fato, o macacão para as colegas vestirem. Só houve uma colega que usou, porque diziam que era mais complicado para se mobilizarem do que com as batas. Tinham sempre 2 tipos de batas, para as pessoas andarem à vontade, porque acho que só assim é que conseguiam trabalhar sem receios e sem medo, tendo o equipamento todo disponível. Nesse aspeto não posso dizer que o hospital falhou, tive sempre.

...A única coisa, eram as máscaras p2, nem sempre eram da mesma marca, uns gostavam mais de umas, outras gostavam de outras, o importante era que havia máscaras para poderem substituir sempre que quisessem. Mesmo a nível de fatos também.

R: Voltando um pouco atrás, esqueci-me de perguntar no início, o serviço abriu logo como serviço COVID, logo na fase inicial?

E2: O primeiro serviço COVID foi a medicina 2B, entretanto como a 2B não conseguia já dar resposta, haviam mais doentes do que camas disponíveis, abriu a medicina

2D. Depois abriu a medicina 2A, e depois abrimos eu, salvo erro, deixe-me precisar as datas... a pandemia foi em março, foi no final de março, início de abril 2020 que abrimos, fomos serviço COVID até Julho 2020. Depois houve ali um período que passamos para área não-COVID, depois voltamos a abrir para área COVID, depois, entretanto fechamos até agosto 2020. Voltamos a abrir como serviço COVID até Setembro de 2021.

Nesse período, em que abrimos a segunda vez, nós não iniciámos logo com alto fluxo, foi mais na fase final que já tínhamos alto fluxo e os V60. Porque os doentes que faziam alto fluxo e V60 na altura iam ou para a unidade ou para a medicina 2A.

R: Em relação à gestão de equipas, ainda há pouco falou um bocadinho sobre isso, no que diz respeito à equipa que liderou, como foi efetuada essa liderança? Em termos de comunicação? Liderar uma equipa em tempos de COVID...

E2: Era tentar resolver as situações com cada um deles, toda a gente tinha receios e medos, tentava falar com cada um deles. Entretanto também houve um período em que houve pessoal que ficou com COVID-19. Aí a gestão foi mais complicada ainda, foram 5 ou 6 enfermeiros que ficaram em casa com COVID-19. Foi logo naquela fase inicial em que isolamento era de 14 dias. Ao fim de 14 dias faziam o teste, se desse negativo regressavam, se não cumpriam o isolamento até aos 20/21 dias. Também haviam as pessoas que tinham estado em contacto com as pessoas infetadas, e por isso, também tinham que cumprir isolamento de 14 dias, se não estou em erro.

Foi então também muito difícil porque os colegas ficaram infetados, mas mesmo assim o que a equipa me dizia é que não era no serviço que se infetavam, mas sim no exterior.

Aqui, havia sempre aquele cuidado de andarem de máscara p2, só na área não COVID, na área de circulação é que se andava com máscara cirúrgica. Mas, havia pessoal que andava sempre com máscara p2... acho que o importante é as pessoas se sentirem confortáveis, para prestar os cuidados aos doentes em condições.

R: Então acha que numa fase inicial, a equipa e mesmo a Sr^a enfermeira poderiam estar receosos e com alguns medos, mas a partir do momento em que perceberam toda a dinâmica da COVID, sentiram-se mais seguros?

E2: Sim... e depois quando passamos para área não-COVID, já queriam COVID.

R: Ainda há pouco estava a falar-me dos enfermeiros que ficaram infetados e que tiveram que ficar em casa, isto foi uma dificuldade para si? Ter que gerir a equipa para cobrir os turnos? Da parte da equipa sentiu que houve disponibilidade para cobrir os turnos? Isto foi uma dificuldade para si?

E2: A equipa sempre teve disponível, houve períodos em que os mínimos tinham que ser assegurados, sobretudo os turnos da tarde e noite, os da manhã ficavam mais desfalcados como eu estava cá. Tiveram sempre disponíveis para assegurar os turnos, não posso dizer que não houve colaboração. Houve muita colaboração da parte deles.

R: Esta questão que lhe coloco agora vai um bocadinho ao encontro disso, pensando no seu estilo de liderança acha que no período pandémico este se alterou?

E2: Da minha parte não... mantive-me com a mesma postura, porque acho que só assim funcionam as coisas, porque se eu mudasse o meu comportamento não iria obter nada. Tem que haver flexibilidade de parte a parte. Tem que haver tolerância da minha parte, da parte da equipa, não tenho razões... estiveram sempre disponíveis quando precisei de algum turno, nunca tive problemas.

Muitas vezes, recorri sim a colegas do exterior, de outros serviços, porque já não era suportável para os colegas daqui, fazerem manhã/tarde, tarde/noite e depois virem novamente, pelo menos terem ali uma folga. Houve colaboração de colegas exterior ao serviço.

Na fase inicial vieram 5 elementos do serviço de otorrino, depois, entretanto eles regressaram e ficamos só nós, e mesmo nesse período quando necessitava de colegas do exterior, sempre os consegui "arranjar".

R: No que diz respeito ao plano de contingência, já tinha tido contacto com um semelhante anteriormente? Se já tinha experienciado algo semelhante?

E2: Não, semelhante a esta não. Foi a primeira e espero que não haja mais. Foi a primeira vez que tive contacto com este tipo de plano de contingência. Tenho

contacto com o plano de contingência do serviço, mas esse é um plano normal, o plano de contingência de emergência, o habitual que todos os serviços têm....

...Mas acho que foi uma experiência interessante

R: Acha que foi uma experiência interessante?

E2: Acho que apesar de tudo, foi uma experiência interessante. Alguns cresceram, principalmente, no que diz respeito à componente emocional, houve colegas que conseguiram ficar... como é que hei de dizer... mais fortes.

R: Acha então que foi uma experiência interessante neste sentido em que a equipa conseguiu ficar mais coesa, digamos assim. E para si também acha que lhe trouxe novo conhecimento e crescimento, dado que foi a primeira vez que contactou com esta realidade?

E2: Traz sempre! Sobretudo nesse aspeto da componente emocional.

R: Vou passar então à questão seguinte, já foi falando aqui um pouco, mas se puder ser mais específica, quais foram as maiores dificuldades que sentiu durante o período pandémico no serviço? Quer a nível da equipa? Quer a nível do serviço? Quer a nível da própria organização do serviço?

E2: A organização do serviço não foi muito difícil, porque, entretanto, como já haviam os outros setores a darem resposta, foi mais fácil... não posso dizer que foi difícil. Perante algumas dificuldades houve sempre a colaboração da PPCIRA, sempre colaborou muito, as dúvidas que eu tinha, ligava e tinha sempre cá alguém para esclarecer.

Na equipa, foi o que já respondi, a maior dificuldade foi mesmo trabalhar a parte emocional, do receio em si, o medo do desconhecido. Foi aí essa parte, a mais complicada.

R: E essa parte do receio/ medo do desconhecido era visível nos enfermeiros? Enquanto os enfermeiros estavam a prestar cuidados sentiu-os inseguros?

E2: Numa fase inicial sim, e eles verbalizavam.

