

IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM PRESTADOS PELOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:
PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Joana Cristina Teixeira de Sousa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19
NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
PRESTADOS PELOS ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA:
PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS**

Dissertação académica orientada pelo Professor
Doutor José Miguel dos Santos Castro Padilha e
coorientada pela Professora Doutora Cristina Carvalho
Pinto

Joana Cristina Teixeira de Sousa

Porto, 2022

“E quando você pensar em desistir, lembre-se dos motivos que te fizeram aguentar até agora.”

AGRADECIMENTOS

Terminado este intenso e incrível percurso de aprendizagem, crescimento profissional e pessoal, resta-me agradecer às pessoas que me acompanharam e permitiram alcançar o sucesso numa das etapas mais importantes da minha vida profissional.

Um agradecimento especial,

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, que mais uma vez contribuiu para a evolução no meu percurso profissional.

Ao meu orientador, Professor Doutor Miguel Padilha, e coorientadora Professora Doutora Cristina Carvalho, pela disponibilidade, incentivo e pelo apoio que foram determinantes para a conclusão desta etapa.

A todos que dispuseram um pouco do seu precioso tempo para participar e divulgar este trabalho.

Ao meu pai, pelo exemplo do que é a Enfermagem, pelo incentivo, motivação, inspiração e permanente disponibilidade.

À minha mãe, que me guia em todos os passos, pelas palavras de incentivo e constante reforço positivo.

Ao Diogo, Beatriz e Gonçalo, pelo amor e compreensão, por todos os momentos que se viram privados da minha presença.

À Filipa, irmã e amiga, por acreditar em mim e me apoiar a qualquer hora.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ANA - American Nurses Association;

ARN - Ácido ribonucleico;

CIDRAP - Centro de Pesquisa e Política de Doenças Infeciosas;

CNS – Conselho Nacional de Saúde;

CDCP – Centers for Disease Control and Prevention;

COVID-19 - Coronavirus disease 2019;

DGS -Direção-Geral da Saúde;

ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation;

EEEER - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação;

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

EEEMC- Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI - Equipamentos de proteção individual;

EPSC – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;

ERS – Entidade Reguladora da Saúde;

ICN – International Council of Nurses;

INSA – Instituto de Saúde Doutor Ricardo Jorge;

JBH - Joanna Briggs Institute;

Max – Máximo;

MERS - Middle East respiratory syndrome;

MeSH - Medical Subject Headings;

Min – Mínimo;

N – Frequência absoluta;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

p. - página;

$R(t)$ - Número de reprodução efetivo em função do tempo;

R_0 - Número básico de reprodução;

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal;

SDRA - Síndrome do Dificuldade Respiratória Aguda;

SARS - Severe Acute Respiratory Syndrome;

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

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos;

US NLM – United States National Library of Medicine dos Estados Unidos;

USA - United States of America.

RESUMO

Durante o primeiro ano de pandemia por COVID-19 assistimos a duas curvas pandémicas, que provocaram um elevado número de doentes internados, com repercussões significativas nas unidades de doentes críticos, provocando uma pressão enorme sobre os recursos existentes no sistema de saúde português. Os EEMC são os profissionais de enfermagem com melhor posicionamento para intervir junto das pessoas com doença COVID-19 causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, nomeadamente nesta tipologia de unidades de saúde. Importa, por isso, conhecer o impacto da pandemia na qualidade de vida profissional e na prestação de cuidados de enfermagem.

Esta dissertação apresenta os resultados de dois estudos:

- Uma *scoping review*, dirigida à identificação do impacto da pandemia por COVID-19 nos cuidados de enfermagem; e um estudo, de carácter exploratório e descritivo, dirigido à avaliação da perceção dos enfermeiros EEMC sobre o impacto da pandemia nos cuidados de enfermagem prestados por estes enfermeiros. O total de artigos incluídos para análise de conteúdo na *scoping review* foi de 32 artigos, com base no período de pesquisa dos artigos (2020-2022). Procedemos à análise dos mapas baseados em rede de dados para a definição das dimensões temáticas associadas ao impacto da pandemia por COVID-19, que suportaram a análise de conteúdo das unidades de registo extraídos dos artigos seleccionados: 1) Impacto no enfermeiro (Subdimensão temática: Qualidade de Vida Profissional); 2) Impacto na prática de enfermagem (Subdimensões temáticas: modelo de prestação de cuidados, restrição de visitas; conflitos éticos, prática baseada em evidências); 3) Impacto nas organizações (Subdimensões temáticas: gestão dos serviços hospitalares, formação de enfermeiros). Estas subdimensões temáticas encontram-se operacionalizadas em Categorias e subcategorias.

- Um estudo dirigido aos enfermeiros EEMC sobre o impacto da pandemia nos cuidados de enfermagem prestados, sustentado na aplicação de um questionário online. A amostra é constituída por 65 enfermeiros (55 dos quais não tem qualquer área de especialização e 10 são EEMC: Pessoa em Situação Crítica. O questionário foi construído tendo por base as competências dos EEMC (nas diferentes áreas de especialização) definidas pela OE. A análise detalhada de cada um dos critérios associados a cada unidade de competência permite verificar a forma como cada um dos aspetos ligados ao desempenho das funções dos enfermeiros especialistas em EMC foi afetado. Globalmente, verificamos que os enfermeiros percecionaram um impacto negativo da pandemia para um conjunto de atividades que concretizam unidades de competência, apenas na primeira vaga da pandemia, já que os valores da média modificam para o segundo momento apresentando valores positivos. Os enfermeiros constaram falhas ao nível da liderança, planeamento, gestão, estratégia e tomada de decisão, que os levaram a percecionar um impacto negativo em várias áreas com interferência no seu desempenho.

Os resultados sobre o impacto da pandemia nos cuidados de enfermagem permitiram explorar os fatores que podem ter efeitos positivos ou negativos nos ambientes de prática profissional de enfermagem. As consequências imediatas e de longo alcance da pandemia por COVID-19 mostraram que precisamos de um investimento mais amplo que permita identificar os resultados obtidos com as estratégias implementadas. Só assim será possível ter acesso a informação que permita suportar uma resposta adequada, de qualidade e eficiente, às necessidades globais impostas pela pandemia.

Descritores: Pandemia; COVID-19; Cuidados de Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Cuidados Intensivos

ABSTRACT

During the first year of the COVID-19 pandemic, we witnessed two pandemic curves, which caused a high number of hospitalized patients, with significant repercussions on critically ill patients, putting enormous pressure on existing resources in the Portuguese Health System. The EEEMC are the nursing professionals with the best position to intervene with people with COVID-19 disease caused by the new coronavirus SARS-CoV-2, namely in this typology of health units. It is therefore important to know the impact of the pandemic on the quality of professional life and on the provision of nursing care.

This dissertation presents the results of two studies:

- A scoping review, aimed at identifying the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care; and an exploratory and descriptive study aimed at evaluating the perception of EEMC nurses about the impact of the pandemic on nursing care provided by these nurses. The total number of articles included for content analysis in the scoping review was 32 articles, based on the research period of the articles (2020-2022). We proceeded to the analysis of maps based on the data network to define the thematic dimensions associated with the impact of the COVID-19 pandemic, which supported the content analysis of the registration units extracted from the selected articles: 1) Impact on nurses (Thematic sub-dimension: Quality of Professional Life); 2) Impact on nursing practice (Thematic sub-dimensions: care delivery model, visit restriction; ethical conflicts, evidence-based practice); 3) Impact on organizations (Thematic sub-dimensions: management of hospital services, training of nurses). These thematic sub-dimensions are operationalized in Categories and subcategories.

- A study aimed at EEMC nurses on the impact of the pandemic on nursing care provided, supported by the application of an online questionnaire. The sample consists of 65 nurses (55 of whom do not have any branch of specialization and 10 are EEEMC: Person in Critical Situation. The questionnaire was built based on the competences of the EEEMC (in the different branches of specialization) defined by the OE. A detailed analysis of each of the criteria associated with each unit of competence allows us to verify how each of the aspects related to the performance of the functions of nurses specializing in CME was affected. Overall, we found that nurses perceived a negative impact of the pandemic for a set of activities that materialize units of competence, only in the first wave of the pandemic, since the average values change for the second moment, presenting positive values. Nurses perceived a negative impact in several areas with interference in their performance.

The results on the impact of the pandemic on nursing care made it possible to explore the factors that can have positive or negative effects on professional nursing practice environments. The immediate and far-reaching consequences of the COVID-19 pandemic have shown that we need a broader investment that allows us to identify the results obtained with the strategies implemented. Only in this way will it be possible to have access to information that supports an adequate, quality and efficient response to the global needs imposed by the pandemic.

Keywords: Pandemics; COVID-19; Pandemics; Nursing care; Specialist, Clinical Nurse; Intensive Care Units or Critical Care Setting

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	25
1. A pandemia por COVID-19.....	31
1.1. Doença causada pelo novo coronavírus: SARS-CoV-2	32
1.2. Dados epidemiológicos nacionais e internacionais.....	33
1.3. A pandemia por COVID-19: sobrecarga nas estruturas organizacionais do Sistema de Saúde Português.....	38
1.4. A pandemia por COVID-19: impacto nos profissionais de saúde.....	41
1.5. O impacto da pandemia por COVID-19 nos cuidados prestados: qualidade dos cuidados prestados - segurança do doente	43
1.6. O papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto da pandemia	44
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	49
2.1 Finalidade e objetivos do estudo	49
2.2 Desenho do estudo	50
2.2.1 ESTUDO A - revisão da literatura: <i>scoping review</i>	51
2.2.1.1. Contexto.....	52
2.2.1.2 Tipos de fontes de evidência	52
2.2.1.3. Metodologia	52
2.2.1.4. Estratégia de pesquisa	53
2.2.1.5 Seleção de estudos	54
2.2.1.6. Extração de dados.....	54
2.2.1.7. Análise de dados e apresentação.....	55
2.2.2 ESTUDO B - estudo de perfil quantitativo, exploratório, observacional e descritivo, de carácter transversal, dirigido a EEEMC	55
2.2.2.1 População e amostra.....	57
2.2.2.2 Instrumento de colheita de dados: questionário	57
2.2.2.3. Procedimento para a análise dos dados	60
2.2.2.4. Aspetos éticos na investigação	60
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	63
3.1. ESTUDO A - Impacto da pandemia por COVID-19 nos cuidados de enfermagem em contexto de UCI: <i>scoping review</i>	63
3.1.1. Caracterização dos estudos incluídos na <i>scoping review</i>	64
3.1.2. Mapas baseados em rede de dados	65
3.1.3. Análise de conteúdo: impacto da pandemia por COVID-19.....	69
3.1.3.1. Dimensão temática: Impacto da pandemia por COVID-19 no enfermeiro	69
3.1.3.1.1. Subdimensão temática: Qualidade de Vida Profissional.....	69

3.1.3.2.	Dimensão temática: impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem	83
3.1.3.2.1.	Subdimensão temática: Modelo de Prestação de Cuidados	84
3.1.3.2.2.	Subdimensão temática: Restrição de visitas	88
3.1.3.2.3.	Subdimensão temática: Conflitos éticos	91
3.1.3.2.4.	Subdimensão temática: Prática Baseada na Evidência	94
3.1.3.3.	Dimensão temática: Impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações	97
3.1.3.3.1.	Subdimensão temática: Gestão dos serviços hospitalares	97
3.1.3.3.2.	Subdimensão temática: Formação de Enfermeiros	101
3.2.	ESTUDO B: IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID 19 NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: percepção dos EEMC	107
3.2.1.	Caraterização da amostra	107
3.2.2.	Impacto do contexto de pandemia no desempenho de cada uma das atividades que concretizam cada uma das unidades de competência em diferentes momentos da pandemia COVID-19	113
3.2.2.1.	Perspetiva Enfermeiros Especialistas EMC: sem Área de Enfermagem específica	113
3.2.2.2.	Perspetiva Enfermeiros Especialistas EMC: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	128
4.	DISCUSSÃO	133
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
	ANEXOS	159

Anexo 1 - Instrumento para extração de dados com base no *checklist* orientado pelo JBI

Anexo 2 - Instrumento de colheita de dados: Questionário

Anexo 3 - Autorização da Comissão de ética

Anexo 4 - Autorização da OE – pedido de divulgação

Anexo 5 - Extração de dados dos artigos selecionados com base no *checklist* orientado pelo JBI

Anexo 6 - Resultados de análise descritiva de cada um dos “Critérios” associados a cada uma das unidades das competências específicas do enfermeiro EEMC, face a cada um dos momentos da pandemia (1ª e 2ª vaga)

Anexo 7 - Resultados de análise descritiva de cada uma das variáveis associadas ao impacto global em cada unidade de competência específicas do enfermeiro EEMC (1ª e 2ª vaga)

Anexo 8 - Resultados de análise descritiva de cada um dos “Critérios” associados a cada uma das unidades das competências específicas do enfermeiro EEMC: Pessoa em Situação Crítica, face a cada um dos momentos da pandemia (1ª e 2ª vaga)

Anexo 9 - Resultados de análise descritiva de cada uma das variáveis associadas ao impacto global em cada unidade de competência específicas do enfermeiro EEMC: Pessoa em Situação Crítica (1ª e 2ª vaga)

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização da amostra – sem área de Enfermagem Específica	109
TABELA 2: Frequências por departamentos/serviços – sem área de Enfermagem Específica.....	109
TABELA 3: Estratégia utilizadas para aceder a informação atualizada sobre COVID-19 – sem área de Enfermagem Específica	110
TABELA 4: Caracterização da amostra – área de EPSC	111
TABELA 5: Frequências por departamentos/serviços - área de EPSC.....	112
TABELA 6: Estratégia utilizadas para aceder a informação atualizada sobre COVID-19 - área de EPSC	113
TABELA 7: Impacte das necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos....	116
TABELA 8: Impacte na conceção de planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos	117
TABELA 9: Impacte na Implementação das intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados	118
TABELA 10: Impacte na Avaliação dos resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.....	119
TABELA 11: Impacte na Gestão dos processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos	120
TABELA 12: Impacte na Gestão dos processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos	121
TABELA 13: Impacte na Promoção de estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação	122
TABELA 14: Impacte na Maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.....	122

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Gráficos relativos à evolução de casos ativos, novos casos diários e evolução de doentes internados por COVID-19 (Fonte: RR 2 dez 2020: https://coronavirus.rr.sapo.pt/)	33
FIGURA 2: Curva epidémica dos casos de infeção por SARS-CoV-2 corrigida para o atraso da notificação, em Portugal (período de março 2020 a agosto 2021)	35
FIGURA 3: Baixar e retardar o pico da pandemia (fonte: Esther Kim & Carl T. Bergstrom, 2020)	36
FIGURA 4: Gráfico de dispersão dos valores de $R(t)$ e taxa de incidência acumulada para os países Europeus com mais de 2000 casos de COVID-19.	36
FIGURA 5: Emoções referidas pelos Enfermeiros durante a prestação de cuidados em contexto de pandemia (ANA, 2021).....	42
FIGURA 6 - Diagrama do processo de seleção dos estudos.....	63
FIGURA 7 - Visualização de rede de dados, apresentando as relações entre os termos dos diferentes clusters (por contagem total de ocorrências)	67
FIGURA 8 - Visualização da rede com base na densidade de ocorrências dos termos em cada cluster	68
FIGURA 9 - Diagrama de fluxo com as dimensões e subdimensões temáticas do impacto da pandemia por COVID-19	69
FIGURA 10 - Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Qualidade de Vida Profissional dos Enfermeiros” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nos enfermeiros.....	70
FIGURA 11 - Diagrama de fluxo com as dimensões e subdimensões temáticas na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem.....	84
FIGURA 12 - Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Modelo de prestação de cuidados” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem	85
FIGURA 13 - Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Restrição de visitas” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem.....	89
FIGURA 14 - Fatores relacionados com o conflito ético devido à pandemia de COVID-19 e princípios e valores éticos associados e direito à saúde (fonte: Falcó-Pegueroles et al., 2021; p. 184)	92

FIGURA 15 - Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Conflitos éticos” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem92

FIGURA 16 - Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Prática Baseada na Evidência” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem95

FIGURA 17 - Diagrama de fluxo com as dimensões e subdimensões temáticas na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações97

FIGURA 18 - Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Gestão dos Serviços Hospitalares” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações98

FIGURA 19 - Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Formação dos enfermeiros” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações102

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Termos e conceitos usados na <i>scoping review</i>	51
QUADRO 2 – Termos e conceitos centrais associados a este estudo	56
QUADRO 3 – Continentes/países dos estudos em análise	64
QUADRO 4 – Clusters de termos considerados similares	66

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Scores médios global das unidades de competência face a “Cuida da pessoa e família/cuidadores” (1º e 2ª vaga).....	125
GRÁFICO 2: Scores médios global das unidades de competência face a “Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores” (1º e 2ª vaga)	125
GRÁFICO 3: Scores médios global das unidades de competência face a “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos” (1º e 2ª vaga).....	126
GRÁFICO 4: Histogramas do impacto nas atividades da competência: Cuida da pessoa e família/cuidadores (1º e 2ª vaga)	127
GRÁFICO 5: Histogramas do impacto nas atividades da competência: Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores (1º e 2ª vaga).....	127
GRÁFICO 6: Histogramas do impacto nas atividades da competência: Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (1º e 2ª vaga)	127
GRÁFICO 7: Scores médios global das unidades de competências específicas do EEEMC: sem área de enfermagem específica (1º e 2ª vaga)	128
GRÁFICO 8: Scores médios global das unidades de competências específicas do EEEMC: área de EPSC (1º e 2ª vaga).....	132

INTRODUÇÃO

A doença COVID-19 causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 é uma doença respiratória aguda grave. A doença foi identificada pela primeira vez em dezembro de 2019, na República Popular da China, mais propriamente em Wuhan na província de Hubei. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto da doença COVID-19 como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional a 30 de janeiro de 2020, qualificando-a em março como uma pandemia internacional, dado a sua rápida propagação mundial e o número elevado de países em que a mesma já havia sido registada. Em Portugal assistimos, também nesse mês de março à identificação do primeiro caso positivo de doença COVID-19. Ao longo dos meses verificou-se, um aumento progressivo do número de casos positivos e, consequente, aumento do número de internamentos hospitalares, nomeadamente ao nível de unidades de cuidados intensivos. Paralelamente, o número de óbitos relacionados com a doença também aumentou de forma significativa.

Tem sido óbvio o aumento progressivo do número de casos positivos durante as diferentes curvas pandémicas de COVID-19, com um impacto forte no número de internamentos hospitalares, nomeadamente ao nível de unidades de cuidados intensivos. Os relatórios nacionais passaram a incorporar dados de situação sobre a curva epidémica e os parâmetros de transmissibilidade da infeção por SARS-CoV-2. Estes documentos apresentam as estimativas da curva epidémica da infeção por SARS-CoV-2 por data de início de sintomas e as estimativas dos parâmetros de transmissibilidade R_0 (número básico de reprodução) e $R(t)$ (número de reprodução efetivo em função do tempo). Estes dados permitiram-nos constatar durante o primeiro ano de pandemia em Portugal a existência de duas curvas pandémicas, vulgarmente denominadas de “vagas” ou “ondas pandémicas”. Verificamos a existência de uma pressão enorme sobre os recursos existentes no sistema de saúde português. A nível mundial assistia-se ao desenvolvimento de estratégias para controlar o efeito da pandemia sobre as instituições de saúde e sobre os próprios profissionais de saúde.

O alerta do colunista David von Drehle em artigo no Washington Post (2020)¹ salientava que uma doença não precisava de ser “a pior de todos os tempos para produzir o pior cenário de

¹ Von Drehle, David - Opinion | If Trump doesn't like the coronavirus news now, he'll hate what comes next - The Washington Post, March 10, 2020, available: https://www.washingtonpost.com/opinions/global-opinions/if-trump-doesnt-like-the-coronavirus-news-now-hell-hate-what-comes-next/2020/03/10/e478c314-62ea-11ea-acc4-80c22bbee96f_story.html

todos os tempos”, referindo que era suficiente impor sobrecargas adicionais aos recursos de saúde superiores à capacidade desses recursos, para assistirmos a um dos piores cenários de todos os tempos. Por isso, era necessário implementar medidas de controlo que reduzissem o contágio, no sentido de “achatar a curva” pandémica. A existência de um mesmo número de infetados, mas mais dispersos ao longo do tempo, podia representar uma melhor capacidade de resposta dos sistemas de saúde à pandemia.

Este contexto de pandemia tem interferido com muita relevância no contexto de prestação de cuidados de saúde em Portugal, marcando de forma significativa a qualidade de vida profissional e as atividades desenvolvidas por todos os profissionais de saúde, nomeadamente com impacto nos cuidados prestados pelos enfermeiros.

O Relatório de Informação e Monitorização da Entidade Reguladora da Saúde, “Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020” (ERS, 2020), procede à apreciação do seu impacto no sistema de saúde durante o período em análise, quer ao nível da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, quer no que diz respeito aos seus utilizadores. Salientava, relativamente à prestação de cuidados de saúde em segurança, a importância da monitorização, no âmbito da qual se podia “traçar um retrato do que é a realidade das condições e procedimentos instituídos nos prestadores ao nível do controlo de riscos de contágio por coronavírus, identificando lacunas e promovendo a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde” (ERS, 2020; p.35). Embora a ERS considerasse que o período em análise neste relatório não era ainda suficiente para que fosse possível antecipar o real impacto da pandemia, o contexto apontava para uma situação excecional de pressão sobre o sistema de saúde. Este contexto implicava uma resposta específica e imediata dos serviços de saúde: quer por força da própria doença (SARS-CoV-2), quer pela realidade da situação epidemiológica por COVID-19. Era necessária a adoção de medidas para prevenir a transmissão do vírus e combater a potencial calamidade pública resultante da doença.