R: Pronto... e a enfermeira teve que trabalhar aqui essa parte emocional com a equipa, ser meio que uma “psicóloga”. Acha que nestes casos os enfermeiros deveriam de ter outro tipo acompanhamento?

E2: É assim, eu acho que se nós conversarmos abertamente conseguimos ultrapassar tudo juntos. Foi assim o que tentamos fazer. Foi cada um de nós expunha as dúvidas, então em conjunto tentávamos resolver os problemas, esclarecer as dúvidas que apareciam.

Também houve da parte da psicóloga disponibilidade, só que as pessoas acharam que não precisavam.

O próprio serviço consegue resolver, tem é que haver abertura de todas as partes. Nós reuníamos na passagem de turno e falávamos abertamente sobre as coisas. Falava-se também com os médicos, a equipa médica é uma equipa muito acessível. ...Quando se começou a falar da pandemia, um médico aqui do serviço fez uma apresentação para esclarecimento de como é que era e de como não era... não foram todas as pessoas, eu fui e mais alguns colegas, da parte do médico houve uma tentativa de desmitificar a COVID-19.

R: E a afluência de doentes foi também uma dificuldade sentida aqui no serviço? A quantidade de doentes que entravam e saíam? A rotatividade?

E2: A rotatividade era muito grande, vamos imaginar, um doente entrava às 12h se fosse preciso às 14h já estava ventilado e a ser transferido. Foi uma rotatividade muito grande, mas muitas vezes eram doentes que tinham que ficar muitos dias internados, internamento prolongado.

R: E como foi para si lidar com a morte? Calculo que tenha acontecido em maior escala, claro que em serviços de medicina estou consciente que já ocorre com frequência, mas no período pandémico acredito que foi mais evidente.

E2: O número de mortes foi mais elevado que na época normal.

R: Pessoal jovem a falecer aqui no serviço não, não aconteceu. Foram pessoas com idade mais avançada. Quando tínhamos um jovem tentávamos sempre “investir”, mas dependia às vezes se cumpriam as indicações ou não. Como por exemplo cumprir o decúbito ventral. Havia doentes que cumpriam mais do que outros. O decúbito ventral e a forma de respirar, os ensinamentos, isso tudo era importante.

Dizia-se aos doentes, tem que ficar em decúbito ventral, não fique de “barriga” para cima, se eles cumprissem, as coisas corriam de forma mais favorável. No final do dia os doentes verbalizavam melhorias porque cumpriram estas indicações.

Em relação, afirmar que houve aquele impacto na equipa grande por causa das mortes, acho que não. Na minha opinião, acho que foi pior para as unidades, do que propriamente para as medicinas. Porque nas medicinas já se sabe que a taxa de mortalidade é mais elevada, apesar de que neste serviço a taxa de mortalidade é baixa. Mas nessa altura subiu um bocadinho...

Tive sempre a preocupação, tanto eu como a chefe de serviço, os médicos, de tentar sempre que os familiares tivessem mais próximos dos doentes, que viessem visitar os doentes.

R: Numa fase já mais crítica ou mesmo no decorrer do internamento?

E2: Mesmo no decorrer do internamento, por exemplo se o doente estava a piorar nós avaliávamos, e decidíamos ligar aos familiares a pedirem que viessem. Eu equipava-me com o familiar, acompanhava-o até ao doente.

Tivemos sempre a preocupação de os doentes terem visitas neste tipo de circunstâncias. Houve até alguns que tiveram a visita dos familiares, e não morreram, mas como já estavam há muitos dias sem verem ninguém, achávamos que era importante terem a visita de alguém, e resultava, os doentes ficavam mais calmos e parecia que melhoravam substancialmente.

R: E essas pessoas não tinha outras formas de conseguir contactar com os familiares?

E2: Era por telemóvel, mas muitas vezes para fazerem videochamada a rede do hospital não dava, tinha que ser através dos nossos telemóveis, e isso foi complicado.

Relativamente à informação clínica médica e de enfermagem, os familiares tinham-na, os médicos ligavam, os enfermeiros ligavam. Mas como eu dizia sempre é diferente ter a informação via telefone do que pessoalmente, os familiares não ficam tranquilos. Muitos não viam o seu familiar internado, ou viam poucas vezes, recebiam uma chamada a informar da morte do familiar, eles não têm 100% de certeza se é o seu familiar ou se é outro, não viam com os seus olhos. Despedirem-se do familiar presencialmente é uma forma de ultrapassarem o luto com mais facilidade. Foi sempre neste contexto que tentámos que houvesse esta articulação, familiar-doente.

R: Então isto que me fala, foi uma das estratégias que utilizou para gerir esta crise pandémica? Convocar os familiares para visitarem os doentes, mas que outra estratégia utilizou, quer para lidar com a equipa? Com os doentes? Presumo que tenha sido muito à base da comunicação, como já mencionou.

E2: Foi, foi muito à base da comunicação. Cada um expor os seus receios, os seus medos, o falarmos. Tudo muito à base da comunicação e da interajuda.

R: Poderia só mencionar de uma forma mais explícita quais foram as estratégias que a senhora enfermeira utilizou para lidar com tudo isto?

E2: Aqui, era ser forte!

R: Ser inteligente emocionalmente?

E2: Sim sim, e depois em casa era totalmente diferente. Em casa ligava todos os dias para as minhas irmãs e falava com elas...

R: Para si tudo isto também teve uma carga emocional muito forte? No serviço acaba por ser um pilar para a sua equipa, mas em casa sentia-se “mais em baixo”.

E2: Era... falava com as minhas irmãs e questionava as minhas próprias decisões. Tentava ter um conselho, mais uma opinião de outras pessoas. Perguntava “achas que fiz bem assim?”. Eu tinha muitas dúvidas, achamos que estamos a fazer o melhor, mas por vezes nem sempre o é assim. Mas pronto, tive sempre o apoio da minha família.

R: E acha que esse apoio foi fundamental? Considera que foi uma estratégia para conseguir suportar tudo?

E2: Sim, porque eu falar certo tipo de coisas, já só o faço mesmo com a família. Portante para mim falar com a minha família foi muito importante nesse período, elas me ligarem todos os dias, falar com elas todos os dias, foi muito importante.

R: Numa fase mais final, indo ao encontro do que temos falado, pensando em si durante os dias de trabalho em pleno período pandémico, que sentimentos é que experienciou?

E2: Era um misto... umas vezes uma angústia...

R: Angústia por não conseguir ajudar?

E2: Sim, sim... Outras vezes, sentia-me impotente, porque queria ajudar, mas sentia que fazia pouca diferença. Apesar de uma pessoa saber que deu o seu melhor,

chegava ao final do dia e fazia um balanço e questionava-se se poderia ter feito mulher...

Mas costumo dizer, com calma tudo se faz... Mas na altura da pandemia, muitas vezes nem tinha tido de pensar. Era “vamos socorrer, é uma pessoa, temos que salvar”. Tive uma situação que entrei num quarto e nem me equipei, só tive tempo de informar a médica do doente não estava bem e que o tínhamos que o ajudar. A médica disse para eu sair logo lá de dentro, e eu disse-lhe para não se preocupar que não iria apanhar nada. Entretanto o doente até acabou por ser ventilado, veio logo a anestesia.

R: Sentiu nesse caso, um sentimento de recompensa? Nestes pequenos casos, apesar de ser um período difícil, estas pequenas coisas eram recompensadoras?

E2: Cada passo que uma pessoa dá para salvar a vida a alguém, é uma satisfação, uma emoção diferente, um sentimento de missão cumprida.

R: Finalizando, quais foram as principais lições e aprendizagens que tirou deste período, no que diz respeito à gestão de enfermagem?

E2: Que precisamos de comunicar muito, cada vez mais... comunicar... esclarecermos dúvidas. Todos os dias, todos aprendemos.

R: Refere-se à comunicação dentro do próprio serviço ou refere-se também à comunicação com os cargos superiores.

E2: Eu acho que é super importante comunicarmos todos, desde da diretora até ao enfermeiro cá em baixo. É importante a comunicação, é importante definir estratégias, uniformizar tudo... acho que isso é muito importante.

R: Acha que houve uniformização das estratégias em relação aos outros serviços?

E2: Eu acho que todos trabalhos mais ou menos de forma semelhante. Mas claro é a minha opinião. Quando me deslocava a outros serviços, do que observava era muito semelhante.

Perante uma doença ou o que seja desconhecido, temos que comunicar, se todos comunicarmos, se cada um fizer um bocadinho de pesquisa e depois discutirmos, vamos de melhor forma combater o medo e o receio, e conhecer um bocadinho mais.

R: Muito obrigada pela entrevista, não lhe roubo mais tempo. Obrigada!

Entrevista 3 (23/01/2023):

R: Relativamente à primeira questão poderia dizer-me como foi o início da pandemia quando soube e quando efetivamente começou aqui no serviço? O que é que isso significou para si?

E3: Então... o início foi no final de 2019, o nosso serviço só se transformou em serviço COVID no ano seguinte, em janeiro de 2021... enquanto o serviço não foi serviço COVID fomos passando pelos pingos da chuva, obviamente havia sempre as ansiedades de podermos ter algum doente positivo de um dia para o outro, ou às vezes até em horas, mas pronto nessa altura não era muito complicado gerir porque sabíamos que realmente haviam serviços que estavam a viver momentos um bocadinho mais complicados, porque os doentes destabilizavam muito rapidamente, mas como nós não vivíamos propriamente essa situação acabava por ser mais todo o processo exterior ao serviço, ao hospital, à nossa profissão, acabava por toda a gente estar um pouco preocupada mais a nível familiar e social, não tanto profissional.

Quando em Janeiro de 2021 nos tornámos um serviço COVID, aí foi um bocado... não foi complicado porque felizmente tenho uma equipa não é muito resistente à mudança e até participa bastante nos diferentes projetos e em tudo, aqui não foi bem um projeto, foi mais uma obrigação, mas reagimos bastante bem, porque mudámos o serviço da manhã para a tarde e foi um processo que foi muito rápido e ao mesmo tempo pouco pensado, porque foi mesmo uma coisa imposta num dia, depois com calma sim, fomos assimilando o que se estava a passar e obviamente surgiram todas as questões, as dúvidas, as ansiedades, mas no final de tudo considero que foi um processo muito positivo. As pessoas todas colaboraram muito, mesmo as pessoas com o stress do dia-a-dia, a ansiedade de levar alguma coisa para casa, e isso era notório em todos nós, mas conseguimos gerir as coisas muito bem e acho que correu muito bem.

R: Mas para si, enquanto enfermeira gestora, como foi o processo de gerir equipas? O serviço? Os cuidados? Dos recursos materiais?

E3: Essencialmente a ansiedade era... não era tanto em gerir os cuidados porque isso aí eu tenho muita confiança neles, eu acho que eles rapidamente se adaptaram, aliás todos nós, na altura também fui para os cuidados, todos nós nos adaptámos muito bem. Foi uma realidade muito diferente, os doentes quando descompensavam, descompensavam muito rápido e nós não estávamos habituados a isso obviamente, mas adaptámo-nos muito bem. Eu acho que a nível da gestão de cuidados não foi isso que me causou mais stresse ou mais ansiedade, aquilo que eu senti que foi mais, não posso dizer que foi mais complicado, mas que me causou a mim alguma ansiedade adicional era mesmo não saber... era o desconhecido... era não saber como é que as pessoas ao fim ao cabo também iam reagir, como é que iam entre nós conseguirmos coordenar de forma a que todos conseguíssemos ter momentos de descanso, momentos de alguma partilha que nos ajudasse a aliviar o stresse, porque parecendo que não era uma situação complicada e desconhecida e causava algum stress. Todos nós íamos para lá com o intuito de ajudar o outro, não pensando em nós, obviamente que pensávamos em nós, mas tínhamos que deixar um bocadinho essa parte da ansiedade “do que é que nos pode acontecer a nós”, tínhamos que deixar um bocadinho de fora das portas quando entrávamos para o covidário... e isso foi a parte que... eu senti que me afetou mais, a nível da gestão, que eu não estou habituada a sentir, porque como digo tenho uma equipa que é muito unidade, muito coesa, que é muito versátil e adapta-se com muita facilidade a muita coisa.

Aqui estávamos todos a viver um processo muito recente, que ninguém sabia como é que ia progredir e isso foi... foi essa... foi quase como que uma gestão diária dessa ansiedade que é, eu queria muito sair do serviço, mas quando estava em casa também estava sempre a pensar como é que eles estariam aqui e tinha muita vontade de cá estar, por isso era aqui um misto de sensações... que isso é o que destaco na altura da pandemia.

A nível dos materiais e tudo mais, claro que sim...

R: O hospital sempre deu resposta nesse sentido?

E3: ...Houve alguns stresses, nem sempre tínhamos as coisas no imediato mas sim... se não conseguíamos as coisas de manhã, ao final do dia já havia, portanto... não

foi maravilhoso, mas também não foi complicado... acho que não. Não posso dizer que tive falta de equipamentos de proteção porque não, isso não tive.

R: E relativamente a cobrir os turnos, na altura da pandemia, tinha um número de pessoas suficiente para poderem fazer os turnos? Ou se teve que recorrer a pessoas do exterior, de outros serviços?

E3: Não, felizmente a equipa não é uma equipa de faltar... raramente alguém não está, ou quando não está tem realmente um motivo para não estar, alguma coisa que o impede de estar, por isso não são pessoas de faltar. Na altura recebemos elementos da pediatria porque os serviços fecharam e então foram redistribuídos, mas... e foram muito bem-vindos, agradeço imenso a ajuda que deram, mas a equipa estava completa, não precisava de ter mais esses elementos.

As equipas foram reforçadas, o número de elementos por turno foi reforçado, mas entre nós conseguimos gerir isso e toda a gente tinha direito ao seu descanso. Nessas alturas não houve horas extraordinárias.

R: ok... e durante o período pandémico, acha que o seu tipo de liderança se alterou? A forma como liderou nesse período acha que foi semelhante?