As situações vivenciadas pelos profissionais de saúde implicaram mudanças determinantes na atuação que estes profissionais têm na instituição de saúde, na implementação de medidas e no funcionamento dos serviços, que têm vindo a ser essenciais para garantir as respostas em cuidados de saúde adequadas às necessidades das pessoas numa situação determinada por um contexto efetivamente excecional.

A avaliação do impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros permitirá descrever este contexto de emergência em saúde na perspetiva destes

enfermeiros. Pelo âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, restringimos este estudo ao contexto de pandemia vivenciado pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC). O Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) aprovado pelo Colégio de Especialidade e publicado em DR, salienta que

“os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (OE, 2018, p,5).

No mesmo Regulamento, a OE salienta que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deverá desenvolver *“uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização”* (OE, 2018, p,5).

Estas competências revelam que os EEEMC são os profissionais de enfermagem com melhor posicionamento para intervir junto das pessoas com doença COVID-19 causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, a vivenciar processos médicos complexos decorrentes desta doença aguda. Na realidade, os enfermeiros foram um dos grupos profissionais que maior esforço necessitou de realizar para responder às necessidades sentidas nas diferentes unidades de saúde, onde todos os recursos eram necessários. Foi necessária a mobilização de enfermeiros para outros contextos de trabalho, muitas vezes mais complexos e incertos, foi necessário que se adaptassem rapidamente às mudanças que o contexto de pandemia colocava.

Os estudos realizados até o momento avaliaram as consequências da emergência COVID-19 para os enfermeiros, principalmente na descrição do impacto na sua saúde mental. No entanto, até ao momento o conhecimento de como a emergência COVID-19 afetou a atividade assistencial do enfermeiro é bastante reduzido.

Um dos primeiros estudos realizados em Portugal sobre o *“Impacte da pandemia por COVID-19 nos enfermeiros de reabilitação portugueses”*, realizado por Padilha & Marques da Silva, (2020) salienta que os principais desafios com que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tiveram de enfrentar se situaram *“no domínio da organização e gestão dos cuidados devido à maior complexidade dos doentes, à maior carga burocrática, às mudanças no relacionamento com os colegas de trabalhos e à necessidade*

de balanço entre a vida profissional e pessoal”. Associado ao contexto de pandemia, assistiu-se a uma “diminuição da satisfação com a qualidade dos cuidados prestados”, a vivência de “desafios éticos e deontológicos”, realçando o recurso à formação contínua de forma a atualizar as competências e garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros constituem o maior grupo profissional na área da saúde. Por isso, torna-se fundamental identificar o impacto do contexto de pandemia por COVID-19 na prestação de cuidados de enfermagem. Como referimos anteriormente os EEEMC são os profissionais de enfermagem com melhor posicionamento para intervir junto das pessoas com doença SARS-Cov-2. A perspetiva destes enfermeiros sobre o impacto da pandemia nos cuidados de enfermagem permite explorar os fatores que podem ter efeitos positivos ou negativos nos ambientes de prática profissional de enfermagem. Só assim será possível ter acesso a informação que permita suportar uma resposta adequada, de qualidade e eficiente, às necessidades globais impostas pela pandemia.

O estudo de investigação que desenvolvemos procurou compreender a mudança ocorrida na prática clínica, nas mudanças organizacionais, nos dilemas ético-deontológicos e nas necessidades de capacitação face à pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, como indícios fundamentais, que orientem as políticas de saúde e reorganizem os processos assistenciais, gerenciais e de capacitação face às futuras emergências de saúde.

Esta dissertação encontra-se organizada em diferentes partes. No primeiro ponto do documento apresentamos uma abordagem genérica de contextualização da problemática associada ao estudo desenvolvido. Iniciamos com um enquadramento da pandemia causada pelo novo coronavírus: SAR-CoV-2, reportando alguns dados nacionais e internacionais que caracterizam as duas primeiras vagas da pandemia. Apresentamos algumas evidências sobre a sobrecarga verificada nas organizações do Sistema de Saúde Português, referenciando o impacto da pandemia nos profissionais de saúde e na qualidade dos cuidados prestados. Esta parte de enquadramento termina com uma referência ao papel dos Enfermeiros EEEMC no contexto da pandemia.

A segunda parte do documento apresenta a metodologia adotada e as opções metodológicas necessárias para responder à questão de partida, finalidade e objetivos do estudo. São apresentados os estudos desenvolvidos neste percurso de investigação. Um primeiro estudo, centrado numa *scoping review*, dirigida à identificação do impacto da pandemia por COVID-19 nos cuidados de enfermagem. O segundo estudo, de carácter exploratório e descritivo,

dirigido à avaliação da percepção dos enfermeiros EEMC sobre o impacto da pandemia nos cuidados de enfermagem prestados por estes enfermeiros.

A terceira parte procede à análise e apresentação dos resultados dos dois estudos realizados, seguindo (numa quarta parte) a discussão dos resultados que emergiram de ambos os estudos e que respondem à questão de partida e objetivos globais deste percurso de investigação. Terminamos a apresentação deste estudo com algumas considerações finais que procedem a uma síntese dos resultados do estudo, considerando os desafios e oportunidades geradas. São também, apresentadas as limitações que o investigador identificou e que serão pontos de referência a ter em consideração para futuros estudos.

1. A pandemia por COVID-19

Muitas vezes assistimos ao debate sobre o impacto gerado pelas diferentes pandemias na sociedade ao longo dos tempos. Na década de setenta, (Burnet & White, 1972) afirmavam que “a previsão mais provável para o futuro das doenças infecciosas é que elas serão muito monótonas”. Ainda que se pensasse que a declaração estaria justificada dado o desenvolvimento de vacinas e antibióticos, e que as epidemias interessavam apenas aos historiadores, não demorou até surgirem novos problemas de saúde pública. Do herpes e da doença dos legionários, na década de 1970, à SIDA (1981), H1N1 (2009), SARS (2002), MERS-CoV (2012), Ébola (2014), e agora à COVID-19, as doenças contagiosas continuam a ameaçar e preocupar o ser humano. Podemos perceber assim, que nas últimas décadas, as pandemias tornaram-se cada vez mais comuns e uma ameaça mais viável, tanto pela migração humana, que é cada vez mais frequente, como pelos patógenos emergentes (Kain & Fowler, 2019).

No final de 2019, foram relatados em Wuhan (China) um conjunto de casos de pneumonia de causa desconhecida. Em 7 de janeiro, um novo coronavírus foi identificado pelo Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças a partir da amostra de esfregaço da garganta de um doente e foi, posteriormente, nomeado SARS-CoV-2 pela OMS. Os coronavírus podem causar infeções do trato respiratório em humanos, como síndrome respiratória aguda grave (SARS) e síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) (Yin & Wunderink, 2018). Segundo Yand e colaboradores (2020) a maioria dos doentes apresenta sintomas leves e bom prognóstico, embora alguns doentes com SARS-CoV-2 desenvolveram pneumonia grave, edema pulmonar, SDRA ou falência múltipla de órgãos e morreram.

O SARS-CoV-2, normalmente, causa doenças respiratórias e gastrointestinais em humanos e animais. Pode ser transmitida por aerossóis e contato direto/indireto. A transmissão do vírus por vias respiratórias e extra-respiratórias explica a rápida disseminação da doença, levando a recomendações em todo mundo que pudessem fazer face a esta doença. Cucinotta & Vanelli (2020) salientam as recomendações do Centro de Pesquisa e Política de Doenças Infecciosas (CIDRAP) da Universidade de Minnesota (USA), que se concentra no tratamento da saúde pública e na resposta emergente a doenças infecciosas. Este Centro considerou de imediato que as pessoas com sintomas respiratórios leves deveriam ser incentivadas a se isolar, e que o distanciamento social deveria ser enfatizado mesmo em países sem casos relatados.

É importante realçar que os vírus pertencentes à família Coronaviridae são amplamente difundidos entre os seres humanos, apresentando grande variabilidade e mortalidade (Pal, Berhanu, Desalegn, & Kandi, 2020).

A OMS declarou o surto da doença COVID-19 como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional a 30 de janeiro de 2020, qualificando-a a 11 de março do mesmo ano, como uma pandemia internacional, dado a sua rápida propagação mundial e o número elevado de países em que a mesma já havia sido registada. Em Portugal, assistimos também nesse mês de março à identificação do primeiro caso positivo de doença COVID-19.

1.1. Doença causada pelo novo coronavírus: SARS-CoV-2

A pandemia da doença coronavírus (COVID-19) origina-se de um vírus capaz de causar síndrome respiratória aguda grave (SARS). A análise RNA viral identificou grande semelhança com o SARS-COV, por isso foi nomeado como Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2). Os relatórios iniciais sugeriam que o COVID-19 estava associada a uma doença grave que requeria cuidados intensivos em aproximadamente 5% das infeções comprovadas. Esta doença, à semelhança do ocorrido em grandes surtos anteriores de infeção respiratória aguda grave (SARS, MERS, Influenza aviária A - H7N9 e Influenza A - H1N1), implicava que os cuidados críticos passassem a ser um componente integral da resposta global a essa infeção emergente.

A doença é caracterizada por sinais e sintomas distintos que incluem fadiga, febre, tosse e dispneia, e em casos mais graves pode se apresentar como SARS, ou seja, como uma síndrome gripal associada à dispneia e desconforto ou pressão persistente no peito, ou saturação de oxigênio inferior a 95% em ar ambiente ou cianose labial ou do rosto.

A gestão da doença por COVID-19 grave não é diferente da utilizada na maioria das pneumonias virais que causam insuficiência respiratória (Murthy, Gomersall, & Fowler, 2020). A principal característica dos doentes com doença grave é o desenvolvimento de SDRA: uma síndrome caracterizada por início agudo de insuficiência respiratória hipoxémica com infiltrados bilaterais. Neste caso, deverão ser seguidas as orientações para o tratamento baseadas em evidências para SDRA, entre outras, estratégias conservadoras de fluidos, ventilação protetora pulmonar, posição prona e consideração de oxigenação por membrana extracorpórea para hipoxemia refratária (Yang et al., 2020; Chalmers et al., 2021).

1.2. Dados epidemiológicos nacionais e internacionais

Para a identificação de uma epidemia é necessário conhecer a frequência precedente da doença. Uma das maneiras mais simples e úteis é construir uma curva epidémica, que consiste na representação gráfica das frequências diárias, semanais ou mensais da doença num eixo de coordenadas, no qual o eixo horizontal representa o tempo e o eixo vertical as frequências. A curva epidémica tem usualmente distribuição assimétrica e apresenta os seguintes elementos:

- A curva ascendente, que representa a fase de crescimento da epidemia e cujo grau de inclinação indica a velocidade de propagação da epidemia, que está associada ao modo de transmissão do agente e ao tamanho da população suscetível;
- O ponto máximo ou pico, que pode ser alcançado naturalmente ou interrompido por uma intervenção precoce;
- A curva descendente, que representa a fase de esgotamento da epidemia e cujo grau de inclinação descendente indica a velocidade de esgotamento da população suscetível, seja naturalmente ou por efeito ou impacto das medidas de controle estabelecidas (Saúde, 2010).

Os dados disponibilizados pela **Dashboard da Rádio Renascença**² de pessoas infetadas e mortes confirmadas em Portugal, com mapas atualizados relativos à evolução de casos ativos, novos casos diários e evolução de doentes internados por COVID-19 (Figura 1) permitiam constatar que o espectável se verificava.

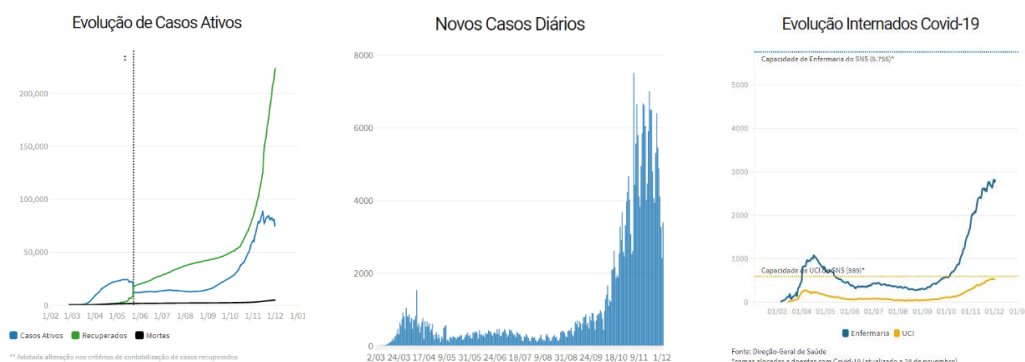


FIGURA 1: Gráficos relativos à evolução de casos ativos, novos casos diários e evolução de doentes internados por COVID-19 (Fonte: RR 2 dez 2020: <https://coronavirus.rr.sapo.pt/>)

² <https://coronavirus.rr.sapo.pt/>

A afirmação produzida pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) no seu relatório de “Informação e Monitorização” sobre o impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde (período de março a junho de 2020), que “a pandemia não está ainda controlada” passava a ser demonstrada com números da pandemia que eram continuamente atualizados (ERS, 2020).

O Instituto Ricardo Jorge³ passou a disponibilizar relatórios periódicos (evolução a nível nacional, estimativas para as regiões com mais casos reportados) sobre curva epidémica e parâmetros de transmissibilidade da COVID-19. Estes relatórios apresentavam estimativas da curva epidémica da infeção por SARS-CoV-2 por data de início de sintomas e as estimativas dos parâmetros de transmissibilidade R_0 (número básico de reprodução) e $R(t)$ (número de reprodução efetivo em função do tempo). O $R(t)$ é o número médio de casos secundários resultantes de um caso infetado, medido em função do tempo. Ao contrário do R_0 , que é um indicador da transmissibilidade da infeção que deve ser calculado apenas na fase inicial da epidemia, o $R(t)$ deve ser calculado ao longo da epidemia, podendo ser usado para medir a efetividade das medidas de contenção e mitigação. Desde o início da epidemia de COVID-19, a estimativa do $R(t)$ variou entre 0,8 e 2,12, sendo de 0,98 a 18 de março de 2021 (INSA, 2022)

O relatório de *nowcasting* do INSA é elaborado semanalmente (desde maio 2020) com base em dados recebidos da Direção-Geral da Saúde (DGS) com a data de início de sintomas e a data de confirmação laboratorial de casos de COVID-19 ou infeção por SARS-CoV-2, extraídos do SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica). Juntamente com este relatório, são também disponibilizados dados nacionais e regionais sobre o $R(t)$.

Estes relatórios têm permitido informar os decisores e técnicos do Ministério da Saúde diretamente envolvidos na gestão da epidemia e no planeamento das medidas de controlo.

A título de exemplo, na Figura 2 apresenta-se a curva epidémica dos casos de infeção por SARS-CoV-2 corrigida para o atraso da notificação, em Portugal, com dados relativos a 2020-2021 (período de fevereiro 2020 a agosto 2021): Verde escuro - casos observados com data de início de sintomas; verde claro - casos observados com data de início de sintomas imputada; cinzento - estimativa dos casos ocorridos, mas ainda não reportados).

³ <https://www.insa.min-saude.pt/>

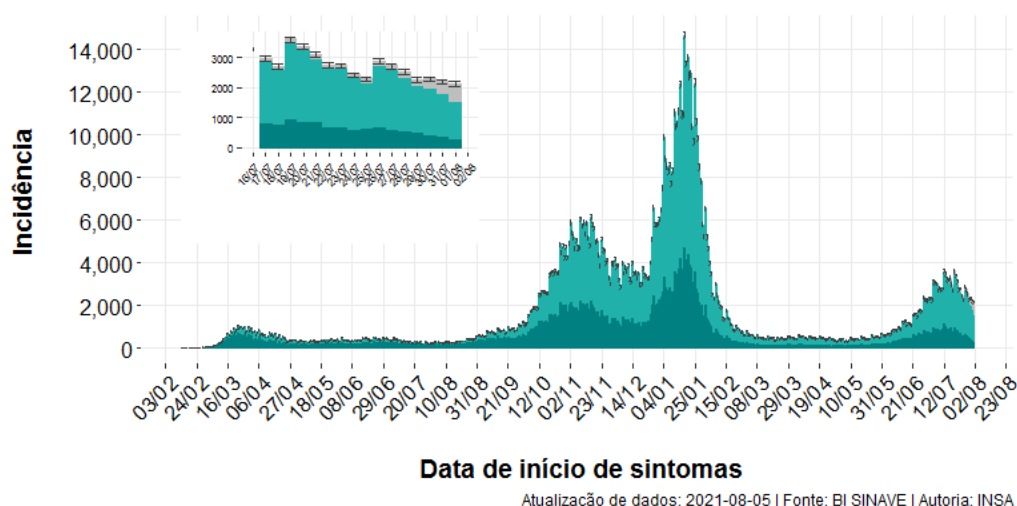


FIGURA 2: Curva epidémica dos casos de infeção por SARS-CoV-2 corrigida para o atraso da notificação, em Portugal (período de março 2020 a agosto 2021)

De seguida passamos a transcrever os dados indicados no “Relatório *nowcasting* do INSA” (INSA, 2022) para o período de março 2020 a agosto 2020, que ajuda a um melhor entendimento dos dados apresentados:

“Desde o início da epidemia de COVID-19, a estimativa do $R(t)$ variou entre 0,8 e 2,12, tendo-se observado uma tendência de decréscimo desde o dia 12-03-2020 (anúncio fecho das escolas), com quebras mais acentuadas em 16-03-2020 (fecho das escolas) e 18-03-2020 (anúncio do estado de emergência). Depois de 28 de abril o valor do $R(t)$ volta a aumentar ultrapassando o valor 1 a meio de maio. A partir de 11-07-2020 o valor do $R(t)$ volta a ficar abaixo de 1, situação que se manteve até 05-08-2020. Desde o início de agosto até meio de novembro o $R(t)$ esteve acima de 1 durante 107 dias, revelando uma fase de crescimento sustentada. Desde meio de novembro até 25 de dezembro o $R(t)$ manteve-se abaixo de 1, representando uma fase de decréscimo sustentada da incidência de infeção por SARS-CoV-2. Observou-se depois um aumento acentuado do $R(t)$ em poucos dias (6 dias), tendo passado de 0,97 (IC95% 0,96 a 0,98) a 25.12 para 1,21 (IC95% 1,19 a 1,24) a 30.12, ou seja, um aumento de 0,24. Este aumento do $R(t)$ indica o início de uma nova fase de crescimento da incidência de SARS-CoV-2 (...)” (INSA, 2022, p.2).

Os dados disponibilizados pelos relatórios *nowcasting* apresentados pelo INSA favoreceram uma melhor reflexão sobre a evolução da pandemia e foram fundamentais para a tomada de decisões sobre as medidas adequadas a implementar.

Para Esther Kim & Carl T. Bergstrom (2020)⁴, a existência de um mesmo número de infetados, mas mais dispersos ao longo do tempo, pode representar uma melhor capacidade de resposta do sistema de saúde à pandemia. Na realidade, a explicação lógica obtida através

⁴ Esther Kim & Carl T. Bergstrom (2020) - Slow The Spread: Proactive control measures can reduce the epidemic peak of SARS-CoV-2, <http://ctbergstrom.com/covid19.html>

do Figura 3, realça a necessidade de retardar a propagação de contágios e, assim, evitar que o sistema de saúde seja sobrecarregado, minimizando o impacto da pandemia.

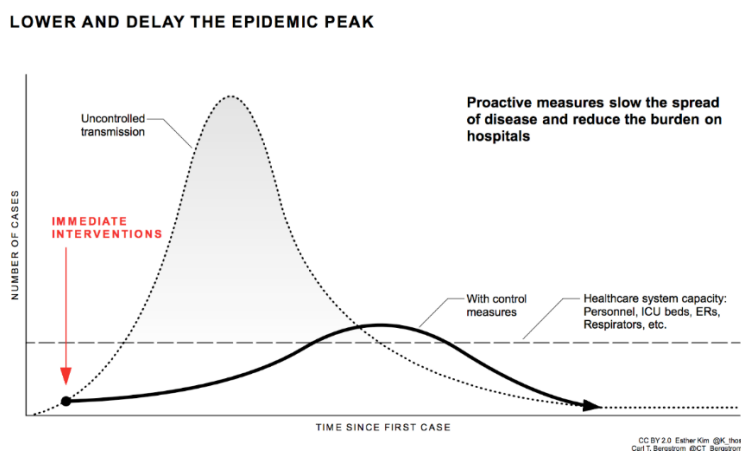


FIGURA 3: Baixar e retardar o pico da pandemia (fonte: Esther Kim & Carl T. Bergstrom, 2020⁵)

O Relatório *nowcasting* (INSA) também apresenta dados de análise comparativa entre diferentes países europeus, nomeadamente sobre a dispersão dos valores de $R(t)$ e taxa de incidência acumulada para os países Europeus com mais de 2000 casos COVID-19 (Figura 4).