E3: Eu acho que sim, acho que não houve grandes diferenças, até porque ainda estou muito ligada à prática, não gosto de me distanciar, eu gosto muito de dar o meu contributo no dia-a-dia nos cuidados aos doentes. Isto foi só um continuar desse processo e não conseguia estar aqui só a gerir a parte do material ou que seja, e saber que eles estavam lá dentro com uma carga de trabalho mais elevada e eu aqui sentada. Não consegui, isso era impensável, juntávamos a eles e já faço isso agora, naquela altura ainda mais.

R: Passando ao tema seguinte, que já me foi referindo algumas das dificuldades que sentiu durante o período, será que me podia enumerar outras que tenham surgido? Com os doentes? A equipa de enfermagem? A equipa médica? Falou-me na ansiedade, nos receios...

E3: Sim, sim, esses foram os mais marcantes. A nível do relacionamento com equipa médica, nessa altura a equipa médica mudou toda, vieram outros médicos aqui para o serviço, os nossos saíram, porque alguns deles devido a uma idade mais avançada, saíram. Por isso, também foi ali um adaptar de atitudes, um adaptar de

experiências, e obviamente que nós acabamos por estar aqui a trabalhar diariamente com as mesmas pessoas e já sabemos o que esperar uns dos outros, e já sabemos qual é a forma de estar, a forma de agir.

Os médicos que chegaram eram completamente diferentes, eu nunca tinha trabalho com eles, foi também ali um aprender conjunto, eles connosco, nós com eles, e adaptámo-nos um bocadinho ali ao esquema um dos outros, mas não considero propriamente um problema, ou que me causasse...

R: foi mais um desafio...

E3: Foi um desafio sim... acho que sim.

R: E com o doente? As medicinas por si só já têm a taxa de mortalidade mais elevada, neste período, a morte acabou por ser mais marcada, como foi para si lidar com isso?

E3: Eu não diria que a morte tenha sido mais marcada, porque infelizmente aqui a nossa taxa de mortalidade também é bastante elevada, eu acho é que ocorria em situações inesperadas e isso sim causava ali alguma tensão, porque era estarmos a olhar para o doente e vermos nós claramente que o doente não estava bem e que ia descompensar rapidamente, estar a ver aquilo que os monitores também nos diziam e o doente não sentir isso, e isso era realmente aquilo que nos causava uma maior impressão que era, o doente dizíamos que estava bem e que não precisava de nós e nós percebíamos que isso não era real, e, muitas das vezes acontecia que 5 ou 10 min depois estávamos a correr com o doente para os intensivos, para o ventilar. Nem foi tanto a morte propriamente dita, era mesmo a descompensação que era muito rápida e era um desafio enorme... e aí as câmaras também nos ajudaram bastante porque nós não estávamos 24h lá dentro não é, as câmaras também nos ajudaram um bocadinho a olhar para os doentes com mais frequência... não foi tanto a morte que também aconteceu, obviamente que sim, mas era mesmo ali aquele desafio do temos que agir rápido de forma coordenada de forma pensada, mas ao mesmo tempo sem muito tempo para pensar e tudo isso foi um processo de adaptação muito desafiante e claro que nos deu muitas... não vou dizer experiências, mas deu-nos muito conhecimento, mudou-nos um bocadinho ali o foco do "temos ali esta medicação" não, temos isto mas temos que

olhar para aquele doente com outros olhos e perceber efetivamente o que é que se está a passar.

R: Acha que a afluência de doentes ou a rotatividade de doentes teve impacto na gestão do serviço?

E3: A entrada e saída de doentes foi bastante bem coordenada, claro que era tipo o sistema de “cama quente”, assim que saía um doente já estava outro para entrar, é verdade. Agora houve alguma rotatividade precisamente por isso.

O ter que sair com urgência com os doentes, aqui no serviço até nos coordenávamos bastante bem e com o serviço recetor também, mas depois havia todas aquelas, aqueles impedimentos de não podemos sair agora, temos que esperar que venha o segurança para nos transportar no elevador, e isso muitas vezes causava-nos ali stress porque nós queríamos ir o mais rápido possível porque o doente precisava mesmo e não podíamos porque o elevador tinha que ser limpo, tinha que ser desinfetado... uma série de passos a dar antes de sair com o doente, e isso, às vezes, causava-nos ali um stress adicional.

R: Relativamente às estratégias de gestão adotadas nesse período, que facilitadores encontrou para colmatar as necessidades da equipa, dos doentes?

E3: Epa... facilitadores... (risos) eu acho que ao nível da instituição não sei se houve tantos facilitadores, porque eu acho que estávamos todos a apagar fogos de forma individual e a instituição obviamente tentava apagar o fogo geral por isso, não sei até que ponto nos facilitou assim tanto a nossa vida.

Eu, da minha parte, a nível aqui do serviço acho que a única que merece ser destacada é a realmente a união e a coesão da equipa e a vontade de fazer melhor todos os dias e de se empenhar também a me ajudar para que as coisas funcionem, por isso, é o elemento que eu considero super facilitador. Mesmo a nossa atuação, a relação que temos entre nós... que obviamente eles percebem que eu ocupo uma posição hierárquica diferente, mas vêem-me muito como mais “um” e isso é muito bom para conseguirmos chegar a bom porto.

R: Acha que a informação disponibilizada na altura da pandemia que vos foi fornecida, acha que foi suficiente para lidarem com o problema de uma forma mais

segura? Informação vinda do exterior, diretrizes emanadas pela OMS, DGS e pela própria instituição...

E3: Foram muito importantes sem dúvida! Foi importante nós percebermos que havia outros países ou outros hospitais que estavam a vivenciar o mesmo que nós, e que todos os dias iam mudando e todos os dias se iam adaptando e que a pouco e pouco se ia conseguindo contornar o problema, ou que se ia conseguindo arranjar novas funções para minimizar o impacto tanto nos doentes, como na sociedade como nas nossas famílias. Essas informações obviamente foram importantes, claro que sim.

R: Para finalizarmos a entrevista, colocho-lhe umas últimas questões. Pense em si durante os dias de trabalho em pleno período pandémico, quais foram os sentimentos e emoções que experienciou?

E3: Opa... (Risos) foram dias um bocadinho, não vou dizer complicados, mas foram... neste período que assumi a gestão do serviço, foram uns tempos em que eu senti mais necessidade de estar próxima da equipa, de estar com eles, de vivermos isto todos juntos e de partilharmos o que sentíamos uns com os outros, porque todos, não só de enfermeiros mas também as auxiliares que bem ou a mal, acabam por ter menos formação que nós e alguns deles com poucas experiências no âmbito hospitalar, e caíram aqui numa situação mais complicada.

Não podendo dar garantia de que realmente íamos estar todos bem e que ia correr tudo muito bem, que ninguém ia ficar doente, eu não podia garantir isso a ninguém...

R: Um sentimento de impotência, é isso?