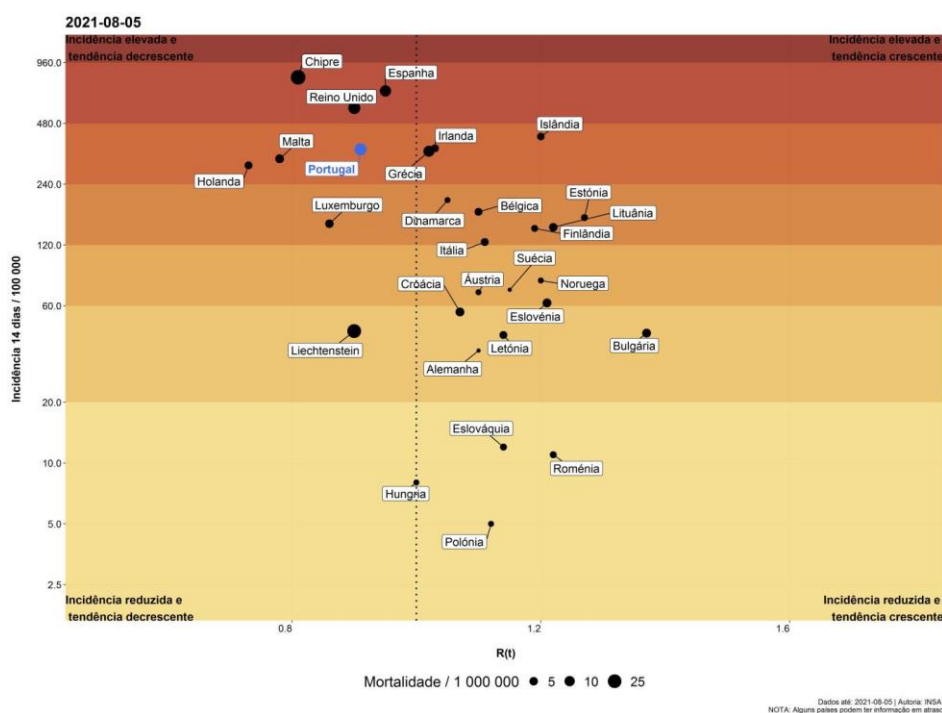


FIGURA 4: Gráfico de dispersão dos valores de $R(t)$ e taxa de incidência acumulada para os países Europeus com mais de 2000 casos de COVID-19.

⁵ Esther Kim & Carl T. Bergstrom (2020) - Slow The Spread: Proactive control measures can reduce the epidemic peak of SARS-CoV-2, <http://ctbergstrom.com/covid19.html>

Com base nos dados disponíveis no repositório COVID-19 Data Hub⁶, verificava-se em Portugal (em 8 maio 2021) uma taxa de notificação acumulada de 14 dias entre 240 a 479.9 casos por 100.000 habitantes com tendência decrescente. De acordo com o relatório *nowcasting* do INSA, Portugal era o único país que, nesta data, se encontrava nesta situação.

A evolução da pandemia demonstrou-nos que poderão existir várias curvas pandémicas, com momentos de pico, curvas descendentes ou achatamentos das curvas. A vivência desta pandemia permite-nos falar em diferentes momentos, diferentes “vagas ou ondas”. Não há uma definição clara de uma 'segunda onda' da pandemia de COVID-19 e também verificámos que muitos países foram lidando com ressurgimentos de diferentes formas. A Associação de Escolas de Saúde Pública da Região Europeia refere que uma “verdadeira segunda vaga” pode ser definida como um “ressurgimento” que deve conter dois pressupostos fundamentais e cumulativos: 1) aumento exponencial de casos num determinado período e zona territorial específica; 2) e que esse crescimento decorra do desaparecimento ou quase desaparecimento de casos da doença e possa ser influenciado por uma nova característica comportamental do agente infeccioso, ou por uma característica modificada de outra já conhecida (Middleton et al., 2020).

Face aos pressupostos apresentados, podemos afirmar que Portugal vivenciou uma “2ª vaga” da pandemia de doença COVID-19 que decorreu entre outubro de 2020 a março de 2021, após uma “1ª vaga” que decorreu entre março e setembro 2020.

A primeira vaga começou, em Portugal, no início de março de 2020. A curva epidémica traduziu-se numa pequena onda de pouco mais de um mês, com o pior dia a registar 1.516 casos a 10 de abril. Assistimos depois a um achatamento da curva e um planalto com poucos casos até ao início de outubro. A maioria das pessoas infetadas apresentava sintomas leves ou era assintomática (Cuadros et al., 2020), mas o diagnóstico da infeção por SARS-CoV-2, o tratamento de pessoas com sintomas moderados ou graves e o rastreamento de contactos exigiram um grande esforço dos serviços de saúde (Cuadros et al., 2020; Armocida, Formenti, Ussai, Palestra, & Missoni, 2020).

⁶ The COVID-19 Data Hub provides a daily summary of COVID-19 cases, deaths, recovered, tests, vaccinations, and hospitalizations for 230+ countries, 760+ regions, and 12000+ administrative divisions of lower level. It includes policy measures, mobility, and geospatial data. This post presents version 3.0.0 of the COVID19 package to seamlessly import the data in R. - <https://covid19datahub.io/>

Tendo em consideração surtos anteriores provocados por diferentes coronavírus, sabia-se à priori que estes podem ter impacto na prestação de cuidados de saúde e no funcionamento dos hospitais e restantes instituições de saúde (Lee, Khang, & Lim, 2019). Contudo, as unidades de saúde não estavam preparadas e viram-se obrigadas, a desenvolverem estratégias para gerir um número sem precedentes de doentes em unidades de cuidados intensivos e um número finito de recursos (Murthy et al., 2020; Legido-Quigley et al., 2020; Chopra, Toner, Waldhorn, & Washer, 2020).

A segunda vaga apresentou o pico da curva epidémica, no dia 4 de novembro 2020, com o registo de 7.497 casos. A 29 de dezembro, a média semanal de casos era de 3.049 e nos dias seguintes o cenário agravou-se. No dia 28 de janeiro de 2021, Portugal registou 16.432 novos casos, o valor mais alto da pandemia no país. Durante as últimas semanas de fevereiro, o número de novas infeções caiu a pique (facto também sustentado pela análise da figura 2 do relatório Nowcasting). Nesse momento, Portugal tinha uma média semanal de 13.200 casos e mais de 200 mortos por dia, com picos que ultrapassaram 300 mortos por dia.

Assim, ao longo de vários meses verificou-se, um aumento progressivo do número de casos positivos e, conseqüente, aumento do número de internamentos hospitalares, nomeadamente ao nível de unidades de cuidados intensivos. Paralelamente, o número de óbitos relacionados com a doença também foi aumentado de forma significativa. Os dados permitiam constatar que apesar da maioria dos doentes infetados serem assintomáticos, ou apresentarem clínica ligeira, existia uma elevada taxa de internamento em unidades de cuidados intensivos por pneumonias severas, sobretudo em grupos mais vulneráveis (Relatório de Situação DGS).

1.3. A pandemia por COVID-19: sobrecarga nas estruturas organizacionais do Sistema de Saúde Português

Como nos revelam relatórios elaborados durante o período pandémico, nomeadamente na primeira e segunda curva pandémica, o impacto da pandemia provocou uma sobrecarga elevada nas estruturas organizacionais do Sistema de Saúde Português.

A análise dos dados disponíveis relativos à atividade assistencial decorrida em 2020 coloca em evidência acentuadas quebras, quer ao nível dos cuidados hospitalares quer ao nível dos cuidados primários. Esta atividade passou a ser inferior à registada no período homólogo de 2019. Esta realidade acentuou-se com a última vaga, em 2021, que se mostrou muito mais

pressionante nos cuidados hospitalares, sendo de destacar a redução da atividade cirúrgica programada e da atividade dos serviços de urgência hospitalares.

O contexto de pandemia por COVID-19 levou à adoção de medidas de contenção e mitigação do progresso exponencial da doença. Portugal adotou, à semelhança de outros países, medidas de restrição dos movimentos dos cidadãos e de preparação do sistema de saúde para fazer face à emergência de saúde pública provocada pela pandemia.

As medidas de contingência implementadas no setor da saúde incluíram o adiamento da atividade programada (não urgente) desenvolvida no Serviço Nacional de Saúde (no seguimento de Despacho da Ministra da Saúde, de 15 de março de 2020) e de medidas de reafecção de recursos físicos e humanos para tratamento de doentes COVID-19, como forma de conter a evolução do contágio e de garantir a existência de capacidade instalada para fazer face às situações de doença por COVID-19.

Para Campos, Mansinho, Telles de Freitas, Ramos, & Sakellarides (2020) era *“essencial atuar a montante dos hospitais para diminuir o afluxo às urgências, minimizando o risco de transmissão que aí ocorre e a sobrecarga das equipas, a jusante para garantir capacidade de internamento e no próprio hospital para otimizar os recursos e a organização”*. Para isso, era necessário que existissem *“planos de contingência elaborados com o envolvimento dos profissionais ‘no terreno’, com respostas planificadas para os vários cenários e com atribuição clara de funções (consultivas e normativas) e responsabilidades”* (Campos et al., 2020; p. 716).

A previsão do impacto da evolução da pandemia, implicava respostas adequadas para implementar medidas de prevenção e mitigação da COVID-19, executar políticas pró-ativas de proteção dos grupos mais vulneráveis, com um foco particular na importância dos comportamentos individuais. A nível hospitalar era necessário manter níveis de prontidão, de acordo com as dinâmicas epidémicas ou pandémicas e, simultaneamente, garantir a assistência à população geral.

A COVID-19 colocou uma pressão extraordinária no sistema de saúde em função da sua imprevisibilidade. Para o Conselho Nacional de Saúde (2020; p.1) *“Ainda antes de serem identificados em Portugal os primeiros casos de infeção por SARS-CoV-2, as pessoas que vivem com doença crónica – aquelas que mais utilizam o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – acumularam dúvidas e medos, potenciados pelas notícias que inundaram os meios de comunicação e pelo receio da degradação da sua condição de saúde, social ou económica”* (CNS, 2020).

A pandemia COVID-19, em Portugal, veio colocar de forma mais transparente as várias fragilidades do nosso sistema de saúde, constatamos que não estávamos convenientemente preparados para enfrentar emergências de saúde pública como esta epidemia.

Na opinião do Conselho Nacional de Saúde (2020, p.3), *“os vários anos de desinvestimento e desorçamentação limitaram os meios financeiros, os equipamentos e os meios humanos, e fizeram questionar a capacidade de resposta à epidemia”* (CNS, 2020). Uma das principais preocupações em debate foi o número de camas de cuidados intensivos e de ventiladores, a que se associou as questões do subdimensionamento dos recursos humanos. Para reforçar a resposta a doentes por COVID-19 com formas clinicamente graves foi necessário adquirir ventiladores, proceder à contratação de profissionais para o SNS na fase de emergência.

A definição de planos de contingência nas diferentes unidades hospitalares, incluíram estratégias de abertura progressiva de serviços em função do aumento do número de internamentos nas diferentes áreas de cuidados, como forma de responder às necessidades específicas. Houve uma reorganização de unidades para receber doentes por COVID-19 e a adotar medidas preventivas para limitar a transmissão do SARS-CoV-2. Contudo, o aumento de resposta em número de camas para doentes internados por doença COVID-19 implicou o reajuste das equipas de profissionais de saúde, particularmente de enfermeiros. A dificuldade associada à contratação imediata destes profissionais implicou que os mesmos alterassem as suas funções anteriores e transitassem para estes “novos serviços”. Alguns estudos apontaram de imediato para as consequências destas medidas associadas ao ratio enfermeiro/doente, ao uso de dispositivos de proteção, à complexidade dos cuidados (particularmente aos doentes com doença SARS-CoV-2 grave em contexto de cuidados intensivos) e às elevadas cargas horárias de trabalho, com eventual impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados (Borges, Queirós, Vieira, & Teixeira, 2021; Ribeiro, Fassarella, Trindade, Luna, & Ventura da Silva, 2020; Parreira, Ribeiro, Coelho, & Borges, 2020).

Esta necessidade de reorganização dos serviços conduziu, em muitas situações, a uma sobrecarga sobre os profissionais de enfermagem e colocou enormes desafios na prestação de cuidados em condições muito diferentes.

1.4. A pandemia por COVID-19: impacto nos profissionais de saúde

O contexto de pandemia levou, na sequência da reorganização dos serviços a uma enorme solicitação dos enfermeiros para assumir a prestação de cuidados em contextos diferentes daqueles em que exerciam a sua atividade profissional habitualmente. Enfrentar esta nova realidade (ambientes da prática mais complexos, com enormes incertezas resultantes da reduzida informação sobre a doença) implicava que os enfermeiros se adaptassem rapidamente às inúmeras mudanças impostas pela pandemia (Borges et al., 2021). De salientar que face à vivência do contexto de pandemia era fundamental, entre outros aspetos, estar atento aos fatores organizacionais que permitem aos enfermeiros desenvolver a sua atividade assistencial, bem como as condições em que os cuidados são prestados.

Os profissionais de Enfermagem asseguram uma parte muito significativa da prestação de cuidados de saúde, e são, como tal, uma peça fundamental em qualquer sistema de saúde. Foram diversas as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros, que representam a principal força de trabalho da área da saúde e que estiveram na linha de frente desde o início da pandemia (Ribeiro et al., 2020). Os autores salientam as questões associadas ao acesso à informação sobre a condição prévia ao internamento hospitalar dos doentes, devido às restrições de visitas de familiares, alertando para as dificuldades associadas a uma prática de enfermagem centrada nas questões dirigidas à transição saúde/doença e à transição situacional associada ao desempenho do papel de cuidador.

Desde o início da pandemia de COVID-19, os profissionais da saúde vêm passando por alterações do tempo de trabalho, com elevada carga horária diária e ritmo de trabalho, vivenciando mudanças na vida pessoal e profissional. Este contexto provocou alterações na qualidade de vida dos enfermeiros (Borges et al., 2021; Jahrami et al., 2021; Huang et al., 2022; Ribeiro et al., 2020), com eventual impacto no desempenho das atividades assistenciais.

Estudos internacionais alertam para o impacto gerado pela pandemia nos profissionais (CDCP, 2020; ANA, 2021⁷). A American Nurses Association refere que muitos enfermeiros relatam sentir-se exaustos ou experimentar outras emoções negativas, como sentir-se

⁷ American Nurses Association (2021), COVID-19 Impact Assessment Survey results - The First Year. Part of the American Nurses Foundation's Pulse on the Nation's Nurses, COVID-19 Survey Series, disponível em COVID-19 First Year Impact Survey American Nurses Foundation (nursingworld.org)

sobrecarregados, irritados, ansiosos, tristes ou deprimidos, dados mais relevantes expressos na figura 5.

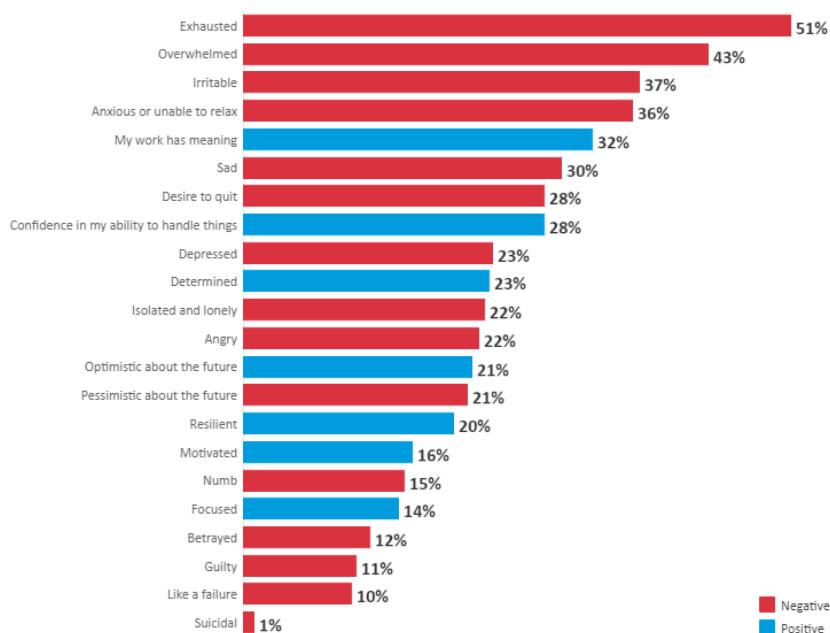


FIGURA 5: Emoções referidas pelos Enfermeiros durante a prestação de cuidados em contexto de pandemia (ANA, 2021)

O fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI), por vezes não adequado ou disponibilizado em tempo útil, particularmente no início da pandemia, foi um dos aspetos mais difíceis experienciados pelos profissionais de saúde. As preocupações associadas à exposição e possibilidade de contágio ou à exposição de outras pessoas em suas casas foram aspetos sempre em debate no contexto da prestação de cuidados.

Os enfermeiros vivenciaram condições aparentemente difíceis e austeras. Para isso, era necessário que as organizações respondessem a estas situações criando condições para preservar um suprimento adequado de EPI e outros equipamentos de segurança. Era fundamental e imperativo o desenvolvimento de estratégias para manter a segurança dos doentes, mas também dos próprios profissionais. O debate que se coloca é em que medida existiram respostas reais e adequadas a estes constrangimentos? Será que em algum momento as situações existentes localmente geraram condições favoráveis ou desfavoráveis à prestação de cuidados seguros?

A prontidão, disposição e capacidade dos enfermeiros para participar na resposta à pandemia foram descritos como críticos para o sucesso sustentado da saúde pública. Mas, para tal era necessário que existissem estratégias de suporte por parte das organizações, dirigidas aos profissionais de saúde, particularmente orientadas à proteção da saúde física e

mental. A experiência vivenciada pela pandemia por COVID-19 tornou claro que as organizações de saúde precisam de, entre outras ações:

- Planear resposta adequadas à situação de catástrofe através de planos e princípios de atuação nestas situações;
- Integrar a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção;
- Definir prioridades de atuação e sistematizar as ações a desenvolver em situação de emergência ou catástrofe.

É, por isso, necessário que estejam preparadas com suprimentos/recursos de emergência adequados, bem como uma estrutura para apoiar a saúde física e mental de seus funcionários, e desenvolvam atividades de formação para preparação para atuar face ao contexto de catástrofe e cuidados especializados associados à pandemia.

1.5. O impacto da pandemia por COVID-19 nos cuidados prestados: qualidade dos cuidados prestados - segurança do doente

O contexto pandémico trouxe uma pressão adicional no sistema de saúde, que tornou fundamental a garantia de dotação do número adequado de profissionais de saúde, em particular de enfermeiros, que garantissem a prestação de cuidados atempada, segura e eficaz. Rosa, Binagwaho, et al. (2020) salientam que *“nurses are experiencing unprecedented challenges to deliver safe and equitable care to all populations in need”*. Os autores salientam que dada a força quantitativa da profissão de enfermagem como resposta da linha de frente à pandemia e a sua proximidade a comunidade, é preciso haver uma rápida reforma política e investimento em enfermeiros para fazer face às inúmeras consequências do COVID-19.

Os diversos estudos que emergem na continuidade dos estudos iniciados por Linda Aiken (L. H. Aiken, Semith, & Lake, 1994) têm demonstrando que melhores dotações de enfermeiros (mais seguras) estão associadas à redução da mortalidade e satisfação dos doentes (Lasater et al., 2021; L. H. Aiken et al., 2017; Linda H. Aiken et al., 2014; L. H. Aiken et al., 2012; Sermeus et al., 2011; L. H. Aiken et al., 2010; Kutney-Lee et al., 2009; L. H. Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003; Cho, Ketefian, Barkauskas, & Semith, 2003; L. H. Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Aiken et al., 2002).

O documento “Dotações seguras salvam vidas” (ICN, 2006) salienta que as dotações seguras devem incorporar a complexidade das atividades e intensidade de cuidados de enfermagem, alertando que elas refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização.

Estudos realizados sobre dotações em Enfermagem e o seu impacto na segurança dos cuidados de saúde, salientam que a não satisfação de rácios mínimos e, por conseguinte, a incapacidade de prestar todos os cuidados devidos poderá, no limite, colocar a própria vida dos doentes em risco (Guerra, 2018). Os resultados obtidos no estudo realizado por Guerra (2018; p. 9) constataam que:

“o risco de ocorrência de eventos adversos é 2,9 vezes superior quando os doentes são expostos a dotações inadequadas, sendo de 2,4 vezes superior na ocorrência de complicações respiratórias, 3,5 vezes superior na ocorrência de infeções do trato urinário e 3,7 vezes superior na ocorrência de úlceras por pressão e 1,2 vezes no aumento da demora média”. O autor salienta que “os resultados obtidos mostram uma associação estatisticamente significativa, entre o défice de horas de cuidados e a mortalidade, sendo que os doentes expostos a dotações inadequadas apresentam um risco de mortalidade 2,2 vezes mais elevado que os doentes expostos a dotações adequadas” (Guerra, 2018; p. 9).