E3: Em algumas situações, um sentimento de impotência sim, mas ao mesmo tempo com muita vontade de estar aqui de partilhar com eles todos os dias, de dizer “eu estou aqui convosco e vou lá para dentro convosco, vamos fazer isto tudo em conjunto e vamos conseguir sair disto da melhor forma e vai correr bem para todos” ... e... acho que conseguimos.

No final, obviamente que todas as pessoas cresceram um bocadinho a nível emocional, porque isto nos pôs um bocadinho à prova e acho que conseguimos, e ficámos mais unidos e ficámos com mais vontade de fazermos, de não olharmos só

para os nossos umbigos e olharmos também à nossa volta e vermos quem é precisa nossa ajuda, qual é o colega que está um bocadinho mais em baixo, e acho que tivemos sempre todos muito atentos uns aos outros e nessa altura acabávamos todos por... porque não se podia conviver, não se podia ir a lado nenhum, era de casa para o trabalho, do trabalho para casa e pouco mais. Mas quando estávamos aqui estávamos muito juntos e partilhávamos o que íamos sentido, e também o que a nossa família sentia, e eu acho que isso era muito importante. Foi muito importante percebermos como era dinâmica de cada um e tentarmos ajudar-nos uns aos outros. Isso foi muito positivo, ficámos ainda mais unidos e com mais vontade de continuarmos esta caminhada juntos e de fazermos coisas engraçadas.

R: Quais foram as principais lições e aprendizagens do período pandémico? E quais são os aspetos-chave que considera cruciais, se eventualmente, ocorrer uma crise semelhante a esta?

E3: Pois... aspetos chave... eu acho que aqui fomos todos apanhados um bocadinho de surpresa numa fase inicial. Nós já não tanto, porque nós abrimos como serviço covid só no ano seguinte, portanto a instituição já tinha planeado os serviços que se iam tornando de uma forma sequencial em covid. Nós já sabíamos que dia menos dia, íamos ser nós, mas... eu sempre pensei que fosse uma coisa um bocadinho mais programada, que não fosse chegar aqui de manhã e o serviço estava normal e, à hora de almoço receber um telefonema a dizer “olhe vamos ter que mudar”, por isso, na eventualidade de voltar a ter uma situação semelhante, e eu percebo que também se calhar os timings forma assim, porque não havia outra maneira, mas ir preparando ou ir dizendo por exemplo “a previsão é de, de acordo com os números que temos, se calhar amanhã ou depois isto vai ter que mudar”. Porque andávamos nisto “ah, vamos ter que mudar amanhã”, e andávamos aqui sempre sem saber muito bem quando é que era e como é que não era, e, de repente, olha é agora. Por isso, considero que se calhar, coordenar isso um bocadinho melhor talvez fosse mais fácil para as pessoas...

R: Haver uma maior preparação?

E3: sim, sim.

R: Obrigada enfermeira!

Entrevista 4 (26/01/2023):

R: Relativamente à primeira questão poderia dizer-me como foi o início da pandemia quando soube e quando efetivamente começou aqui no serviço? O que é que isso significou para si?

E4: Pronto... Portanto desde que começámos a ouvir através da comunicação social aquilo que se estava a avizinhar e que inclusivamente já havia casos positivos no Porto rapidamente comecei a instruir a equipa no sentido de pesquisar alguma coisa mais, pesquisarmos todos os documentos disponíveis, que na altura ainda eram escassos sobre a COVID-19, essencialmente sobre as vias de transmissão. Comecei logo a acautelar material, pedir material ao armazém, na altura ainda não haviam disponíveis máscaras p2, só tínhamos as p1, tínhamos máscaras cirúrgicas e as p1 que não eram suficientes para filtrarem este vírus, e, portanto... rapidamente também criaram essa possibilidade, esse código para termos acesso, e eu tentei desde logo acautelar, a termos todo o material disponível no serviço para fazer face a alguma surpresa. E assim aconteceu, poucos dias depois. Quando viemos a perceber os primeiros doentes surgiram precisamente na medicina 1, os primeiros casos de COVID surgiram aqui por cima no piso 6 na medicina 1D, e, portanto, os médicos de urgência interna são os nossos que fazem urgência e correm os 5 setores da medicina 1, vão à 1A, 1B, 1C, 1D e 1F, portanto os médicos são comuns, e, portanto, começámos a pôr a hipótese de inclusivamente alguns médicos nossos já terem ido ver doentes ao piso 6, e, portanto, eles próprios já poderem estar infetados desconhecendo a situação.

Portanto, começamos logo a acautelar todos esses circuitos, todo o material... e felizmente na altura testámos os nossos doentes, testámos profissionais e tínhamos à data tudo negativo, mas foi uma questão de horas e dias até ficarmos logo com doentes positivos internados.

Portanto já tínhamos circuitos definidos, já tínhamos material definido, já tínhamos material em quantidade, enfim... para fazer face pelo menos às primeiras necessidades e, assim que surgiram os primeiros casos começámos logo a conseguir dar resposta.

Rapidamente também ao fim creio que de uma semana e meia fomos logo notificados que erámos o próximo serviço a ativar. Na primeira fase também os primeiros doentes internados ficaram alocados na medicina 2B no piso 3 e, na altura, havia falta de enfermeiros e perguntei à equipa se havia alguém que se quisesse voluntariar, porque havia muita falta de gente, e, portanto, houve 4 enfermeiras nossas que se voluntariaram para ir prestar serviço lá em baixo na medicina do piso 3. Portanto elas também dessa experiência lá em baixo no piso 3 com os primeiros casos COVID trouxeram algum *"know-how"* para o serviço e, portanto, foi também uma ajuda esse conhecimento que elas trouxeram lá de baixo. Quando chegou a nossa vez de sermos ativados enquanto serviço de COVID, elas próprias me ajudaram a mim a definir circuitos, a arrumar as salas, a arrumar as zonas limpas das zonas amarelas, das zonas vermelhas e assim foi mais fácil.

R: Certo. Passando à questão seguinte, poderia descrever-me quais foram as suas experiências enquanto enfermeira gestora durante o período pandémico?

E4: As minhas experiências foram de grande preocupação essencialmente... enfim... preocupação surge-me como o primeiro grande... é o termo que me ocorre para descrever toda a situação. A seguir da preocupação, veio a angústia porquê? Porque toda a minha atenção tinha que ser dissipada em três grandes frentes, não é? Que era a gestão de recursos materiais, gestão de recursos humanos e a própria prestação dos cuidados. Portanto, tive que me dividir em *"muitos braços"* para conseguir fazer face a tudo isso. Acresce ainda que nesta fase era desejo da, enfim... da hierarquia que nós conseguíssemos manter a equipa a trabalhar em *"espelho"*, ou seja, termos um grupo ou metade da equipa a trabalhar enquanto tínhamos metade a descansar para os proteger, se alguém adoecer podemos ir buscar recursos a esses que estão em casa a descansar, e isso era o desejo da nossa hierarquia, a questão é que chegámos à conclusão que não era possível fazer um horário assim, eu ter metade... nós somos uma equipa constituída por 20 elementos... ter 10 elementos a trabalhar a assegurar turno atrás de turno para ter 10 pessoas fora a descansar, não era possível, não conseguíamos manter a equipa, não conseguíamos fazer horário. Chegámos à conclusão que isso era impossível, e, portanto, tivemos que por toda a gente a trabalhar. Consegui ir dando uns

descansos, umas folgas, também para as pessoas descansarem e se protegerem, mas não conseguia de todo ter metade da equipa em casa.