1.6. O papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto da pandemia

Em Portugal, durante a pandemia assistiu-se a uma elevada carga de trabalho assistencial, evidenciando-se de forma notória a carência de enfermeiros. Face à complexidade da doença SARS-CoV-2 grave, as necessidades em enfermeiros especialistas, particularmente em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi evidente. O contexto de reorganização dos serviços levou à necessidade de deslocação de enfermeiros para outras unidades de saúde que não as habituais, exigindo, por vezes, uma necessidade de adaptação a estes novos contextos e realidades. Lopes, Gomes, & Almada-Lobo (2018), no estudo realizado sobre “os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde” salientam que:

“a Saúde é dos sectores que mais depende de recursos humanos qualificados. Em contraste com outros sectores onde a evolução tecnológica, através de máquinas e equipamentos modernos, substituiu uma porção significativa do trabalho outrora executado por humanos, os cuidados de saúde continuam a ser maioritariamente assegurados, ainda que beneficiando desse progresso tecnológico, por profissionais” (Lopes et al., 2018, p.4).

O contexto da pandemia COVID-19 trouxe maior complexidade no processo de cuidados de saúde, pelo desconhecimento do impacto da doença nas pessoas e suas consequências, que requereu formação específica e acompanhamento clínico especializado por profissionais de saúde, em particular de enfermeiros e médicos.

Lopes e colaboradores (2018, p.6) referem que a:

“evidência científica corrobora o impacto positivo da especialização em Enfermagem, identificando ganhos em saúde para os clientes (melhoria dos indicadores de saúde), ganhos para as instituições (melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência) e ainda para os próprios profissionais (melhoria dos índices de satisfação e de retenção)”.

Estes aspetos permitem assumir que um enfermeiro com formação especializada numa determinada área clínica, adquire competências específicas para providenciar cuidados mais adequados às situações complexas vivenciadas pelas pessoas. Esta formação especializada em áreas da prática clínica, devidamente reconhecidas pelo órgão regulador da profissão (Ordem dos Enfermeiros), atribui o título de Enfermeiro Especialista. Para se alcançar o título de especialista, pressupõe-se que os profissionais adquiram um conjunto de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

- a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018) considera:

“a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, sobressaem e destacam-se diferentes áreas de enfermagem, das quais, em particular, se identificam as seguintes: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica” (OE, 2018, p.1).

O contexto de pessoa com doença SARS-CoV-2 enquadra-se na necessidade em cuidados de enfermagem especializados. Podemos procurar fazer um exercício de adequação de competências em determinadas áreas específicas, a pessoa com doença SARS-CoV-2 grave, em contexto de cuidados críticos, implicará enfermeiros com competências dirigidas à prestação de cuidados especializados na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, cujas competências são:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

É evidente que podemos contextualizar a pessoa com doença SARS-CoV-2 em situação paliativa, implicará enfermeiros com competências dirigidas à prestação de cuidados de especializados na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa, cujas competências são:

- a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- b) Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.

Simultaneamente, podemos ter a pessoa em situação perioperatória com doença SARS-CoV-2, esta situação implicará enfermeiros com competências dirigidas à prestação de cuidados de especializados nesta área, cujas competências são:

- a) Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;
- b) Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

As pessoas a vivenciarem situações de doença crónica serão claramente pessoas mais vulneráveis à doença SARS-CoV-2. Por outro lado, será necessário prepararmos também as pessoas para lidar com a sua condição de doença crónica associada às eventuais sequelas da doença SARS-CoV-2, o que justificará enfermeiros com competências dirigidas à prestação de cuidados de especializados nesta área, cujas competências são:

- a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;
- b) Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

Em síntese, esta reflexão inicial situa-nos os EEEMC como aqueles que têm estado sempre na linha da frente durante a pandemia e os que se encontram melhor posicionados para intervir junto das pessoas com doença SARS-CoV-2. O estudo que desenvolvemos e que iremos descrever do ponto de vistas metodológico (indicando as diferentes opções), bem como da apresentação dos seus resultados, procurando discuti-los com base nas questões que orientaram o seu percurso, apresenta-nos uma visão sobre a perspetiva dos enfermeiros especialistas em EMC sobre o impacto da pandemia nos cuidados de enfermagem prestados por estes profissionais de saúde.

No sentido de perceber o impacto da pandemia de COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica desenvolvemos dois estudos:

- Estudo A – Impacto da pandemia por COVID-19 na prestação de cuidados de enfermagem: *scoping review*;
- Estudo B – Impacto da pandemia por COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica: perspetiva dos enfermeiros.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos que foram adotados neste estudo para alcançar os objetivos propostos. A investigação é para (Fortin, 2009) um processo sistemático, que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos. Esta é a forma mais adequada de adquirir saberes, por forma a obter respostas à pergunta inicialmente colocada:

- Qual o impacto da pandemia de COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica?

2.1 Finalidade e objetivos do estudo

Este estudo de investigação visa compreender a mudança ocorrida na prática clínica, nas mudanças organizacionais, nos dilemas ético-deontológicos e nas necessidades de capacitação face à pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, como indícios fundamentais, que orientem as políticas de saúde e reorganizem os processos assistenciais, gerenciais e de capacitação face às futuras emergências de saúde. Este estudo, tem como principal objetivo avaliar o impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros EEMC. Face a este contexto definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC);
- Identificar o impacto da pandemia COVID-19 na conceção, gestão e supervisão de cuidados dos enfermeiros especialistas em EMC;
- Avaliar o impacto da pandemia no suporte efetivo dos enfermeiros especialistas em EMC ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;
- Identificar o impacto da pandemia COVID-19 no processo assistencial do enfermeiro EEMC no controlo das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde das pessoas;
- Descrever processos formativos especializados dirigidos a enfermeiros especialistas em EMC durante a pandemia COVID-19.

2.2 Desenho do estudo

Em resposta à natureza do problema em estudo, assim como, dos objetivos e das questões de investigação, desenvolvemos um desenho que contemplou a realização de dois estudos:

- Estudo A - revisão da literatura: *scoping review*;
- Estudo B - estudo de perfil quantitativo, exploratório, observacional e descritivo, de carácter transversal, dirigido a EEEMC.

Ambos os estudos procuraram responder ao fenómeno em análise, impacto da pandemia COVID-19 na prestação de cuidados de enfermagem, recorrendo a diferentes fontes de dados e metodologias.

A *scoping review* permitiu sintetizar evidências de estudos de investigação (Munn et al., 2018; Daudt, van Mossel, & Scott, 2013; Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010; Davis, Drey, & Gould, 2009; Levac et al., 2010); e mapear a literatura existente neste campo de interesse em termos de volume, natureza e características da pesquisa primária (Arksey & O'Malley, 2005). Por se tratar de uma *scoping review*, ela foi projetada para identificar o alcance das evidências disponíveis e é representada como um mapeamento dos dados identificados, sem o ato de síntese ou referência particular à qualidade metodológica de estudos relevantes (Pollock et al., 2022; Salvador et al., 2021). Devido à variabilidade da sua condução, há necessidade de sua padronização metodológica para garantir a utilidade e força das evidências (Pham et al., 2014). Esta *scoping review* seguiu a estrutura proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI), cujo protocolo foi registado no Open Science Framework (<https://osf.io>).

O estudo de perfil quantitativo, exploratório, observacional e descritivo, de carácter transversal, dirigido a EEEMC, tornou possível desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, proporcionando um aprofundamento e uma maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito. Para FORTIN (2009, p. 34), um estudo descritivo “(...) visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”. Neste estudo utilizamos um *questionário para identificar* as particularidades da população e do fenómeno em estudo.

2.2.1 ESTUDO A - revisão da literatura: *scoping review*

A *scoping review* considerou estudos que incluíam enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos. Foram incluídos estudos que abordavam também dados relativos a outros profissionais de saúde, mas a sua inclusão foi realizada na tentativa de especificar resultados apenas para enfermeiros. Para serem úteis, as revisões devem ser válidas e consistentes, o que implica que os métodos dos estudos sejam confiáveis. Assim, as revisões devem refletir todos os resultados relevantes da pesquisa, incluindo os dados publicados mais recentemente.

O conceito de interesse desta *scoping review* é o conhecimento formal sobre o impacto da pandemia de COVID-19 nos cuidados de enfermagem. Para isso, recorreremos à utilização de termos e conceitos expressos no vocabulário controlado Medical Subject Headings (MeSH), coordenado pela National Library of Medicine dos Estados Unidos (US NLM) de acordo com o Quadro 1.

Termo	Conceito
"COVID-19"	a viral disorder generally characterized by high fever; cough; dyspnea; chills; persistent tremor; muscle pain; headache; sore throat; a new loss of taste and/or smell (see ageusia and anosmia) and other symptoms of a viral pneumonia. in severe cases, a myriad of coagulopathy associated symptoms often correlating with COVID-19 severity is seen (e.g., blood coagulation; thrombosis; acute respiratory distress syndrome; seizures; heart attack; stroke; multiple cerebral infarctions; kidney failure; catastrophic antiphospholipid antibody syndrome and/or disseminated intravascular coagulation). in younger patients, rare inflammatory syndromes are sometimes associated with COVID-19 (e.g., atypical kawasaki syndrome; toxic shock syndrome; pediatric multisystem inflammatory disease; and cytokine storm syndrome). a coronavirus, sars-cov-2, in the genus betacoronavirus is the causative agent.
"Pandemics"	Epidemics of infectious disease that have spread to many countries, often more than one continent, and usually affecting a large number of people.
"Nurse Clinicians" "Specialist, Clinical Nurse"	Registered nurses who hold a specialization in nursing with an emphasis in clinical nursing and who function independently in coordinating plans for patient care.
"Critical Care"	Health care provided to a critically ill patient during a medical emergency or crisis.
"Intensive Care Units" "Critical Care Settings"	Hospital units providing continuous surveillance and care to acutely ill patients. Critical care settings are all settings where patients are usually more highly dependent and critically ill than patients on general wards.

QUADRO 1: Termos e conceitos usados na *scoping review*

2.2.1.1. Contexto

Esta revisão considerou estudos em ambientes de cuidados críticos (ou Unidades de Cuidados Intensivos). O termo “unidades de cuidados críticos” é usado nesta *scoping review* como um termo global, para abranger todas as unidades em que os doentes são predominantemente mais altamente dependentes e em situação crítica do que os doentes em enfermarias gerais. Este contexto incluiu unidades de cuidados intensivos polivalentes, cuidados coronários e outras unidades especializadas de cuidados intensivos. Os estudos foram incluídos independentemente do país de origem ou do ambiente sociocultural.

2.2.1.2 Tipos de fontes de evidência

Esta *scoping review* considerou artigos que abordam o impacto da pandemia de COVID-19 nos cuidados de enfermagem, com foco nos enfermeiros em contextos de Cuidados Intensivos. Esta revisão incluiu desenhos de estudos quantitativos, qualitativos e métodos mistos, bem como revisões sistemáticas e dissertações, que atendem aos critérios de inclusão definidos.

Os resumos de conferências, pósteres, comentários e cartas ao editor foram excluídos devido à sua abordagem breve. A pesquisa foi desenvolvida pela investigadora principal, com suporte de um bibliotecário, e foram incluídas publicações nos idiomas de português, inglês e espanhol, com limite temporal selecionado e correspondente aos últimos 3 anos (2020-2022).

2.2.1.3. Metodologia

A revisão proposta foi conduzida seguindo a metodologia JBI para *scoping reviews*. O método de *scoping review* permitiu responder às questões de investigação com uma abordagem de síntese de evidências, fornecendo uma visão geral do conhecimento disponível sobre esse assunto e identificando conceitos-chave e lacunas na pesquisa.

O protocolo para esta *scoping review* foi registrado no Open Science Framework (osf.io/xj2qb).

2.2.1.4. Estratégia de pesquisa

O processo de identificação de estudos publicados e de estudos não publicados ocorreu em cinco etapas: 1) Identificação das palavras utilizadas em títulos e resumos e dos termos de indexação em inglês mais frequentemente utilizados na base de dados MEDLINE (via PubMed) e na CINAHL; 2) Estruturação da estratégia de pesquisa com combinação das palavras e dos termos obtidos, adequando às especificidades de cada base/repositório selecionado; 3) Pesquisa nas bases de dados selecionadas, seguindo a estratégia definida pelo JBI; 4) Análise de referências bibliográficas dos estudos selecionados na etapa de texto completo, para seleção de fontes adicionais; 5) Pesquisa de literatura cinzenta.

A pesquisa bibliográfica teve como instrumento de colheita de dados o agregador de bases EBSCO (Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SPORTDiscus with Full Text) e as bases de dados Web of Science (SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC) e Scopus (Medline e EMBASE).

Para mapear a literatura cinzenta, ou seja, estudos não publicados, foi replicada a estratégia de pesquisa no ProQuest (*Nursing and Allied Health Source Dissertations*), OpenGrey, GoogleScholar, e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Para construção da estratégia de pesquisa foram utilizadas combinações de descritores/*medical subject headings* (MeSH), *subject headings* e *subjects terms*, além de termos livres, para cada uma das bases de dados, através dos operadores booleanos: "OR" e "AND" e da ferramenta "*" de forma a fortalecer a pesquisa e a garantir que novas variações da mesma palavra são criadas:

- ("2019 Novel Coronavirus*" OR (2019-nCoV*) OR (COVID19*) OR ("Coronavirus Disease 2019") OR ("Coronavirus Disease-19") OR ("SARS Coronavirus 2 Infection") OR ("SARS-CoV-2 Infection") OR ("Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection") OR (SARS-CoV-2*)) AND (("Critical Care") OR ("Intensive Care") OR ("Intensive Care", Surgical) OR ("inhospital") OR ("inpatient*") OR ("Surgical Intensive Care") OR ICU) AND ("Nurse*" AND (Role* OR "Scope of Practice"))

2.2.1.5 Seleção de estudos

Os estudos obtidos em cada uma das bases de dados foram exportados para um *software* gerenciador de referências (*Endnote* X9 3.1[®]; <https://endnote.com>, Filadélfia, Estados Unidos), sendo removidas as referências em duplicado.

Em primeiro lugar, a seleção por título e resumo foi realizada por dois investigadores, de forma independente, de acordo com os critérios de pesquisa definidos. A existência de discordâncias entre investigadores, foram resolvidas por um terceiro investigador, responsável por decidir acerca da inclusão ou não do estudo em questão.

Em segundo lugar, os textos foram analisados por texto completo, seguindo-se os mesmos princípios de avaliação utilizados na etapa anterior. Os estudos que não respeitaram estes princípios foram excluídos, com justificação delineada.

O protocolo apresentado pelo JBI foi utilizado para organizar os dados obtidos a partir do processo de seleção das publicações.

2.2.1.6. Extração de dados

Os dados dos estudos foram extraídos a partir da aplicação de um formulário personalizado, com base na *checklist* orientado pelo JBI, com seguintes informações: título, autor, ano de publicação, periódico, país de origem, objetivos, método do estudo, população, tipo de intervenção, resultados, principais conclusões (ANEXO 1). Outras informações foram recolhidas no sentido de dar resposta aos objetivos e à questão de pesquisa definida.

O formulário foi redefinido conforme cada base/reportório selecionado, sendo que as modificações foram detalhadas na *scoping review*. Após a adequação do instrumento, decorreu a extração dos dados de todos os estudos selecionados, pelos dois investigadores independentes. Qualquer divergência foi sempre solucionada através de reunião para discussão ou através da intervenção do terceiro revisor.

2.2.1.7. Análise de dados e apresentação

A síntese e análise dos dados foram apresentadas de forma descritiva, com recurso de figuras e quadros, de acordo com o objetivo da *scoping review* e indicações referenciadas pelo JBI.

As informações mapeadas no documento de extração de dados foram submetidas ao método de análise de conteúdo. Os novos resultados foram apresentados diagramas de fluxo independentes para cada dimensão temática e subdimensão temática (Categoria / Subcategoria), que emergiu da análise dos dados. Por fim, um resumo narrativo conecta os resultados aos objetivos deste estudo.

2.2.2 ESTUDO B - estudo de perfil quantitativo, exploratório, observacional e descritivo, de caráter transversal, dirigido a EEMC

Este estudo de perfil quantitativo, exploratório, estudo observacional descritivo de caráter transversal, descreve o impacto da pandemia COVID-19 na prestação de cuidados de enfermagem implementados por EEMC. O conceito de interesse deste estudo centra-se na perspetiva dos enfermeiros EEMC sobre o impacto da pandemia de COVID-19 na assistência de enfermagem que prestam. Para isso, recorreremos à utilização de termos e conceitos (Quadro 2) que permitissem balizar o âmbito e estratégias de abordagem da população-alvo face à finalidade e aos objetivos definidos. O Regulamento n.º 429/2018 (publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018) foi o documento para sustentar o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica definido pela OE (2018), que determina as seguintes competências específicas:

- a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

Cada competência indicada é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação, sendo as mesmas aplicáveis relativamente aos títulos de enfermeiros EEMC pela OE, nomeadamente em processos de recertificação de competências e avaliação de desempenho. Seguidamente, procedemos à clarificação de alguns termos e conceitos centrais associados a este estudo (QUADRO 2)

Termo	Conceito
“Enfermeiro especialista”	é um enfermeiro que se especializa numa determinada área clínica, adquirindo as competências e o know-how adicional para providenciar cuidados mais específicos (Lopes et al., 2018).
“Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-Cirúrgica”	A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica comporta quatro áreas de subespecialidade: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (OE, 2018).
"Competências comuns":	são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2018).
"Competências específicas":	são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2018).
“Competências acrescidas”:	os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade, nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo (OE, 2018).
"Domínio de competência":	uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados (OE, 2018).
"Descritivo de competência":	a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho (OE, 2018).
"Unidade de competência":	é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo (OE, 2018).
"Critérios de avaliação”	compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito (OE, 2018).

QUADRO 2 – Termos e conceitos centrais associados a este estudo

2.2.2.1 População e amostra

A População definida obedeceu a uma série de critérios de inclusão ou de elegibilidade e, constituem as características definidoras da população alvo do estudo. A população-alvo deste estudo constitui-se pelos enfermeiros EEMC, que exerceram atividade clínica durante a pandemia por COVID-19.

A amostra teve por base os Enfermeiros EEMC com qualquer área de especialização atribuído pelo Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018 (Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica).

O método de amostragem foi de conveniência e não probabilístico. Esta estratégia permitiu aceder a uma amostra de participantes, com economia de tempo e custos associados, através do envolvimento de associações de enfermeiros e da Ordem dos Enfermeiros na divulgação do estudo junto dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2.2.2.2 Instrumento de colheita de dados: questionário

Para a recolha de dados recorreremos à construção de um “Questionário” para disponibilização online, utilizando a plataforma *SurveyMonkey*. Com o recurso a um questionário sentíamos que a uniformidade da apresentação e a facilidade na sua aplicação permitiria aceder a um número elevado de enfermeiros, num determinado espaço e tempo. Contudo, para além das vantagens associadas à sua utilização como recurso para recolher informação factual sobre acontecimentos e opiniões, perspectivávamos a possibilidade de “baixa adesão por parte das pessoas” e de existência de dados que não são preenchidos” (Fortin, 2009).

O questionário (ANEXO 2) foi estruturado em 3 partes:

1) Consentimento informado:

- a. Informação sobre a contextualização do estudo, investigadores envolvidos, objetivos do estudo, direitos do participante, condições de participação,

contacto de email para clarificação de dúvidas
(impactocovid19eemc@gmail.com);

- b. Espaço para aceitação ou não aceitação para a participação no estudo;

2) Dados de caracterização dos participantes:

- a. Idade, sexo, formação académica, obtenção do título de EEEMC, Ano de conclusão da EEMC, tempo exercício profissional, tempo de exercício profissional como EEEMC, serviço onde exerce a atividade profissional, área de exercício da atividade profissional, prestação de cuidados a doentes com COVID-19 (março e setembro de 2020) e (outubro de 2020 a março de 2021), exercício de alguma função de interlocutor com alguma comissão associada à COVID-19 na instituição, estratégia utilizadas para aceder a informação atualizada sobre COVID-19;

3) Opinião dos enfermeiros sobre o impacto do contexto de pandemia COVID-19 no desempenho de cada unidade de competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica:

- a. Antes responder às questões desta parte do questionário deveria assinalar a sua área de especialização em Enfermagem: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (para que apenas responda às competências específicas da sua área de especialização): sem área de especialização, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica;
- b. Cada questão apresentada correspondia a critérios de desempenho de cada unidade de competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica definidos pela Ordem dos Enfermeiros;
- c. Pretendia-se que o participante avaliasse o impacto do contexto de pandemia no desempenho de cada uma das atividades que concretizam cada uma das unidades de competência em diferentes momentos da pandemia COVID-19 (“março a setembro de 2020” e “outubro de 2020 a março de 2021”);

- d. A última questão pretendia que o EEEMC desse a sua opinião sobre: Globalmente como percecionou o impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- e. A avaliação do impacto traduzia-se através de uma escala de diferencial numérico de impacto negativo ou positivo do contexto de pandemia nas condições para a prestação de cuidados de enfermagem pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, em que -3 correspondia ao impacto mais negativo e em que 3 correspondia ao impacto mais positivo. O valor 0 (zero) correspondia à ausência de qualquer impacto do contexto de pandemia nas condições para a prestação de cuidados de enfermagem pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Quando a resposta a uma questão fosse “não aplicável” deveria selecionar o N/A.

Após a elaboração do instrumento de colheita de dados foi solicitado à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) autorização para aplicação deste questionário em formato online, de acordo com os pressupostos prévios e de acordo com os aspetos éticos que se referenciam no ponto seguinte. Após autorizada a sua aplicação, a 13 de abril de 2021 (ANEXO 3), procedemos ao pré-teste, que evidenciou a sua adequação para a recolha dos dados no contexto.