Portanto, toda a gente foi convidada a trabalhar e a disponibilizar-se o mais possível, fizemos imensas horas, imensos turnos extra, acumulámos imensas horas, chegámos a ter caixotes e caixotes de material porque aquilo era um “corrupio” de doentes a entrar e a sair, era um gasto de material desmesurado, portanto, chegámos a ter caixotes de batas, caixotes de máscaras, de toucas, de óculos, de botas, daqueles “sapatinhos” de blocos e nada chegava para fazer face às necessidades.

A entrada de doentes era um corrupio medonho, a entrarem e a saírem, rapidamente descompensavam, precisavam de um, dois três quatro litros de oxigénio e rapidamente tinham que ser ventilados porque a descompensação desses doentes acontecia numa questão de minutos, rapidamente tinham que ser ventilados, rapidamente tinham que ser levados para as unidades de cuidados intensivos e o contrário também acontecia. Rapidamente também, ao fim de x dias de ventilação eram extubados e já tinham critérios para poder vir para a enfermaria, portanto passávamos a vida neste ciclo, levar doentes, trazer doentes, e este era o nosso ciclo diário.

Entretanto passamos por uma situação terrível que foi quando no Norte perderam a capacidade de instalar doentes e de receber doentes e, portanto, nós recebemos numa noite uma avalanche de 8 doentes vindo de um outro hospital. Nessa noite tivemos que admitir 8 doentes COVID, foi trágico... tive que rapidamente acautelar recursos para fazer face a essa entrada repentina e brusca de doentes COVID, com todas as implicações que isso acarretava, e, portanto, passámos aqui momentos muito duros, muito duros.

R: Considera então que durante esse período o seu estilo de liderança se alterou? Acha que teve adotar outra postura?

E4: Não necessariamente, acho que a minha postura foi relativamente... dentro do que... estável... dentro daquilo que é o meu perfil. Reagir com preocupação, mas também com sentido de oportunidade, com ponderação, com assertividade, tentar que o pânico não se instalasse em mim propriamente nem na restante equipa,

tentar apostar fortemente na formação, foi sempre o meu grande foco, foi sempre formar, formar, formar, porque as pessoas quanto mais formadas estivessem mais à vontade estavam para lidar com as situações. Tivemos que rapidamente que... enfim... insistir na formação em alto fluxo, na formação na ventilação, dos novos ventiladores V60, instruir a equipa que são pneumonias que evoluem a uma velocidade drástica, e, portanto, quando os doentes estão a necessitar de aumentar o débito de O2, tínhamos que reforçar seriamente a vigilância porque eram doentes que em instantes estavam com necessidades de serem ventilados.

Tínhamos a enfermaria com câmaras de vigilância porque eram doentes que... nós não conseguíamos estar o tempo inteiro, embora tivéssemos grande parte do tempo lá dentro tínhamos que também fazer as nossas refeições, os nossos momentos de pausas, mas tínhamos a ajuda das câmaras de vigilância e tínhamos os doentes sempre controlados.

Posso...enfim...não foi colocado como questão, mas acho que tivemos uma grande taxa de sucesso, tivemos alguma mortalidade sim, é óbvio que tivemos, na altura ainda não estava disponível a vacinação e tivemos alguns óbitos, mas tivemos uma taxa de sucesso muito, muito elevada.

Convivemos com gente internada com patologia muito grave muito jovem, na década dos 40 anos, com doença severa inclusivamente 40, 50, faixa etária dos 50 anos com doença muito severa. Mas, enfim... tivemos uma taxa de sucesso muito alta.

R: Ok... então considera que a sua experiência durante o período pandémico foi positiva?

E4: Sim, acho que todos ultrapassamos com sentido de missão, de entrega, toda a gente se disponibilizou, também na altura, penso que ajudou para esse facto, o facto de a vida no país estar fechada, tudo em suspenso não é, as pessoas não tinham forma de sair, de se divertir, não tinha enfim... uma esplanada para ir, um café para estar, um convívio com os amigos, portanto, tudo isso estava em suspenso, como tal, isso também fez com que eu tivesse como que a equipa quando não estavam doentes ou não tinham elementos da família doentes eu tinha a equipa com disponibilidade quase total, e, portanto, isso fez com que fosse possível que a

equipa tivesse sempre reforçada, em situação de crise eu tinha sempre a equipa reforçada porque eles próprios se disponibilizavam para fazer turnos extraordinários.

R: Neste sentido, quais foram as principais dificuldades durante o período pandémico?

E4: As principais dificuldades foram, a equipa não esticar não é, porque nos mantivemos o mesmo número, se bem que ainda recebemos ajuda de colegas quer enfermeiros quer assistentes operacionais do Hospital Pulido Valente que na altura pertenciam a serviços cirúrgicos, dos blocos operatórios nomeadamente e por estarem com atividade suspensa ainda vieram cá colaborar connosco alguma coisa, mas isso foi logo no início, depois também rapidamente tiveram e retomar aos seus serviços, mas... o que é que eu ia dizer... a equipa sendo sempre num número estanque não é, éramos 20 elementos e esses 20 elementos tinham que chegar para tudo o que surgisse e, portanto, uma vez que eu não consegui esticar mais do que os 20 elementos houve momentos de grande dificuldade com o serviço completamente cheio, com uma rotatividade imensa, com doentes muito instáveis que rapidamente tinham que ser ventilados e avançar para unidades de cuidados intensivos, e portanto, andávamos diariamente nesta azáfama.

Eu por minha vez queria também colaborar e controlar a prestação de cuidados e a situação em que os doentes se encontravam, mas por outro lado não podia fugir ao controlo rigoroso do material, porque sem material as pessoas não podiam prestar cuidados não é, essa era uma necessidade extrema, portanto, senti-me ali com muita pressão, porque eu queria controlar tudo, depois tinha gente que adoecia, depois na altura tínhamos pessoal com familiares doentes eles próprios tinham que ficar em isolamento profilático, uns porque tinham filhos doentes, outros porque tinham os maridos, os pais, quem fosse, e, portanto, essas pessoas... na altura ainda havia a indicação para irem para isolamento profilático, portanto, se eu tinha uma colega que o filho na escola adoecia, ela própria tinha que ficar em casa em isolamento. Portanto, passei ali momentos muito difíceis no sentido em que tinha que controlar rigorosamente e estritamente o material, queria por outro lado estar dentro das enfermarias a tentar gerir os cuidados o mais que eu soubesse e pudesse,

e por outro lado tinha este constrangimento do pessoal que por ter elementos da família doentes, eles próprios tinham que ficar isolados profilaticamente, portanto assim o maior drama que eu vivi foi este.

R: Foi a escassez de recursos então?

E4: A escassez e a necessidade de grande controlar e de não me sobraem mãos para mais.