Para responder à implementação do questionário online, recorremos à inscrição na plataforma “SurveyMonkey®” para a construção nesta plataforma do formato de questionário desenvolvido, do qual foi gerado um link para a participação no estudo de investigação (<https://pt.surveymonkey.com/r/ImpactoCovid19EEMC>), que possibilitava a resposta através de computador pessoal, tablet ou smartphone. Foi solicitado a 3 enfermeiros EEMC para realizarem o pré-teste, que despenderam um tempo médio de 15 minutos para responder às questões colocadas. Não foram sugeridas propostas de melhoria por parte dos participantes.

Seguidamente solicitamos a divulgação pela Ordem dos Enfermeiros, junto dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assumindo sob compromisso de honra:

- Compromisso de não introduzir qualquer alteração ao projeto apresentado a apreciação;
- Compromisso de respeito pelos pressupostos éticos e científicos inerentes à investigação;

- Compromisso de disponibilização de resultados à Ordem dos Enfermeiros;
- Compromisso de publicação dos resultados;
- Compromisso de referência de colaboração da Ordem dos Enfermeiros no relatório final e na publicação.

O pedido à OE foi autorizado, tendo a notícia divulgada no site da OE, em 6 agosto de 2021 (ANEXO 4), com a indicação do propósito do estudo e do link para a participação no estudo de investigação (<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/participe-no-estudo-impacto-da-pandemia-covid-19-nos-cuidados-de-enfermagem-prestados-pelos-enfermeiros-especialistas-em-enfermagem-m%C3%A9dico-cir%C3%BArgica-perspetiva-dos-enfermeiros/>).

2.2.2.3. Procedimento para a análise dos dados

Na análise dos dados resultantes da aplicação do questionário procedemos à extração dos dados da plataforma *SurveyMonkey*® e à importação dos mesmos para programa informático de estatística IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 27, para o tratamento estatístico. Para a análise dos dados recorreremos à estatística descritiva, para a descrição das variáveis e à estatística inferencial para o estudo das suas relações. Na análise descritiva recorreremos à apresentação das frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central, nomeadamente a média, moda e mediana e medidas de dispersão através do desvio padrão.

2.2.2.4. Aspetos éticos na investigação

No desenvolvimento da investigação, o investigador terá que ter em conta as suas responsabilidades associadas aos aspetos éticos na investigação: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução a inconveniente e a otimização das vantagens (Fortin, 2009).

Na divulgação do estudo, salvaguardamos o respeito à dignidade humana, nomeadamente no direito de decidir voluntariamente, na participação da investigação, sem o risco de sujeitar-se a penalidades. A informação disponibilizada clarificava que “se aceitar participar, podia, a qualquer momento, reconsiderar a sua decisão, sem que isso acarrete para si qualquer custo ou dano. Indicando-se que para desistir, apenas teria de fechar a página Web”. Por isso, a obtenção do consentimento informado para a participação e processamento dos dados foi solicitada antes do início de aplicação do questionário. Privilegiamos a garantia do anonimato dos participantes nas fases de recolha e análise de dados. Cada participante está associado a um código numérico aleatório que se tornará sua referência de identificação durante o estudo. Salientamos que somente os investigadores teriam acesso aos dados do estudo, que todas as suas respostas seriam recolhidas em anonimato e seriam completamente confidenciais; e que os dados recolhidos seriam analisados de modo agregado e não individualizado.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1. ESTUDO A - Impacto da pandemia por COVID-19 nos cuidados de enfermagem em contexto de UCI: *scoping review*

De acordo com a implementação das opções metodológicas definidas, da pesquisa realizada resultaram 385 artigos identificados na pesquisa das bases de dados [Web of Science (109); Scopus (115) Biblioteca Virtual (161)] e 1 artigos identificados através de outras fontes de dados (RCAAP), num total de 386 artigos. Os registos obtidos a partir da pesquisa realizada foram listados no Software Endnote X9.3.1. para remoção de referências em duplicado e procura de textos completos. O Software identificou a existência de 222 artigos duplicados que foram de imediato excluídos. Dos 164 artigos selecionados que foram sujeitos a análise por título e resumo, 99 artigos foram excluídos (10 por serem duplicados não excluídos pelo primeiro processo e 89 considerados não relevantes). Deste processo resultaram 65 artigos para análise por texto completo. Da leitura integral do texto 33 artigos foram excluídos. O total de artigos a incluir para análise de conteúdo nesta *scoping review* foi de 32 artigos. Os resultados da pesquisa e a seleção efetuada encontram-se apresentados segundo o diagrama PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Aromataris & Munn, 2020) apresentado na Figura 6.

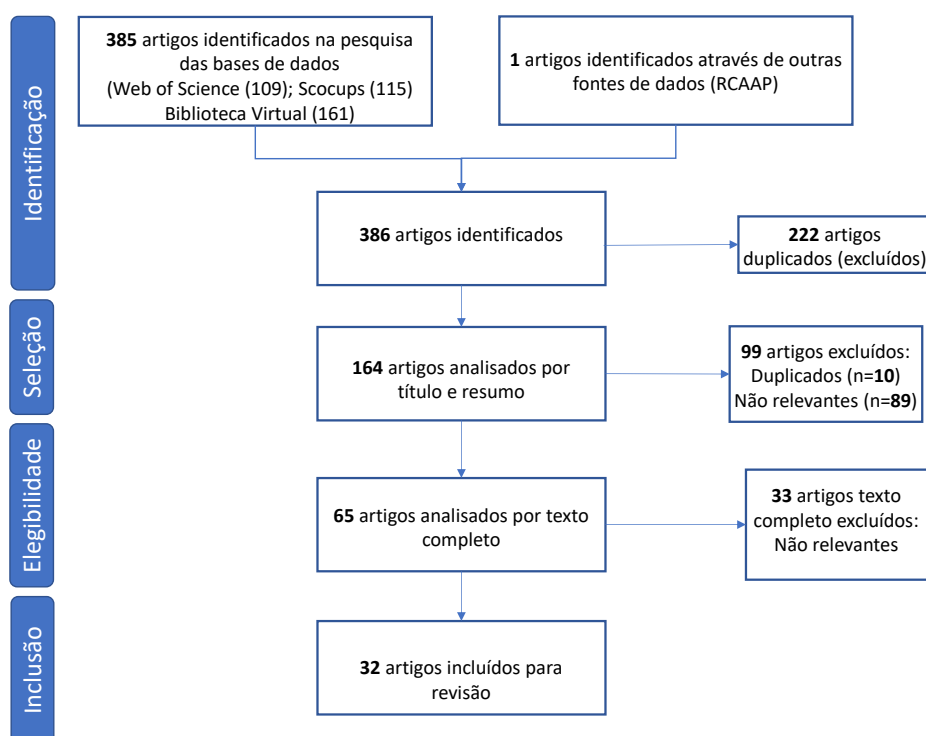


FIGURA 6: Diagrama do processo de seleção dos estudos

A análise e seleção foi realizada por dois investigadores independentes (JC e PS), com base nos critérios de inclusão previamente definidos.

3.1.1. Caracterização dos estudos incluídos na *scoping review*

Os estudos que integram esta *scoping review* utilizam metodologias diversas. A maior parte dos estudos são exploratórios e descritivos (16), correspondendo a 50% dos estudos. São apresentados alguns artigos que incorporam a opinião de peritos (n=3) e outros que descrevem o planeamento, a implementação e avaliação de intervenções/guidelines. Dois artigos englobam estudos coorte e 3 artigos descrevem revisões da literatura (revisão integrativa e revisão sistemática).

Tendo por base o período de pesquisa dos artigos (2020-2022) verifica-se que apenas 4 foram publicados em 2020 e 8 em 2022. A maior parte dos artigos foram publicados em 2021 (n=20). Dado o carácter pandémico verificado, os artigos reportam estudos realizados em quase todos os continentes (QUADRO 3), exceto em África e Antártida. A maioria dos estudos foram realizados na América do Norte (n=13), com quase a representatividade total nos Estados Unidos da América com 12 estudos. Os estudos na Europa aparecem em segundo lugar (n=9), seguidos do continente Asiático (n=6).

Continentes	Países	Frequência	Total
AMÉRICA DO NORTE	Canada	1	13
	USA	12	
AMÉRICA DO SUL	Brasil	1	1
EUROPA	Espanha	3	9
	Itália	4	
	Polónia	1	
	Holanda	1	
OCEANIA	Austrália	2	3
	Austrália e Nova Zelândia	1	
ÁSIA	Coreia do Sul	1	6
	Índia	2	
	Irão	2	
	RP China	1	

QUADRO 3: Continentes/países dos estudos em análise

Antes de proceder à extração de dados dos estudos a partir da aplicação do formulário personalizado, com base no *checklist* orientado pelo *Joanna Briggs Institut* (ANEXO 1), realizamos a análise de termos constante dos 32 artigos selecionados que respondiam adequadamente aos critérios de inclusão definidos.

3.1.2. Mapas baseados em rede de dados

A análise de termos foi realizada com recurso uma ferramenta de software, VOSviewer[®] version 1.6.18, para criar mapas baseados em rede de dados e para visualizar e explorar esses mapas (N. J. van Eck & Waltman, 2022). O recurso a esta estratégia de mapeamento de termos nos artigos selecionados teve como propósito principal: Definir dimensões temáticas da *scoping review*. O VOSviewer[®] pode ser usado para construir redes de publicações científicas, revistas científicas, pesquisadores, organizações de pesquisa, países, palavras-chave ou termos. Os itens nessas redes podem ser conectados por coautoria, coocorrência, citação, acoplamento bibliográfico ou links de cocitação. Embora o VOSviewer[®] se destine principalmente à análise de redes bibliométricas, pode ser usado para criar, visualizar e explorar mapas com base em qualquer tipo de dados de rede (N. J. van Eck & Waltman, 2022). O software VOSviewer[®] oferece uma série de análises gráficas baseadas na coocorrência dos itens analisados (N. J. van Eck & Waltman, 2010): a visualização de rede; a visualização de sobreposição e a visualização de densidade. A funcionalidade de zoom e rolagem permite que um mapa seja explorado em detalhes, o que é essencial ao trabalhar com mapas contendo milhares de itens. O sistema apresenta também a conexão entre termos relacionados, proporcionando a divisão em grupos denominados *clusters*. Cada *cluster* é representado por uma cor e agrega todos os itens considerados similares. O tamanho dos círculos dos mapas demonstra o número de ocorrência do item e a proximidade entre dois itens revela o seu grau de relação, quanto mais próximos, maior será a sua relação (Nees Jan van Eck, Waltman, Dekker, & van den Berg, 2010).

Para construir a rede de dados, utilizamos os arquivos de banco de dados bibliográficos (arquivos da Web of Science, Scopus, PubMed e Ebsco) e arquivos gerenciadores de referência (arquivo RIS), como entrada para o VOSviewer[®], resultante dos artigos incluídos para esta *scoping review*. Para isso, procedeu-se à extração de termos dos títulos e resumos dos 32 artigos incluídos na *scoping review*. Seguindo as instruções oferecidas pelo sistema

(N. J. van Eck & Waltman, 2022), criamos um mapa de dados tendo por base a “coocorrência” de termos dos campos “título e resumo” dos artigos selecionados, recorrendo ao método de “contagem total” com base no número de ocorrências de um termo igual ou superior a 5 em todos os documentos. Foi calculada a relevância de cada termo, sendo selecionados 46 termos, sem “*default choice*”, agrupados em 6 clusters (QUADRO 4).

Cluster 1 Impacto organizacional	Cluster 2 Impacto nos cuidados	Cluster 3 Impacto no enfermeiro	Cluster 4 Impacto da carga de trabalho	Cluster 5 Impacto na tomada de decisões	Cluster 6 Impacto na formação: Preparação e conhecimento
leitos unidades cuidados críticos estratégias de desenvolvimento família hospital UCI doente crítico intervenção recursos fluxo	cuidados doença covid-19 covid-19 cuidados a doentes críticos cuidados enfermagem a doentes críticos unidades cuidados críticos experiência pandemia doente	ansiedade covid robustez enfermeiro risco função stresse	burnout funcionamento global trabalhador de saúde vida trabalho	crise tomada de decisão fator impacto surto	enfermeiro da linha da frente conhecimento equipamento de proteção individual uso

Nota: foram agregados alguns termos por equivalência semântica e lexical dentro do mesmo cluster (número final de termos=40)

QUADRO 4: Clusters de termos considerados similares

A Figura 7 apresenta a visualização da rede, com a conexão entre termos relacionados, proporcionando a divisão em grupos denominados clusters. Cada cluster é representado por uma cor e agrega todos os itens considerados similares. O tamanho dos círculos dos mapas demonstra o número de ocorrência do item e a proximidade entre dois itens revela seu grau de relação, quanto mais próximos, tanto mais relacionados (Nees Jan van Eck et al., 2010). Quanto mais importante um item, tanto maior será a sua escrita e o seu círculo representativo (N. J. van Eck & Waltman, 2010).

Analisando os clusters, percebemos que o agrupamento em vermelho é formado por palavras ligadas ao contexto dos estudos realizados: organizacional. Estes estudos são na sua maior parte relacionados com o número de leitos, as unidades cuidados críticos, o hospital, os recursos existentes, as restrições às visitas e às estratégias desenvolvidas. O agrupamento verde consiste em termos relacionados os cuidados prestados em unidades de doentes críticos e a experiência vivenciada pelo enfermeiro na prestação de cuidados a doentes com

à cor de um determinado cluster é determinado pelo número de itens pertencentes a esse cluster na vizinhança do ponto.

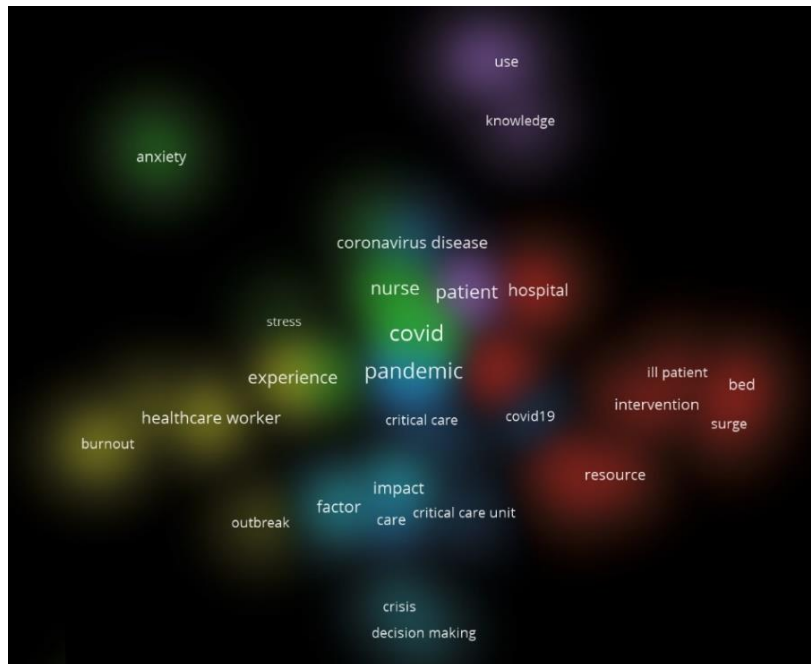


FIGURA 8: Visualização da rede com base na densidade de ocorrências dos termos em cada cluster

Após a realização deste mapeamento de termos e identificação dos principais clusters assumimos um modelo para as dimensões temáticas que suportaram a análise de conteúdo das unidades de registo extraídos a partir da aplicação de um formulário personalizado, com base no *checklist* orientado pelo *Joanna Briggs Institut*, JBI Manual for Evidence Synthesis⁸ (ANEXO 5). A pandemia por COVID-19 teve um impacto relevante em diferentes esferas dos cuidados de enfermagem: Esfera do Enfermeiro e da Prática de Enfermagem, Esfera do doente e Esfera organizacional (Pate et al., 2021). Tendo por base o referido por estes autores e o resultado da análise dos mapas baseados em rede de dados, procedemos, como era nosso propósito à definição das dimensões temáticas que suportaram a análise de conteúdo ao *corpus de análise* resultante dos artigos que incluem esta *scoping review*:

1. **Dimensão temática: Impacto da pandemia por COVID-19 no enfermeiro**
2. **Dimensão temática: Impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem**
3. **Dimensão temática: Impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações**

⁸ <https://jbi.global/ebp>

3.1.3. Análise de conteúdo: impacto da pandemia por COVID-19

A extração de conteúdo encontra-se descrita de forma narrativa. Os dados que emergiram da *scoping review* estão organizados em dimensões, subdimensões, categorias e subcategorias. Como referimos anteriormente, as dimensões temáticas que emergiram da análise foram: A) Impacto da pandemia por COVID-19 no enfermeiro; B) Impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem; e C) Impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações. A Figura 9 apresenta um diagrama de fluxo com as dimensões e subdimensões temáticas do impacto da pandemia por COVID-19.

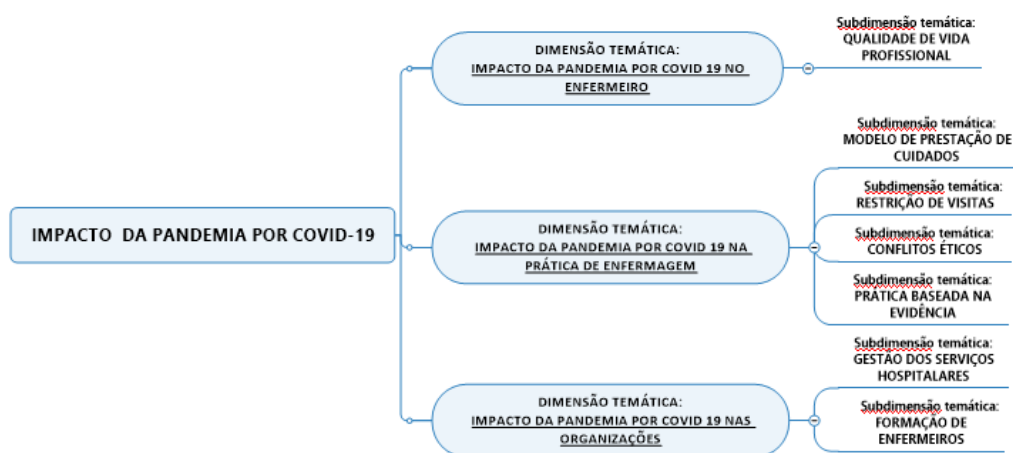


FIGURA 9: Diagrama de fluxo com as dimensões e subdimensões temáticas do impacto da pandemia por COVID-19

3.1.3.1. Dimensão temática: Impacto da pandemia por COVID-19 no enfermeiro

Desde o início da pandemia por COVID-19, os profissionais da saúde em geral, e em particular os enfermeiros, têm vivenciado alterações na dinâmica de trabalho, com impacto na vida pessoal e profissional.

3.1.3.1.1. Subdimensão temática: Qualidade de Vida Profissional

Esta subdimensão do impacto da pandemia nos enfermeiros emerge de várias conclusões dos estudos realizados nesta matéria, apontando para aspetos associados: ao exercício do papel, ao reconhecimento e valorização profissional, ao desgaste físico e emocional, à promoção do bem-estar. Claramente, identificamos em cada uma destas categorias,

subcategorias que envolvem impactos positivos e/ou negativos da pandemia nos enfermeiros. A Figura 10 apresenta uma síntese das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Qualidade de Vida Profissional dos Enfermeiros” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nos enfermeiros.

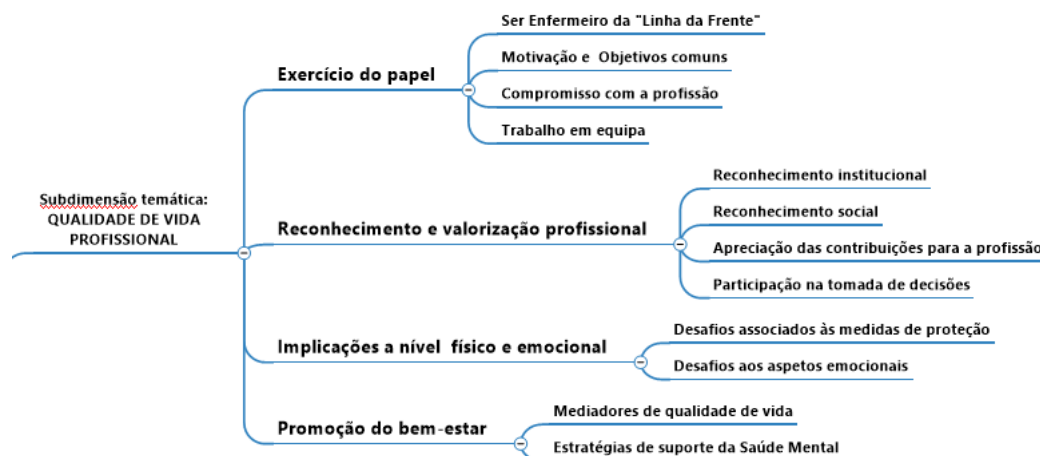


FIGURA 10: Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Qualidade de Vida Profissional dos Enfermeiros” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nos enfermeiros

EXERCÍCIO DO PAPEL

❖ *Ser Enfermeiro da “Linha da Frente”*

A pandemia por COVID-19 colocou à sociedade em geral um dos maiores desafios na área da Saúde. Esta situação exigiu uma resposta rápida dos enfermeiros, colocando-os na linha de frente do combate a esta pandemia. Os estudos salientam este papel relevante no contacto direto com os doentes, mas também apresentam os desafios e oportunidades que tiveram de enfrentar. Podemos considerar que este contexto nos traz algumas reflexões associadas a um impacto com vertentes positivas (protagonismo e uma maior valorização profissional (Chegini, Arab-Zozani, Rajabi, & Kakemam, 2021; Zeydi et al., 2021); novas oportunidades de desenvolvimento profissional (Zeydi et al., 2021) e satisfação com o trabalho realizado (Villa et al., 2021)). Mas, por outro lado, envolve outras vertentes negativas, entre outras, emoções que se misturam: estar com medo, viver na incerteza, sentir-se inadequado; perceber a falta de preparação e a necessidade de supervisão (Danielis et al., 2021); vivenciar um sentimento de impotência perante um cenário com muitos fatores desconhecidos e complexos (Villa et al., 2021). Estar na linha da frente implicou enfrentar desafios associados:

- ao caráter desconhecido da doença pandémica (Nahidi et al., 2022; Brockopp, Monroe, Davies, Cawood, & Cantrell, 2021);
- à falta e ao desconhecimento do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) (Mousavizadeh, Merdasi, & Safari, 2021);
- à consciencialização sobre a importância do uso de EPI adequado, da proficiência na colocação e retirada de EPI, da aceitabilidade da diretriz (para cada indivíduo), da experiência anterior, da liderança e da comunicação (Min et al., 2021);
- aos comportamentos no uso de EPIs (condições de uso, liderança no processo, comunicação e cooperação com os outros, com base na experiência anterior) (Min et al., 2021);
- à necessidade de desenvolver habilidades para utilizar novas ferramentas de comunicação (Danielis et al., 2021; Kurth et al., 2021; Wendlandt, Kime, & Carson, 2022);
- ao lidar com a morte e com a situação da família (Noorland, Hoekstra, & Kok, 2021; Brockopp et al., 2021);
- às condições dos locais de trabalho e o treino inadequado da equipe (Chegini et al., 2021);
- à sobrecarga de trabalho (por falta de pessoal adequado para cuidar de um elevado número de doentes (Sharon C. O'Donoghue et al., 2021; Rollison, Horvath, Gardner, McAuliffe, & Benson, 2021), pelo elevado volume de horas consecutivo e a fatores relacionados com o afastamento do trabalho e absentismo (Mousavizadeh et al., 2021);
- o sentimento de discriminação profissional (Chegini et al., 2021).

❖ **Motivação e Objetivos comuns**

A pandemia colocou enormes desafios aos enfermeiros, gerando expectativas fortes sobre a sua atividade neste contexto, e em que medida o seu desempenho contribui para o alcance dos resultados desejados. O potencial motivador dos resultados do trabalho encontra-se associados a sentidos simbólicos construídos pelos enfermeiros em referência a eles, que expressam essa motivação e objetivos comuns: a contribuição social do seu desempenho, o gosto pelo que faz, a realização profissional, o reconhecimento e a valorização atribuída ao seu papel. As experiências relatadas pelos enfermeiros durante a pandemia por COVID-19 destacam o protagonismo de enfermeiros em todas as interfaces. Os enfermeiros assumem um papel de relevo na composição das comissões, na construção de protocolos e fluxos de

cuidados, no planeamento e funcionamento da estrutura física, na gestão de recursos humanos capacitados, para além de atuarem na prestação direta de cuidados de enfermagem (Bitencourt et al., 2020).

❖ ***Compromisso com a profissão***

Para dar resposta às necessidades em cuidados de enfermagem geradas pela pandemia, assistimos a um grau elevado de compromisso de cada enfermeiro para com a profissão (Rodriguez et al., 2022). Compreender como cuidar do doente com COVID-19 tornou-se um desafio para os enfermeiros. O envolvimento positivo dos enfermeiros, intensificando uma flexibilidade e adaptabilidade perante as novas exigências revelou um verdadeiro compromisso profissional (Borges et al., 2021). Assistimos a uma mobilização enorme dos enfermeiros, que trabalharam no limite da exaustão física e emocional para salvar o maior número de vidas possível. As experiências de enfermeiros de cuidados intensivos reportam também desafios profissionais, traduzidos por experiências positivas, nomeadamente um maior compromisso com a profissão (Chegini et al., 2021; Zeydi et al., 2021). Neste contexto, as ações dos enfermeiros tenderam a ir além do compromisso profissional, como uma responsabilidade fundamental voltada para as normas do sistema social com o qual estão comprometidos intencionalmente ou não (como o caso do Irão). Muitos desses valores sociais estão na moral religiosa, que fornece uma ligação entre os conceitos humanitários e a ética religiosa e são fortalecidos durante as crises sociais (Chegini et al., 2021).

❖ ***Trabalho em Equipa***

Um dos desafios que emerge deste contexto de pandemia é o “trabalho em equipa” com novos profissionais de saúde, que implicou capacidade de manter relacionamentos pré-existent e promover novos relacionamentos (Cadge et al., 2021). Podemos afirmar que o contexto de pandemia interrompeu a manutenção das relações da equipe.

Desafios no trabalho com novos colegas e equipas

Os enfermeiros relataram que se colocaram novos desafios, quando foram separados dos colegas das suas unidades de origem, para integrar novas equipas e trabalhar com outros colegas de profissão. Salientam a sensação de desconforto vivenciado, sentindo-se desconectados, e muitas vezes, perdendo o contato com a liderança que os apoiava anteriormente (Cadge et al., 2021). Negociar novos relacionamentos entre os profissionais de novas equipas era algo que demorava tempo, e muitas vezes, desafiador. Em algumas

unidades os líderes acolheram formalmente os enfermeiros em suas unidades e tentaram cimentar as relações entre as duplas de enfermeiros, fazendo-os sentir-se parte da equipa (com um objetivo comum) (Cadge et al., 2021). Os papéis e responsabilidades dos enfermeiros, especialmente quando trabalham em pares, precisavam ser esclarecidos. Os enfermeiros lutaram com a falta de papéis definidos (Cadge et al., 2021). A mobilização de novos enfermeiros para as UCI implicava definir claramente o âmbito de intervenção de cada um dos enfermeiros, sabendo, que muitos dos novos enfermeiros não tinham experiência de cuidar de doentes em situação crítica.

Desafios para manter relacionamentos existentes

Os enfermeiros destacaram a importância de obter apoio das relações de trabalho existentes à medida que vivenciavam a intensidade e os desafios da pandemia. Para alguns enfermeiros, saber que ficariam com colegas da sua unidade de origem, durante o processo de reorganização das equipas, foi essencial para a decisão de se voluntariar para a criação de novas UCI. Os enfermeiros relataram recorrer uns aos outros na procura de apoio, mesmo quando eram disponibilizados recursos institucionais, ou seja, o apoio inter-pares era preferido em oposição a recursos institucionais (Cadge et al., 2021). Estes autores relatam que os participantes do estudo consideraram que as relações existentes facilitaram a superação dos desafios de cuidar em situações novas e difíceis, dado que se conheciam suficientemente bem para saber como se apoiarem perante qualquer dificuldade vivenciada.

RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

A motivação humana não se dá apenas a partir de bens materiais. O reconhecimento e a valorização do trabalho desenvolvido são aspetos que emergem dos resultados dos estudos seleccionados (Cadge et al., 2021; Elliott, Crowe, Abbenbroek, Grattan, & Hammond, 2022; Zeydi et al., 2021). Estes elementos são apontados pelos enfermeiros como aspetos fundamentais para lidar com o contexto de pandemia, por forma a potenciar o envolvimento e sentido de pertença dos enfermeiros às instituições de saúde.

❖ Reconhecimento institucional

Os enfermeiros consideraram importante o reconhecimento institucional do seu trabalho. Contudo, em alguns contextos, verificaram falta de reconhecimento do papel desempenhado pelos enfermeiros no combate à pandemia por parte dos administradores do hospital. Face aos riscos que enfrentavam ao cuidar de doentes com COVID-19, os enfermeiros procuravam

o reconhecimento dos gestores hospitalares. Enquanto alguns enfermeiros descreveram situações em que a liderança do hospital foi capaz de fornecer rapidamente o que era necessário, outros enfermeiros sentiram que o seu trabalho não era valorizado (Cadge et al., 2021).

❖ ***Reconhecimento social***

Os enfermeiros consideraram que na fase inicial da pandemia pouco se sabia sobre a doença por COVID-19. Paralelamente, a população desconhecia o que se passava no interior dos hospitais com os profissionais de saúde no combate a esta situação, nomeadamente, o medo, o estigma, o isolamento e outros desafios que eles enfrentavam. Essa falta de compreensão tornou o apoio intra-institucional ainda mais importante para os enfermeiros (Cadge et al., 2021). Outro facto relevante prendeu-se com as notícias veiculadas pela comunicação social sobre a importância da atuação dos enfermeiros nos cuidados diários aos doentes e seus familiares. Esta divulgação contribuiu para a valorização do reconhecimento tão procurado pelos enfermeiros. A sociedade sentiu que era necessário “cuidar de quem cuida”, valorizando o seu trabalho e a necessidade de ampliação da capacidade de autoproteção dos enfermeiros (Cadge et al., 2021; Elliott et al., 2022). As notícias na comunicação social denunciavam a falta de EPIs nos estabelecimentos hospitalares e salientam-se vulnerabilidades dos profissionais de enfermagem diante da necessidade de proteção. Reconheceu-se a necessidade de recursos adequados para que os enfermeiros pudessem cumprir com segurança o seu papel. Simultaneamente, reconheceu-se a oportunidade de melhorar a remuneração e aumentar a compensação por risco (Elliott et al., 2022).

❖ ***Apreciação das contribuições para a profissão***

Os cuidados prestados pelos enfermeiros durante a pandemia permitiu uma melhor apreciação das contribuições da profissão de enfermagem e de novas oportunidades para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem (Zeydi et al., 2021). Este contexto contribuiu para um dos aspetos positivos vivenciados pelos enfermeiros, que correspondeu a um maior respeito de outras pessoas pelos “seus sacrifícios”. O papel relevante dos enfermeiros de unidades de cuidados intensivos (UCI) na recuperação dos doentes com COVID-19 em situação crítica, o desenvolvimento de protocolos de atuação específicos para a gestão de problemas complexos de saúde (Bitencourt et al., 2020) proporcionaram novas oportunidades para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem (Zeydi et al., 2021). O

fortalecimento do espírito de cooperação, o orgulho em si mesmo como enfermeiro comprometido, o fortalecimento da autoconfiança no cuidado aos doentes e o apoio público aos enfermeiros e outros profissionais de saúde foram outras experiências positivas dos enfermeiros durante a pandemia de COVID-19 (Zeydi et al., 2021).

❖ *Participação na tomada de decisões*

O contexto de pandemia por COVID-19 viveu-se num meio de incertezas, riscos e probabilidades geradas. Contudo, em muitos momentos foi exigido das equipas de saúde tomadas de decisão com base em informações estruturadas, contextualizadas e coerentes, que fossem disponibilizadas e atualizadas em tempo útil. Os enfermeiros tiveram também neste contexto um papel de extrema relevância, na integração em comissões específicas, participando de reuniões para a tomada de decisões, quer relacionadas com o planeamento e funcionamento das unidades, com da gestão de recursos humanos, construção de protocolos e fluxos de cuidado (Bitencourt et al., 2020; Zeydi et al., 2021). A imersão do enfermeiro na gestão das decisões políticas, no que se refere aos fluxos operacionais e clínicos, permitiram que os enfermeiros se fossem tornando protagonistas de gestão de equipas, dimensionamento de pessoal, cuidado, treino e suporte psicológico às diferentes equipas de enfermagem (Bitencourt et al., 2020).

IMPLICAÇÕES A NÍVEL FÍSICO E EMOCIONAL

Os enfermeiros enfrentaram com muita frequência condições de trabalho instáveis, a que se associava um ambiente marcado pela falta de segurança, com infraestruturas muitas das vezes inadequadas. Este contexto contribuiu para elevados níveis de desgaste profissional, com impacto negativo a nível físico e emocional (Ozga, Krupa, Witt, & Medrzycka-Dabrowska, 2020; Chegini et al., 2021; Tripathy et al., 2021), que influenciou a qualidade de vida profissional e a assistência à saúde. Essas situações foram mais comuns nos profissionais da linha de frente de combate a COVID-19, particularmente na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, devido às longas horas de trabalho consecutivas, com recursos materiais e humanos escassos (Carmassi et al., 2022). Fatores como a carga de trabalho, ineficiência e falta de recursos, falta de significado no trabalho, culturas e valores, falta de controle e flexibilidade, perda de apoio social e comunidade no trabalho e falta de integração trabalho-vida social levam ao esgotamento (Gomez et al., 2020). Estas questões, mas também aquelas relacionadas ao próprio enfermeiro, como síndrome de *burnout*, fraqueza e esgotamento, podem acarretar graves consequências na assistência de enfermagem. Os enfermeiros

vivenciaram sentimentos de diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental (Ozga et al., 2020). Os enfermeiros sofrem com estigmas e medo por manterem um contado direto com o vírus no seu dia-a-dia, medo pela própria saúde e medo pela saúde da família (Mousavizadeh et al., 2021; Hammond et al., 2021; Tripathy et al., 2021). Estas situações geram emoções mistas ou ambivalentes, stresse e até mesmo sentimento de culpa por não poderem realizar tarefas normais nas suas casas ou eventualmente o exercício da parentalidade, devido ao medo de infectar membros da família (Tripathy et al., 2021).

❖ ***Desafios associados às medidas de proteção***

O uso adequado de medidas de proteção, foi ao longo da pandemia um tema complexo e que sofreu influência de diversos fatores: o impacto gerado na relação enfermeiro/doente devido aos EPIs, com desgaste emocional e físico, associado ao “não poder estar presente” através da interação verbal e o toque (Brockopp et al., 2021). Por outro lado, a consciência de estar em risco constante influencia o comportamento dos profissionais, a desconfiança das evidências sobre equipamentos de proteção individual (Bourgault, Davis, Peach, Ahmed, & Wheeler, 2022). Apesar de se saber que os EPIs devem ser usados durante o trabalho, o stresse associado a uma possível infecção também produz um maior risco de desenvolver sintomas de *burnout* (Ozga et al., 2020). Por isso, sentia-se a necessidade de um maior debate de questões que envolvem a biossegurança na prestação de cuidados de enfermagem, com foco para a diminuição dos riscos ocupacionais. Neste caso, o *debriefing*, por sua vez, poderá ser uma ferramenta a ser utilizada para potencializar a aprendizagem por meio da experiência (Elliott et al., 2022; Nahidi et al., 2022) fornecendo aos enfermeiros maior segurança, contribuindo para a prevenção do desgaste físico e emocional.

Reações adversas do uso de EPIs

O uso prolongado dos EPIs causa desconforto podendo influenciar a prática da sua utilização. Foram relatadas a ocorrência de reações gerais associadas ao uso de EPIs, como cefaleia (73,4%), sudorese extrema (59,6%) e dificuldade para respirar (36,7%) (Jose, Cyriac, & Dhandapani, 2021). Neste estudo, os principais problemas de saúde expressos devem-se principalmente ao tamanho inadequado dos EPIs, que dificultam a realização dos procedimentos pelos enfermeiros e a deambulação. Por outro lado, o calor e a humidade gerados no interior do EPI após o período prolongado do seu uso, causa desconforto, com sudorese intensa, inquietação, cefaleias, fraqueza e tontura (Jose et al., 2021). Foram

relatadas reações adversas locais, nomeadamente, lesões na pele e mucosa, relacionadas ao uso inadequado e prolongado do EPI, principalmente nas regiões de grande contato, como face (essencialmente ao nível do nariz) e cabeça. Estas reações adversas encontram-se associadas:

- ao uso de máscara e óculos/proteção facial, com lesão da ponte nasal (76,64%) e recuo e dor na parte posterior das orelhas (66,42%);
- ao uso de luvas de látex, com permanência excessiva da pele com suor (70,07%) e lesões na pele (19%);
- ao uso de vestuário de proteção, com a presença de sudorese excessiva (71,53%) (Jose et al., 2021).

As reações adversas podem aumentar a resistência dos profissionais quanto à utilização correta, mesmo conhecendo os protocolos que preconizam os equipamentos como indispensáveis. Por isso, é necessário que se debata com os enfermeiros os seus comportamentos para com o uso de EPI e se desenvolvam experiências indutoras de consciencialização (Min et al., 2021) .

Medidas de prevenção da infeção

Embora a transmissão do SARS-CoV-2, o vírus que causa a COVID-19, tenha ocorrido essencialmente fora dos estabelecimentos de saúde. O elevado número de infeções reforçou a necessidade e urgência de proteção da equipe de saúde. As políticas destinadas a proteger os profissionais de saúde e a prevenir a transmissão do vírus, implicou a implementação de protocolos, que permitissem tornar os locais de trabalho seguros (Min et al., 2021). O alto nível de difusão do agente patogénico e sua virulência, tornou essencial conhecer e tomar as medidas pertinentes de forma correta para prevenir o contágio dos profissionais de saúde e evitar que se tornem potenciais transmissores da doença. Era necessário evitar a desconfiança dos enfermeiros sobre a “falta de evidência” (Bourgault et al., 2022) associada a este novo contexto de pandemia. Como resposta a esta situação, foram tomadas uma série de medidas imediatas, como melhor orientação sobre o uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPIs), processo de desinfecção de todos os locais nas unidades hospitalares, tendo por base os estudos mais recentes sobre o impacto da doença. Assumiu-se também a importância de um sistema de rastreamento de emergência para monitorizar todo o pessoal de saúde exposto, a que se associou a deteção rápida e o isolamento de doentes infetados. Sentiu-se a necessidade de uniformidade nas recomendações das

políticas nacionais e locais, nomeadamente: de diretrizes atualizadas e específicas oportunas para a seleção do tipo adequado de EPI (Min et al., 2021) de estratégias de promoção de ambientes de trabalho saudáveis em alinhamento com os padrões de enfermagem de cuidados intensivos (Rosa, Ferrell, & Wiencek, 2020). Assistimos, durante a pandemia por COVID-19, a restrição da presença de familiares nos hospitais (em alguns contextos limitada ou até proibida) (Ozga et al., 2020).

❖ ***Desafios associados aos aspetos emocionais***

O conceito de emoção definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2019) traduz a emoção como um processo psicológico, onde se verificam sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados, que podem aumentar com o stresse ou com a doença. Os estudos reforçam que as principais implicações na saúde mental dos profissionais como uma experiência negativa associada a vários problemas emocionais (Bourgault et al., 2022; Carmassi et al., 2022; Rodriguez et al., 2022; Nahidi et al., 2022; Hammond et al., 2021; Brockopp et al., 2021; Chegini et al., 2021; Zeydi et al., 2021; Villa et al., 2021; Noorland et al., 2021; Tripathy et al., 2021; Mousavizadeh et al., 2021; Gomez et al., 2020; Ozga et al., 2020). Os resultados mostraram os enfermeiros experimentaram níveis significativos de ansiedade, depressão, medo, stresse, angústia, tristeza, distúrbios do sono, *burnout*, transtorno de stresse pós-traumático, obsessão e exaustão. Os enfermeiros manifestaram sentimentos de solidão e angústia associados à vivência do contexto de prestação de cuidados e à falta de apoio da organização (Villa et al., 2021). A diminuição nos níveis de robustez avaliados após a primeira onda de COVID-19 em comparação com a linha de base, associou-se a um aumento dos níveis de ansiedade a que correspondeu uma redução em todas as dimensões da resiliência disposicional (Rodriguez et al., 2022). A frustração e o desamparo apareceram ligados a um sentimento de inadequação e incapacidade de mudar a realidade diante do que estava acontecendo (Villa et al., 2021). Os enfermeiros que trabalham nas unidades de cuidados intensivos apresentaram mais transtornos de humor do que enfermeiros de outras enfermarias (Mousavizadeh et al., 2021).

Preocupações em contrair SARS-CoV-2

Os enfermeiros relataram preocupações associadas à contração de SARS-CoV-2, quer pela falta de equipamento de proteção individual (EPI) adequado e o medo da escassez de EPI (Nahidi et al., 2022; Hammond et al., 2021). Contudo o medo de contrair a doença e o estigma

de testar positivo foram aspetos mencionados pelos enfermeiros (Noorland et al., 2021; Brockopp et al., 2021). Em alguns contextos esse medo de contrair a doença (medo pela sua própria saúde) e medo de contaminar a família (medo pela saúde da sua família) (Mousavizadeh et al., 2021). Estas preocupações estavam associadas a alguma confusão gerada na informação disponibilizada (preocupações com a sensibilidade do “Real-time PCR”, com a qualidade do EPI e com as diretrizes que eram frequentemente alteradas) (Tripathy et al., 2021). Este comportamento foi universal em todas as idades, funções e tipos de profissionais de saúde, verificando-se em alguns contextos recusa de prestação de cuidados a doentes e a renúncia do exercício da sua função durante a pandemia (Tripathy et al., 2021).