R: De seguida, quais foram os facilitadores que a Sr^a enfermeira encontrou para lidar com o período vivenciado? Facilitadores, estratégias?

E4: Considero que foi facilitador o facto da vida no país estar em suspenso fez com que eu tivesse maior disponibilidade da minha equipa, portanto como eles não tinham tempo, capacidade de usufruir do seu tempo de lazer porque enfim... como digo a vida estaca em suspenso, ofereciam-se naturalmente e espontaneamente diziam “olha não tenho nada mais para fazer fora daqui, estou disponível para trabalhar”, e, portanto, sentiram medo e receio de prestar cuidados aos doentes covid nos primeiros 2/3 dias, a partir daí o medo foi completamente ultrapassado e as pessoas estavam eram disponíveis para trabalhar, para fazer melhor, para dar resposta porque sentiam que era a nossa missão não é... tendo em conta a situação pandémica que estávamos a ultrapassar no país e no mundo, as pessoas percebiam que o contributo tinha que ser nosso, e como o contributo tinha que ser nosso, queriam era estar e fazer e ajudar a resolver, ajudar a responder, ajudar a tratar, ajudar a reduzir a mortalidade foi a grande missão das pessoas e, portanto, eles agarraram-se a isso como “é a nossa função, é a nossa profissão, é o nosso foco e é isso que estamos aqui para fazer”, e, portanto, creio que deram tudo o que tinham e o que não tinham.

Ficaram sem férias, todos nós ficámos sem férias, gozámos uma semana cada um de nós no ano de 2020 ou 2021, já estou perdida... mas cada um de nós gozou 5 dias úteis de férias porque entendemos todos que não havia possibilidade para mais porque queríamos era ter os turnos reforçados com gente para que nada faltasse, e, portanto, esse foi o grande elemento facilitador, foi a minha equipa nunca me deixar.

R: Agora pense em si durante os dias de trabalho em pleno período pandémico, quais foram os sentimentos e emoções que experienciou?

E4: Foi de grande preocupação, senti que largas semanas a fio carreguei sempre o serviço comigo, fora daqui, aqui, onde quer que estivesse carregava sempre o serviço comigo, sempre... chegava a casa e pensava “será que deixei 400 máscaras p2? Será que eu vou chegar a 2ªF com falta? Será que chegou? Será que acautelei devidamente o número de batas? Será que eu deixei toucas em quantidade suficiente? Será que...?”, e, portanto, ia sempre para casa com uma série de questões na minha cabeça, felizmente acho que correu sempre tudo bem e nunca houve assim nada em rotura, ou se houve não foi por minha causa, mas que ainda assim não houve porque os serviços também se ajudaram muito entre si, houve muita permuta quer de ventiladores quer de... todo o equipamento, todo o material de consumo, todos os consumíveis os serviços foram impecáveis uns com os outros e toda a gente... estava tudo a um toque do telefone e toda a gente se ajudou.

R: Quais foram as principais lições e aprendizagens que retira do período pandémico?

E4: Que não temos controlo nenhum, pelo que está à vista, basta que venha uma situação inesperada como esta veio que não controlamos nada e que tudo nos foge ao controlo de uma hora para a outra, esta foi a grande lição que tirámos.

De facto, somos muito vulneráveis todos e, portanto, nós tivemos, não desta equipa, mas de outras equipas do hospital, aliás nesta equipa também, não prestou serviços em covid já pela idade que tinha mas que rapidamente se infetou e rapidamente teve que ser internada, hoje estava bem, amanhã estava internada e assim permaneceu algumas semanas tal como outros elementos de outras equipas deste hospital, e, portanto, chegámos que somos seres muito frágeis, muito vulneráveis e que aquilo que damos como dado adquirido não o é, e que a nossa fragilidade é imensa, a do serviço de saúde também, do serviço nacional de saúde que também é muito grande e que... para isto... o que contou realmente foi a boa vontade dos profissionais.

R: Certo, finalizando a entrevista, pergunto-lhe quais são os aspetos-chave que considera para gerir uma situação futura semelhante?

E4: Experiência, é importantíssima, controlo, assertividade e proximidade com os meus.

R: Eram estas as questões que lhe tinha para colocar! Muito obrigada!

Entrevista 5 (31/01/2023):

R: Relativamente à primeira questão poderia dizer-me como foi o início da pandemia quando soube e quando efetivamente começou aqui no serviço? O que é que isso significou para si?

E5: Aqui ao serviço começou com uma enfermeira infetada que se contaminou com o avô que foi o primeiro doente que morreu com covid no HSM. A partir daí começaram a infetar-se outros e a partir daí tivemos vários enfermeiros em isolamento, acho que só 1 é que ficou realmente infetada pelo que me recordo.

R: O serviço tornou-se serviço covid em que altura?

E5: Não, este serviço não foi serviço covid. Este serviço foi sendo transformado em múltiplas valências consoante as necessidades de os outros serem covid. Começámos por ser nefrologia e transplantação, depois fomos gastro, fomos medicina, voltámos a ser cirurgia e transplante renal e passámos a ser medicina e acabámos em medicina que é o que mantemos neste momento. Doentes covid tivemos só o ano passado alguns que foram sendo infetados, tivemos que fechar algumas salas.

R: Durante o período pandémico não recebeu doentes covid?

E5: Não... quem saiu foi eu e enfermeiros. No início fomos abrir a unidade de cuidados intensivos no bloco de otorrino e levei os meus chefes de equipas, alguns deles especialistas em reabilitação, portanto achei de extrema importância me acompanharem nessa missão e fomos abrir essa unidade. Posteriormente, fui novamente eu abrir a unidade no piso 4, no internamento da Cx Vascular, outra unidade de cuidados intensivos de covid. Nessa altura só levei assistentes operacionais. Para a primeira unidade levei assistentes operacionais e enfermeiros, para a segunda só levei assistentes operacionais.

R: Já que lhe foi proposto abrir essas unidades acabou por atravessar todo este período pandémico como muitos outros enfermeiros gestores...

E5: hum, hum, sempre a dar apoio aqui. Eu aqui deixei a minha enfermeira coordenadora sempre a ajudar-me, ela só foi para a primeira unidade, na segunda já não foi, e, portanto, ficou ela a assumir a gestão comigo e saí eu.

R: muito bem! E durante o período da pandemia enquanto enfermeira gestora como foi para si lidar com o que estava a vivenciar? Com a gestão de equipas...

E5: Foi como deve imaginar momentos de preocupação porque era receber elementos vindos do hospital inteiro dos quais eu não conhecia, portanto era com minientrevistas que eu conseguia estabelecer competências, funções, atribuição de cargos, portanto foi sempre com um bocadinho de alguma ansiedade, porque não se conhece uma pessoa em minutos, era com minientrevistas e com observação do seu estado e da sua prática que eu conseguia tomar decisões como chefes de equipas e outros elos de ligação como a PPCIRA, no que ia avaliando ia atribuindo essas funções a quem estava.

R: Relativamente à gestão de cuidados, acha que a sua postura se alterou? A forma como liderou?