Associados à sobrecarga de trabalho

A pandemia COVID-19 afetou de forma disruptiva o dia-a-dia dos enfermeiros, particularmente aqueles que trabalham em UCI. Estas unidades acolhendo doentes em situação crítica, em que cada minuto é vivido de uma forma extremamente intensa, levava já por si, a uma carga emocional enorme. Associado este contexto, os enfermeiros vivenciaram uma sobrecarga de trabalho intensa (Nahidi et al., 2022; Chegini et al., 2021; Kurth et al., 2021; Sharon C. O'Donoghue et al., 2021; Zeydi et al., 2021; Gomez et al., 2020) (devida à elevada procura de cuidados de saúde e de necessidade de unidades com capacidade de respostas para as situações críticas). A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros tornou-se notória face à falta de pessoal adequado para cuidar dos elevados volumes de internamento de doentes (Sharon C. O'Donoghue et al., 2021; Zeydi et al., 2021). As exigências associadas ao trabalho dos enfermeiros (o número elevado de horas de trabalho, a pressão do tempo necessário para os cuidados (Danielis et al., 2021), a falta de condições de segurança, o trabalhar num ambiente de alto risco (Elliott et al., 2022; Jose et al., 2021; Kurth et al., 2021; Hammond et al., 2021), a falta de experiência de alguns enfermeiros (Zeydi et al., 2021; Gomez et al., 2020), foram os fatores mais promotores do *burnout* (Carmassi et al., 2022; Ozga et al., 2020; Gomez et al., 2020).

PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

Os hospitais e os profissionais de saúde em geral estiveram na linha da frente na gestão da pandemia e ficaram expostos a um maior número de riscos psicossociais no trabalho. Como foi referido anteriormente, os enfermeiros identificaram vários aspetos que contribuíram para um desgaste físico e emocional, entre outros, a exigência do trabalho, a falta de condições de trabalho, novas responsabilidades no trabalho e o impacto gerado pela

sobrecarga e pelo risco de contaminação no afastamento da família. Outro aspeto relevante prende-se com o acesso à informação. A OMS, entre outras organizações, aconselhou durante a pandemia, um consumo moderado de informação, concentrando-se num número reduzido de fontes fiáveis e estabelecendo limites à quantidade de informação lida, vista ou ouvida (WHO, 2020).

Os desafios enfrentados pelos enfermeiros podem ser um gatilho para desencadear ou intensificar alterações no seu bem-estar. Como estratégias de promoção do bem-estar os enfermeiros relataram a importância de alguns aspetos a introduzir no seu dia-a-dia:

- adquirir conhecimento, aceder a recursos adequados para a função e apoio para que possam responder eficazmente à pandemia;
- acesso frequente à formação e treino, incluindo simulação;
- cumprir com segurança seus papéis (por exemplo: em relação ao uso EPI e treino);
- valorizar o seu tempo: “tempo e espaço adequado” entre os turnos para descansar, para se recuperar e para se exercitar;
- acesso a informações consistentes e claras; e comunicações priorizadas (a sobrecarga de informação contribui para a ansiedade e stresse, afetando negativamente o seu bem-estar);
- e, “autenticidade e suporte ao bem-estar”, através de *debriefing* regular e, essencialmente “ações e não apenas palavras” (Elliott et al., 2022).

O significado no trabalho, o apoio social e a comunidade no trabalho, a cultura e os valores da comunidade de trabalho pareciam ser protetores do desenvolvimento de *burnout* como fontes de bem-estar (Gomez et al., 2020). A resistência e a ansiedade têm também um papel relevante no bem-estar dos profissionais de saúde e, em última análise, na qualidade dos cuidados prestados (Rodriguez et al., 2022). Outros aspetos referenciados pelos enfermeiros reportaram que este momento deveria ser uma oportunidade de melhorar a remuneração e aumentar a compensação por risco (Elliott et al., 2022):

- encorajar as relações (com os colegas, com a família e amigos);
- reservar mais tempo para estar em contacto com os seus amigos e família;
- focar-se no que é positivo: explorar e celebrar as boas notícias, os esforços dos trabalhadores da saúde;

- limitar a informação recebida acerca da pandemia através dos meios de comunicação social.

❖ *Mediadores de qualidade de vida*

Durante a pandemia tornaram-se fundamentais os mediadores do stresse e da qualidade de vida física e mental. A autoeficácia do enfermeiro da UCI desempenha papel fundamental na relação entre o stresse e os componentes da qualidade de vida da saúde física e mental. O modelo sequencial mostra que a autoeficácia (“sou capaz de lidar com isso”) é necessária para obter recursos psicológicos adaptativos e eficazes (ou seja, resiliência) (Penacoba et al., 2021). A resiliência envolve respostas humanas à adversidade, sendo definida como “a capacidade de reagir ao stresse de maneira saudável, de modo que os objetivos sejam alcançados com um desgaste psicológico e físico mínimo” (Rodriguez et al., 2022). Para estes autores, pessoas com níveis adequados de resiliência podem superar rapidamente as dificuldades e tornarem-se mais fortes, prevenindo problemas negativos de saúde mental. Os enfermeiros gestores, como consequência das reorganizações dos hospitais, tiveram que lidar com um contingente de enfermeiros recém-contratados ou transferidos para ambientes clínicos mais complexos, e a lacuna nas competências de cuidados intensivos teve que ser rapidamente ultrapassada. Circunstâncias semelhantes também ocorreram durante a reconversão de enfermarias gerais em enfermarias de cuidados intensivos COVID-19. Finalmente, as cargas de trabalho de enfermagem durante a pandemia de COVID-19 aumentaram significativamente com longos turnos de trabalho e tempo inadequado para descansar. A alta pressão de trabalho e a incerteza sobre os riscos do COVID-19 aumentaram os níveis de ansiedade, depressão, transtorno de stresse pós-traumático, exaustão emocional e *burnout* dos enfermeiros (Rodriguez et al., 2022). As configurações organizacionais mudaram durante a pandemia e forçaram os sistemas de saúde a adaptarem-se imediatamente com novas unidades COVID-19 e UCIs COVID-19, para lidar prontamente com a situação de emergência. Considerando a mudança no cenário clínico, seria de esperar que a atribuição de enfermeiros às unidades de COVID-19 tivesse um grande impacto no nível de robustez. Contudo, os resultados não confirmaram completamente essa hipótese, como mostram os valores de delta pequenos. A relação linear entre a satisfação com a realocação do ambiente de trabalho apresentou associação significativa e positiva com os níveis de robustez, com variação entre 10% e 25%, e impacto particular nas medidas de comprometimento e controle. Uma percepção positiva da realocação do ambiente de trabalho, aqui, está estritamente ligada a um maior nível de robustez (Rodriguez et al., 2022).

A resistência e a ansiedade têm um papel relevante no bem-estar dos profissionais de saúde e, em última análise, na qualidade dos cuidados prestados. O tempo de serviço é um fator de proteção para a robustez (*hardiness*), principalmente no que diz respeito ao comprometimento e ao desafio. No entanto, a interação do tempo de serviço com maiores níveis de ansiedade é um fator de risco que afeta negativamente todas as esferas de robustez (Rodriguez et al., 2022). Curiosamente, no mesmo estudo, o mesmo tempo de serviço, associado a maiores níveis de satisfação com a realocação a outros ambientes de trabalho, é fator de proteção ao desafio. Como referimos anteriormente, ambos os recursos (primeiro autoeficácia e segundo resiliência) mostram-se como mediadores entre o stresse e os componentes de saúde física e mental da qualidade de vida durante a pandemia de COVID-19 em enfermeiros de UCI. No estudo desenvolvido por Penacoba e colaboradores, verificou-se um efeito indireto significativo dos níveis de stresse percebido nos componentes de saúde física e mental por meio da autoeficácia e da resiliência: maior percepção de autoeficácia foi associada a menor percepção de stresse e maior resiliência foi associada a maior saúde física e mental (Penacoba et al., 2021). Por outro lado, altos níveis de ansiedade foram fatores de risco para reduzir a robustez. Em contrapartida, a ansiedade, quando associada ao maior tempo de serviço, foi factor promotor do aumento da robustez (Rodriguez et al., 2022).

❖ **Estratégias de Suporte da Saúde Mental**

Os resultados obtidos nos diferentes estudos, confirmam as alterações profundas provocadas pela COVID-19 no quotidiano dos enfermeiros com impactos na sua saúde mental e bem-estar, nomeadamente, os enfermeiros que estão na primeira linha de combate à pandemia. As estratégias de suporte da saúde mental reportam aspetos já anteriormente referidos como promotores do bem-estar: como a autenticidade, o *debriefing* regular, a informação disponibilizada sobre a pandemia (consistente, clara, com redução do volume e frequência), Valorização e apoio do pessoal de saúde (Chegini et al., 2021). As emoções positivas como confiança, associada a maiores níveis de percepção de conhecimento sobre a COVID-19 podem ocasionar maior sensação de controle, o qual protegeria o bem-estar emocional. O sentimento de satisfação interior e orgulho no trabalho, recompensas mentais e comprometimento com a profissão foram aspetos positivos pelos participantes, como promotores de bem-estar (Chegini et al., 2021). Os enfermeiros descreveram alguns sentimentos positivos de satisfação ligados à evolução favorável dos doentes. A melhoria da condição de saúde dos doentes permitiu que os enfermeiros entendessem os efeitos dos cuidados de enfermagem prestados e percebessem o ótimo trabalho que realizam (Villa et

al., 2021). Os mesmos autores referem que, em alguns momentos, os enfermeiros viviam “um vislumbre de luz” relativamente à pandemia. Consideram que foram percebidos sentimentos de esperança ligados à evolução da pandemia, geraram um amplo sentimento de alívio entre os profissionais de saúde que compararam as conquistas positivas com momentos anteriores em que a situação parecia completamente descontrolada. Paralelamente, as emoções positivas transmitidas pelos doentes associadas aos cuidados prestados atuavam como uma força motriz que sustentavam os enfermeiros durante seu trabalho. Essas emoções não apenas apoiaram os enfermeiros, mas também os recompensaram por seus esforços (Villa et al., 2021). Estes resultados sustentam a importância da autoconfiança nos cuidados prestados aos doentes e o contributo que traz para um sentimento de orgulho de si mesmo como enfermeiro comprometido (Zeydi et al., 2021). Os estudos também suportam a relevância do apoio psicológico, através de equipas específicas (Elliott et al., 2022) e a vantagem da existência de suporte social percebido (Elliott et al., 2022; Bitencourt et al., 2020).

3.1.3.2. Dimensão temática: impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem

Perante as novas realidades e desafios colocados pela pandemia, a prática de enfermagem teve que recorrer a novas estratégias para promover uma prestação de cuidados integral e eficiente. Foi necessário ultrapassar as adversidades encontradas, para que fosse possível assegurar uma prestação de cuidados de enfermagem com segurança e qualidade. Os artigos analisados permitiram nesta dimensão, identificar subdimensões que apontaram aspetos centrais de readequação de modelos de prestação de cuidados, reestruturação da organização e fluxo do trabalho diário, gestão de conflitos éticos, garantir a segurança e a qualidade dos cuidados numa prática baseada na evidência. Implicou necessariamente “experienciar dificuldades” para investir numa prática de cuidados de enfermagem “desejada”. Os pontos seguintes clarificam as categorias e subcategorias que emergiram desta análise que envolvem impactos positivos e/ou negativos da pandemia na prática de cuidados de enfermagem.

A Figura 11 apresenta uma síntese das dimensões e subdimensões temáticas, categorias e subcategorias na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de Enfermagem.

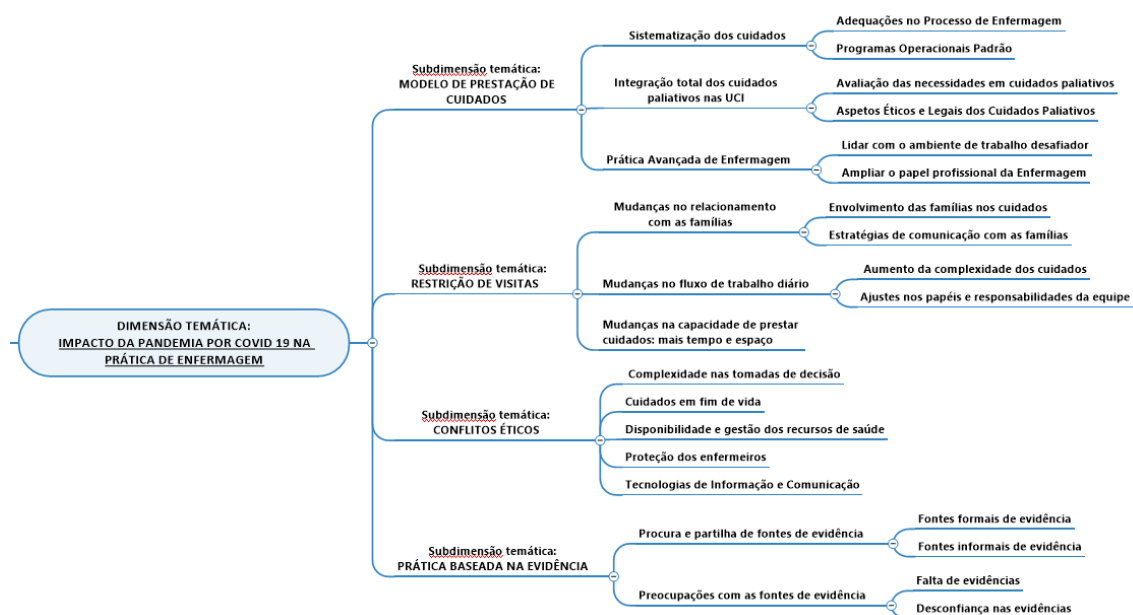


FIGURA 11: Diagrama de fluxo com as dimensões e subdimensões temáticas na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem

3.1.3.2.1. Subdimensão temática: Modelo de Prestação de Cuidados

Desde o início da pandemia, os enfermeiros têm enfrentado diferentes desafios e experiências na prestação de cuidados a doentes com SARS-CoV-2. A condição destes doentes em situação crítica implica o seu internamento em UCI, cujo ambiente de cuidados é complexo e exige dos enfermeiros conhecimentos específicos e habilidades para atuar junto a uma equipe multidisciplinar. O impacto da pandemia por COVID-19 no modelo de prestação de cuidados de enfermagem emerge de várias conclusões dos estudos realizados nesta matéria, apontando para aspetos associados à “sistematização dos cuidados”, a “integração total dos cuidados paliativos nas UCI” e, em alguns ambientes de cuidados, o assumir de uma “Prática Avançada de Enfermagem”. Claramente, identificamos em cada uma destas categorias, subcategorias que envolvem aspetos de adequação e reorganização dos cuidados de enfermagem.

A Figura 12 apresenta uma síntese das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Modelo de Prestação de Cuidados” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de Enfermagem.

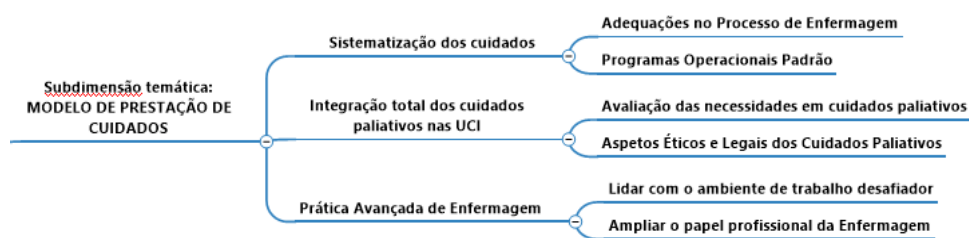


FIGURA 12: Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Modelo de prestação de cuidados” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem

SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS

A condição de saúde dos doentes internados em UCI exige a presença de enfermeiros com competências especializadas. Os doentes são submetidos a tratamentos complexos (entre outros: oxigenação por membrana extracorpórea, terapia de substituição renal contínua e ventilação mecânica), o que implica sistematização dos cuidados de enfermagem prestados e implementação de Programas Operacionais Padrão (Bitencourt et al., 2020). A alta complexidade clínica dos doentes com COVID-19 inevitavelmente leva os profissionais de saúde a enfrentar ritmos intensos de trabalho e alta intensidade assistencial (Villa et al., 2021). A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem como metodologia e operacionalização do trabalho tornou-se fundamental para direcionar e coordenar a assistência de enfermagem de forma individualizada. Em contexto de pandemia, o modelo de prestação de cuidados de uma UCI implica a avaliação do ambiente organizacional para identificar os fatores contextuais que afetam a prática (Geyer et al., 2022). A implementação do Processo de Enfermagem implica que o enfermeiro dê continuidade à colheita de dados acerca do estado de saúde do doente e da sua resposta ao processo de saúde e doença. O reconhecimento precoce e o diagnóstico rápido de doentes infectados são essenciais para impedir a transmissão e disponibilizar cuidados de suporte em tempo útil. Para isso, os momentos de *debriefing*, para além de potencializar a aprendizagem por meio da experiência (Elliott et al., 2022; Nahidi et al., 2022) permitiu momentos de reflexão sobre “a ação e na ação”. Estes momentos de *debriefing* tornaram-se essenciais para a adequação do modelo de prestação de cuidados a doentes com COVID-19, ajustado a cada contexto e realidade (Nahidi et al., 2022).

❖ Adequações no Processo de Enfermagem

No contexto do processo de conceção, implementação e avaliação dos cuidados prestados, os enfermeiros usam a metodologia do processo de enfermagem (PE). Durante o período de

pandemia, os enfermeiros procederam às adaptações necessárias à operacionalização das suas etapas (Bitencourt et al., 2020). Por exemplo, a recolha de dados centrada nas informações transmitidas pelos familiares (face às restrições de visitas) teve que passar a ser realizada por outras vias de comunicação, nomeadamente através de telefone ou videochamada (Bitencourt et al., 2020) (Danielis et al., 2021). O papel dos relacionamentos durante a pandemia de COVID-19 amplificou a energia necessária para a prestação de cuidados. Neste contexto as relações com as famílias dos doentes passaram a acompanhar significativamente o trabalho diário dos enfermeiros. Tornou-se evidente para a comunidade que as equipas de enfermagem para além de prestar cuidados às pessoas doentes integravam, também, as famílias de forma ativa com recurso às tecnologias da informação e comunicação (Villa et al., 2021). O contexto de restrição das visitas (abordado numa outra submissão) implicou uma mudança na forma como a família foi envolvida no processo de cuidados ao doente internado numa UCI.

❖ *Programas Operacionais Padrão*

No contexto pandémico foi necessária uma nova abordagem para cuidados em equipa na UCI para acomodar a capacidade de pico durante a pandemia de COVID-19 (Geyer et al., 2022). Os enfermeiros participaram em reuniões para a tomada de decisões, criação de protocolos e fluxos com participação ativa do enfermeiro. Nas questões relacionadas à assistência direta, desenvolveram-se adaptações no processo de enfermagem realizado no hospital e ordenamento de novos fluxos e rotinas (Bitencourt et al., 2020). Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) necessitavam de se encontrar adequados para assistir doentes com COVID-19. Foi necessário desenvolver novos fluxos de cuidados (por exemplo: fluxograma de admissão de doentes na UCI) e protocolos clínicos específicos por equipas de especialistas, sendo marcante a presença de enfermeiros nesse processo (Bitencourt et al., 2020; Kurth et al., 2021).

INTEGRAÇÃO TOTAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS NAS UCI

A International Association for Hospice & Palliative Care apresentou uma definição consensual de cuidados paliativos como o “cuidado holístico ativo a indivíduos de todas as idades com grave sofrimentos relacionados com a sua saúde devido a doenças graves, e especialmente daqueles que estão próximos do fim da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes, seus familiares e cuidadores” (Radbruch et al., 2020). A pandemia da doença por COVID-19 levou a taxas crescentes de infeção e mortes associadas

em todo o mundo. Face a esta emergência de saúde pública, a necessidade urgente de integração de cuidados paliativos em ambientes de cuidados intensivos nunca foi tão crucial (Rosa, Ferrell, et al., 2020). Na opinião destes autores, esta integração teve como grandes objetivos: promover o envolvimento dos cuidados paliativos em cuidados intensivos; compartilhar recursos de cuidados paliativos para apoiar enfermeiros de cuidados intensivos no alívio do sofrimento durante a pandemia por COVID-19; e fazer recomendações para fortalecer a capacidade de enfermagem para prestar cuidados intensivos de alta qualidade e centrados na pessoa (Rosa, Ferrell, et al., 2020).

❖ *Avaliação das necessidades em cuidados paliativos*

As discussões de planeamento de cuidados para doentes mais velhos, aqueles com doenças graves e os imunocomprometidos, tornaram-se compreensivelmente mais difíceis de gerir. À medida que as taxas de mortalidade aumentam durante o surto de COVID-19, a proximidade do processo de morte e luto na UCI tem um impacto cumulativo no bem-estar mental e emocional de todos, devendo ser enfatizado o cuidado holístico dirigido ao doente e à família (Rosa, Ferrell, et al., 2020). A pandemia de COVID-19 evidenciou a necessidade de habilidades avançadas relacionadas à gestão de ventiladores, controle de sintomas, administração de regimes de medicação complexos (muitas vezes não testados) e comunicação essencial com as famílias e as equipes, porque os doentes geralmente detioravam a sua condição rapidamente. Por isso, é fulcral avaliação da necessidade de cuidados paliativos e a implementação dos cuidados adequados (Rosa, Ferrell, et al., 2020). Os cuidados paliativos deverão envolver: uma estrutura e processos de cuidados com uma abordagem interdisciplinar em cuidados centrados no doente/ família.