E5: Eu sou sempre um exemplo e tento sempre estar presente nos cuidados. Nas unidades covid não estavam tão... porque o entrar e o sair não era tão fácil e linear porque obrigava a equipamentos caros e que nós tínhamos medo de não ter equipamentos em número suficiente para dar resposta e, portanto, tentávamos ser muito criteriosos nas entradas, nas saídas para que rendêssemos e tivéssemos sempre todos equipamento de proteção, que nos garantissem a nossa proteção a nossa proteção e a proteção dos nossos e, portanto, tentava ir menos, mas tive sempre presente nas passagens de turno à entrada e saída e, sempre que eles me pediam, estive sempre presente.

R: Estava a falar-me na questão dos materiais...

E5: A questão dos materiais era outra preocupação de ter sempre equipamentos em número suficiente para que todos eles tivessem a proteção necessária para assegurar os cuidados, e quando digo eles, digo a equipa toda, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, senhoras da limpeza, técnico do Rx, tudo isto foi uma contabilidade que eu tive que fazer tipo “relâmpago” para que nunca lhes faltasse esse tipo de proteção e lhes garantisse a segurança quer do doente quer do profissional.

R: E acha que nesse sentido o hospital sempre conseguiu dar resposta?

E5: sim, sempre, nunca tive um não como resposta, sempre tive o apoio da logística nesse sentido.

R: Passando à questão seguinte, durante o período pandémico quais foram para si as maiores dificuldades que enfrentou?

E5: Eram estas tomadas de decisões rápidas que tinham que haver, portanto sempre com medo de não ter a melhor observação, de não ter.... ou de ser menos correta com alguém e, portanto, não lhes dar o devido de respeito, era mais por aí... essa preocupação.

Em termos de decisão do resto nunca me preocupou muito. Agora esta era a maior preocupação.

R: e o facto de também não conhecer os elementos da equipa?

E5: é sempre, é sempre... uma pessoa quando não conhece não sabe até quando o outro vai, até onde é que o outro pode ir, portanto a nossa preocupação é sempre tentar o mais justa possível, equitativa até em termos de tudo... Quando conhecemos as pessoas tomamos decisões com ponderação, quando conhecemos menos temos sempre este risco de não ser tão correta.

R: E nesta altura... a pandemia foi um imprevisto, ninguém sabia que isto iria acontecer, mas acha que se houvesse algum tipo de preparação do hospital, algum tipo de resposta mais rápido, tudo isto poderia ter sido diferente? Refiro-me a esta questão de ter aberto 2 unidades de cuidados intensivos, toda esta mudança...

E5: Não sei, não sei, se calhar teria havida mais alguma preparação dos profissionais porque em termos de... conhecimento de equipamento, reconhecimento de áreas... teria sido mais facilitador, agora isto foi um desconhecido para todos, mas acho que apesar de ter sido um desconhecido para todos, acho que tivemos toda uma excelente capacidade de adaptabilidade e que reagíamos muito bem, muito bem mesmo. Acho que todos... quem eu encontrei nas unidades foi efetivamente pessoas com vontade fazer, de melhorar, de prestar e de estar, e isso foi... era o estar do grupo, não era de um, era de todos.

R: ok, isso que me está a dizer vai ao encontro da questão seguinte, que é quais foram as estratégias a que recorreu durante o período pandémico?

E5: A estratégia foi sempre estarmos próximos e usarmos um máximo de empatia uns com os outros, sempre que tínhamos algo a dizer parávamos para falar, para melhorar, se alguém tinha alguma iniciativa partilhava e tentávamos fazer daquilo um momento construtivo, e todos tínhamos este estar. O que quer achássemos que fosse bom era logo partilhado e às vezes tomávamos decisões assim rápidas “se isto é bom assim, mudamos agora”, e fazíamos isto... isto era o espírito do grupo.

R: Exato... era isso que ia referir, apesar de não conhecer os elementos das equipas das unidades, considerou que se confrontou sempre com equipas coesas?

E5: Sim... mesmo quem nunca tinha trabalhado em cuidados intensivos, trazia o seu saber e conseguíamos ter este estar, cada um de uma maneira, conseguia sempre trazer algum conhecimento e isso era sempre aproveitado pelo grupo no momento.

R: ok, muito bem. No que diz respeito ao último tema da entrevista, pense em si durante os dias de trabalho em pleno período pandémico, quais foram os sentimentos e emoções que experienciou? Assim numa vertente mais pessoal...

E5: Numa vertente mais pessoal houve muitos momentos de ansiedade, houve muita preocupação de como é que as coisas iam decorrer, se iríamos ter êxito, era sempre uma grande preocupação se iríamos ter êxito...

O meu grande medo era se alguém se infetasse, dos meus colaboradores, felizmente nunca tive essa situação, eles sempre foram rigorosos e tiveram sempre sem se infetarem, o que me deu também uma extraordinária paz da primeira unidade para a segunda unidade porque já trazia este... se na primeira era a novidade, a segunda já não era novidade e, portanto, deu-me muita paz ao mesmo tempo saber que eles estavam todos a investir nesses cuidados e que transmitiam isso uns aos outros.

Depois era muito benéfico chegar ao fim do dia e ter êxitos, quando conseguíamos ex tubar alguém e transferir para as enfermarias, quando chegava alguém afundado e que já o deixávamos melhor, tudo... eram vivências muito... de muitas emoções, depois era ver e ajudar os enfermeiros os que estavam mais frágeis, ouvi-los, estar com eles, às vezes até saímos daqui e irmos rir até no parque de estacionamento

enquanto não íamos para o carro, era preciso também termos estes momentos de bem-estar uns com os outros e isto era a nossa prática.

R: Certo. Quais foram as principais lições e/ou aprendizagens que retira deste período?

E5: Eu para mim foi ver que quando nós queremos, nós conseguimos. Isto foi a prova que nós quando queremos nós conseguimos porque... isso de facto foi a maior lição que eu tirei porque às vezes no dia a dia andamos aqui a dar murros na ponta da faca, que não consigo, que não tenho tempo e naquela altura ninguém tinha esse espírito, toda a gente tinha tempo, toda a gente tinha vontade e todos estávamos na mesma sintonia que era conseguirmos, e isso, acho que foi a nossa maior vitória enquanto grupo foi isso mesmo, que fizemos por isso e conseguimos.

R: Relativamente à última pergunta, de acordo com a sua experiência durante a pandemia por covid-19, quais são os aspetos chave que considera relevantes para gerir uma situação futura semelhante?

E5: Eu acho que é termos a noção de que são gastos acrescidos em todos os aspetos, não só em termos de equipamentos e de manutenções... e termos vontade de quando vamos, vamos construir e irmos com vontade de fazer, porque aí conseguimos tudo. Se nós tivermos orientação, foco para o que quer que seja, eu acho que conseguimos, acho que profissionalmente então os enfermeiros têm uma preparação que se a aproveitarem bem conseguem dar resposta de uma maneira fabulosa como deram cada um no seu estar e no seu saber, conseguiu trazer algo de novo e conseguimos fazer um bom trabalho.

R: Ok enfermeira, certíssimo, eram estas as questões que lhe trazia. Obrigada!