❖ *Aspectos Éticos e Legais dos Cuidados Paliativos*

Os enfermeiros vivenciaram perdas cumulativas de doentes, danos morais e sofrimento no cenário de tomadas de decisões complexas, restrições de recursos e, novas e crescentes responsabilidades, entre outras considerações. Os aspectos éticos e legais dos cuidados paliativos deverão envolver um planeamento antecipado de cuidados, uma tomada de decisão substitutiva, considerações regulatórias e legais, com foco nos aspetos éticos para promover a autonomia do doente (Rosa, Ferrell, et al., 2020). Os enfermeiros em ambientes de cuidados intensivos passaram a integrar totalmente os cuidados paliativos em todo o continuum, em alinhamento com as obrigações éticas para com a sociedade e um modelo de cuidado centrado na pessoa (Rosa, Ferrell, et al., 2020).

PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM

O estudo da tomada de decisão clínica tem possibilitado o desenvolvimento de uma “prática de enfermagem avançada”, baseada na evidência e em *guidelines* internacionalmente reconhecidos, que têm levado à emergência a nível internacional do conceito de “*Advanced Nursing Practice*”. Na realidade, o contexto de pandemia, levou à crescente complexidade dos cuidados de saúde, a mudanças nas necessidades em cuidados de saúde e, por seu lado, as mudanças estruturais na prestação de cuidados de saúde que implicaram, por um lado, abordagens inovadoras, e por outro lado, a uma forma de resposta ao aumento de volume de doentes em situação crítica (Danielis et al., 2021; Bitencourt et al., 2020).

❖ *Lidar com o ambiente de trabalho desafiador*

Enfrentando o ambiente de trabalho desafiador, os enfermeiros procuraram dar as respostas mais adequadas às necessidades em cuidados dos doentes com COVID-19, ampliando o papel profissional da enfermagem. Foi necessário a aquisição de novos conhecimentos, novas competências, que permitiram ampliar a capacidade de tomada de decisão, fortalecendo a identidade do papel profissional (Danielis et al., 2021).

❖ *Ampliar o papel do profissional de Enfermagem*

Era necessário preparar enfermeiros para a linha de frente com ferramentas e protocolos baseados em evidências para gerir cuidados a doentes com COVID-19. O acesso a protocolos padronizados de atendimento ao doente com COVID-19 era limitado. Os enfermeiros especialistas identificaram oportunidades para melhorar a segurança e a eficiência no atendimento ao doente (Lauck et al., 2022). Tornou-se necessário garantir estratégias de apoio mútuo dentro da equipa (Danielis et al., 2021) e estratégias formativas para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades (Bitencourt et al., 2020) que compensassem a falta de conhecimento.

3.1.3.2.2. Subdimensão temática: Restrição de visitas

Esta subdimensão do impacto da pandemia na prática de enfermagem emerge de um conjunto de medidas de carácter extraordinário imposto nas unidades hospitalares, num esforço concertado para a redução das cadeias de transmissão. Entre as medidas adotadas, incluíram-se restrições de visitas a doentes internados (Wendlandt et al., 2022) (Ozga et al., 2020). O impacto das restrições de visitas familiares aos profissionais de saúde na UCI durante a pandemia de COVID-19 emerge de várias conclusões dos estudos realizados nesta

matéria, apontando para aspetos associados ao espaço e tempo para os cuidados, ao aumento da complexidade do cuidado, à criação de um novo espaço por meio da comunicação virtual, ao desafios em torno do uso da tecnologia, aos ajustes nos papéis e responsabilidades da equipe, ao desejo das famílias de retorno e à tensão interna (Wendlandt et al., 2022). Claramente, identificamos em cada uma destas categorias, subcategorias que envolvem aspetos de resposta aos impactos gerados e à necessidade reorganização dos cuidados de enfermagem.

A Figura 13 apresenta uma síntese das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “**Restrição de visitas**” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de Enfermagem.

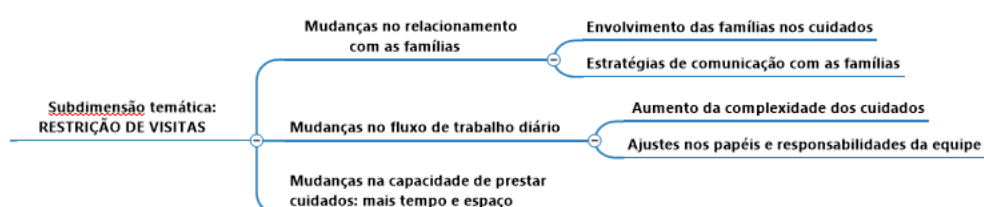


FIGURA 13: Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Restrição de visitas” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem

MUDANÇAS NO RELACIONAMENTO COM AS FAMÍLIAS

Os familiares são parte integrante da equipe de cuidados aos doentes fornecendo informações sobre o seu familiar, atuando como substitutos do doente nas tomadas de decisão e assistindo em alguns cuidados ao doente, como a reorientação. A restrição à presença dos familiares dos doentes nas unidades hospitalares implicou mudanças no relacionamento com as famílias (Ozga et al., 2020; Wendlandt et al., 2022). Os profissionais de saúde intensivistas (enfermeiros e médicos) relataram efeitos positivos e negativos da restrição de visitas familiares durante a pandemia de COVID-19, com diferenças significativas com base na profissão. Contudo, ambos os grupos profissionais expressaram preocupação com um impacto negativo geral da restrição de visitantes nos profissionais de saúde, doentes e suas famílias (Wendlandt et al., 2022).

❖ *Envolvimento das famílias nos cuidados*

O envolvimento da família nos cuidados ao doente é um elemento muito importante da abordagem do doente em situação crítica. Durante a pandemia de COVID-19, a presença de

familiares nos hospitais foi limitada ou até proibida. Nesses casos, a equipe do hospital teve de fazer o possível para permitir que as famílias permanecessem em contato com o doente (Ozga et al., 2020; Wendlandt et al., 2022). As dificuldades verificadas no envolvimento dos familiares no processo de cuidados, gerou por vezes alguma tensão interna, registrando-se “um desejo de que os membros da família voltassem”. Alguns enfermeiros defenderam o retorno à política anterior de visita aberta, enquanto outros manifestaram preferência por uma nova política ajustada (Wendlandt et al., 2022). A dificuldade de conhecer os desejos do doente em condição crítica, que pode evoluir rapidamente para a fase avançada da doença, e a impossibilidade física de ter a família por perto para discutir as melhores opções terapêuticas ou paliativas evidenciaram que a inclusão da família na prestação de cuidados é vital para a obtenção de resultados positivos para o doente (Falcó-Pegueroles, Zuriguel-Pérez, Via-Clavero, Bosch-Alcaraz, & Bonetti, 2021).

❖ ***Estratégias de comunicação com as famílias***

A família deve ser educada e informada sobre a condição do doente de forma que não tenha medo durante uma conversa telefônica ou videoconferência com o seu familiar internado (Ozga et al., 2020). Foi necessário considerar o uso de tecnologias avançadas, computadores, *notebooks* e *softwares* nas UCI para possibilitar a comunicação entre os enfermeiros/famílias e entre os doentes e seus familiares (Danielis et al., 2021; Wendlandt et al., 2022). A criação de um novo espaço virtual para a possibilidade de visitas colocou desafios com o uso da tecnologia. Por outro lado, a comunicação virtual com famílias com proficiência limitada no idioma do país que disponibilizava os cuidados (por exemplo: em inglês) apresentou desafios adicionais; os enfermeiros expressaram frustração com a comunicação virtual, que foi vista como uma distração da prestação de cuidados direta ao doente. (Wendlandt et al., 2022).

MUDANÇAS NO FLUXO DE TRABALHO DIÁRIO

Os enfermeiros relataram mudanças positivas no fluxo de trabalho diário e na capacidade de prestar cuidados na ausência de visitas familiares, impulsionadas pelo aumento de tempo e espaço físico para a prestação direta de cuidados (Wendlandt et al., 2022).

❖ ***Aumento da complexidade dos cuidados***

Os enfermeiros relataram diminuição da compreensão e aumento da angústia entre as famílias e diminuição da capacidade de fornecer cuidados no final da vida (Wendlandt et al., 2022). Com a restrição das visitas de familiares, em muitas situações de não permissão,

registrou-se um aumento da complexidade dos cuidados. Os objetivos na abordagem das famílias sobre os cuidados, particularmente, os cuidados no final da vida, foram desafiadores para os enfermeiros (Wendlandt et al., 2022).

❖ ***Ajustes nos papéis e responsabilidades da equipa***

A cooperação da equipe na unidade hospitalar com as famílias dos doentes e uma abordagem individualizada do doente permitem estabelecer contato com os doentes e integrar as famílias durante esse período difícil de recuperação (Ozga et al., 2020). Os enfermeiros referem a necessidade de ajustes nas funções e responsabilidades da equipe. Verificou-se uma mudança na dinâmica anterior da equipe compartilhada por médicos e enfermeiros, verificando-se um aumento da comunicação entre médicos e familiares (Wendlandt et al., 2022).

MUDANÇAS NA CAPACIDADE DE PRESTAR CUIDADOS: MAIS TEMPO E ESPAÇO

Muitos enfermeiros relataram mudanças positivas nas regras de restrição de visitas. Para eles, a regra de não visitação economizou-lhes tempo, disponibilizando mais tempo para a prestação de cuidados. Simultaneamente, os enfermeiros consideraram que a não presença dos familiares permitia que o quarto do doente ficasse com mais espaço disponível para a prestação de cuidados (“mais espaço de manobra”) (Wendlandt et al., 2022).

3.1.3.2.3. Subdimensão temática: Conflitos  ticos

Esta subdimensão do impacto da pandemia na prática de enfermagem emerge de uma série de fatores que podem ter desempenhado um papel importante no desenvolvimento de conflitos éticos em unidades de cuidados intensivos. A análise destes conflitos éticos teve em consideração os princípios e responsabilidades  ticas incluídos no Código de  tica do ICN: a disponibilidade e gestão de recursos; a proteção dos profissionais de saúde; as circunstâncias que envolvem a tomada de decisão, os cuidados de fim de vida e o recurso às TIC (Falcó-Pegueroles et al., 2021). A Figura 14 apresenta os fatores relacionados com os conflitos éticos devido à pandemia de COVID-19, os princípios e valores éticos associados e o direito   saúde. As caixas coloridas representam fatores relacionados com o conflito ético devido à pandemia de COVID-19. As caixas cinzentas estabelecem uma relação entre esses cinco fatores e as quatro responsabilidades  ticas assumidas pela profissão de enfermagem definidas no Código de  tica do Conselho Internacional de Enfermeiros (Falcó-Pegueroles et al., 2021).

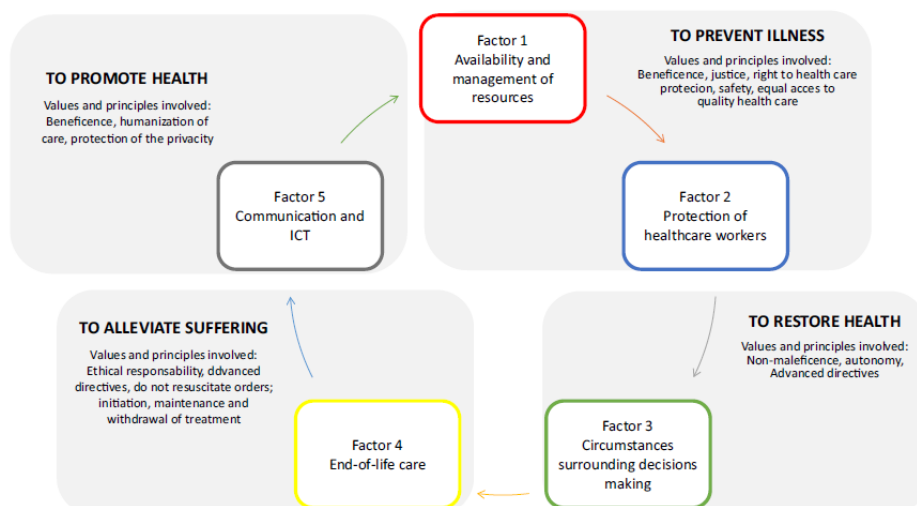


FIGURA 14: Fatores relacionados com o conflito ético devido à pandemia de COVID-19 e princípios e valores éticos associados e direito à saúde (fonte: Falcó-Pegueroles et al., 2021; p. 184)

A Figura 15 apresenta uma síntese das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “**Conflitos éticos**” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de Enfermagem.

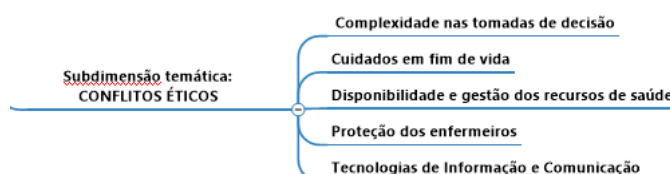


FIGURA 15: Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “**Conflitos éticos**” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem

❖ **Complexidade nas tomadas de decisão**

Durante a primeira onda do surto de COVID-19, as UCI (espanholas e italianas) ficaram sobrecarregadas com o volume de doentes internados. Este fato revelou um problema crucial de escassez de recursos de saúde e tornou a tomada de decisão altamente complexa (Falcó-Pegueroles et al., 2021). Durante a pandemia de SARS-COV-2, a cada momento, a pressão do tempo “minou” a tomada de decisão ética – que, por definição, exige uma análise exaustiva das opções, a consideração de todas as pessoas envolvidas, o respeito dos desejos e direitos dos doentes, e a procura do máximo consenso. Esse fator está ligado à responsabilidade ética dos cuidados de enfermagem para restabelecer a saúde. Os princípios da não maleficência, beneficência e respeito à autonomia são elementos fundamentais na

tomada de decisões éticas em saúde e no cuidado ao doente crítico em particular (Falcó-Pegueroles et al., 2021). Um ponto essencial é o fato de que muitas UCI tiveram que incorporar enfermeiros e médicos que não são especialistas em cuidados intensivos e não estão familiarizados com os procedimentos da UCI, dificultando que toda a equipe multiprofissional obtivesse consenso em decisões complexas (Falcó-Pegueroles et al., 2021).

❖ ***Cuidados em fim de vida***

A responsabilidade ética de acompanhar o doente em fim de vida e de aliviar o sofrimento, de respeitar o direito do doente de decidir sobre sua própria saúde, que se estende também à família do doente, foi claramente prejudicada neste contexto de pandemia. Enfermeiros de UCI testemunharam o sofrimento prolongado dos doentes e vivenciaram a incapacidade de aliviar esse sofrimento devido às rígidas restrições de isolamento e elevadas necessidades em cuidados. Além disso, os enfermeiros de UCI também vivenciaram a morte de muitos doentes durante cada um dos seus turnos, com o consequente impacto emocional sobre eles próprios (Falcó-Pegueroles et al., 2021). As decisões de fim de vida foram consideradas o principal *trigger* de sofrimento moral entre os enfermeiros de cuidados intensivos. A capacidade de prestar cuidados de fim de vida e garantir que uma pessoa possa morrer acompanhada foi severamente comprometida pelas restrições de visitas impostas pela pandemia (Falcó-Pegueroles et al., 2021).

❖ ***Disponibilidade e gestão dos recursos de saúde***

A disponibilidade e gestão de recursos materiais e humanos é um fator chave na análise das consequências éticas da crise em saúde. O acesso adequado a esses recursos ajuda a mitigar o problema, mas sem resolvê-lo na totalidade. Este fator está ligado à responsabilidade ética de prevenir a doença. Os princípios éticos associados, e assumidos pelo ICN, são os da beneficência e da justiça. A falta de recursos suficientes pode comprometer o direito à saúde, especialmente o direito de doentes em situação crítica provocada pelo COVID-19, e os direitos dos cidadãos à igualdade de acesso a cuidados de saúde de qualidade (Falcó-Pegueroles et al., 2021). A rápida expansão da pandemia aumentou a ocupação de camas de UCI, o uso de EPIs, bem como o uso de aparelhos de ventilação mecânica e equipamentos de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO). Por isso, especialmente no início da pandemia, havia uma clara necessidade de mais enfermeiros “intensivistas” para assistir um número crescente de doentes e garantir a segurança e a qualidade do atendimento ao doente em situação crítica (Falcó-Pegueroles et al., 2021).

❖ ***Proteção dos enfermeiros***

A proteção dos trabalhadores da saúde está associada à responsabilidade ética de prevenir a doença. A falta de EPI adequado colocou em risco o princípio ético da beneficência e o valor da segurança. Para minimizar a exposição dos enfermeiros, algumas soluções potenciais podem ser abordadas no treino do uso de EPI em contexto de UCI. O Grupo de Trabalho de Bioética SEMYCIUC 2020 assume que a segurança dos profissionais de saúde é uma obrigação ética durante uma epidemia (Falcó-Pegueroles et al., 2021).

❖ ***Tecnologias de Informação e Comunicação***

A comunicação, nomeadamente especificamente, como ela é gerida em circunstâncias tão complexas, por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs). O recurso às TIC como uma estratégia fundamental de comunicação foi algo bastante complexo em tempos de pandemia. Os profissionais mostraram a importância que as TIC podem desempenhar um papel na humanização do atendimento, especialmente em doentes em situação crítica. A promoção dessa humanização do cuidado e da saúde aos doentes e seus familiares é uma responsabilidade ética da enfermagem. Juntamente com a humanização, o princípio da beneficência e a proteção da privacidade são valores em destaque no contexto dos cuidados a doentes em situação crítica (Falcó-Pegueroles et al., 2021). A troca diária de informações sobre a evolução do doente tem sido realizada principalmente por telefone, mas várias UCI têm desenvolvido projetos para melhorar a comunicação interpessoal (Danielis et al., 2021) por meio de videochamadas através de *smartphones* ou *tablets*. Estas iniciativas foram bem recebidas pelos familiares e pelos próprios doentes e representam um estímulo positivo para a recuperação do doente. No entanto, algumas equipes de UCI têm debatido se a exibição de imagens de doentes sedados ou em estado terminal, nesses dispositivos, para familiares, realmente não se constitui como uma violação da privacidade dos doentes (Falcó-Pegueroles et al., 2021).

3.1.3.2.4. Subdimensão temática: Prática Baseada na Evidência

As UCI exigiam modificações em tempo real para levar a prática baseada na evidência (PBE) em tempo útil à beira do leito do doente de forma a otimizar a segurança para os profissionais de saúde e disponibilizar as melhores práticas aos doentes com COVID-19. No entanto, vários fatores desafiaram o processo de PBE, particularmente no início da pandemia: um processo de doença emergente com impacto desconhecido; evidências em rápida mudança; a escassez de equipamentos de proteção individual e outras necessidades em saúde (Bourgault

et al., 2022). Algumas diretrizes dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças baseavam-se na opinião de especialistas e disponibilidade de recursos versus evidências, desafiando o nível de confiança nas orientações emitidas. Paralelamente, verificava-se uma tendência de uma prática baseada em recursos, como padrões restritivos de pessoal de enfermagem e racionamento de dispositivos de ventilação mecânica, práticas não padrão nos cuidados de saúde. Por isso, os enfermeiros vivenciaram uma situação de conflito sobre as melhores evidências disponíveis (Bourgault et al., 2022).

A Figura 16 apresenta uma síntese das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Prática Baseada na Evidência” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de Enfermagem.

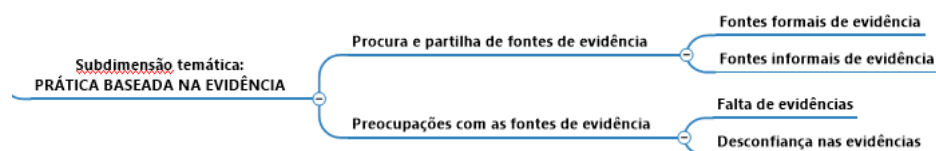


FIGURA 16: Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Prática Baseada na Evidência” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem

PROCURA E PARTILHA DE FONTES DE EVIDÊNCIA

Os modelos atuais de PBE devem ser revisados para se preparar para crises futuras e incluir orientação para lidar com recursos limitados de saúde e falta de evidências e/ou mudanças rápidas (Bourgault et al., 2022). Os enfermeiros usaram fontes formais e informais para explorar evidências que apoiam práticas clínicas em evolução (Bourgault et al., 2022).

❖ Fontes formais de evidência

As fontes formais de evidência utilizadas pelos enfermeiros durante a pandemia foram: Centros de Controle e Prevenção de Doenças; hospitais; associações profissionais de cuidados intensivos e evidências de pesquisa (recurso a bases de dados científicas). As associações profissionais também tiveram um papel de relevo na disseminação da informação com partilha de *links* para artigos de investigação com informações relacionadas à pandemia. Para além das fontes partilhadas, alguns enfermeiros partilharam histórias em sites online e em redes sociais (por exemplo, YouTube, Instagram) (Bourgault et al., 2022).

❖ **Fontes informais de evidência**

Durante a fase inicial da pandemia, a partilha informal de evidências era comum. Os enfermeiros também recorreram a fontes informais de evidência como: comunicação pelos pares e partilhas em redes sociais. As redes sociais desempenharam um grande papel na disseminação de informações oportunas baseadas em evidências (Bourgault et al., 2022). Os enfermeiros frequentemente colocam a informação nas suas partilhas no Facebook ou partilhavam as informações com os colegas de trabalho, para consciencializá-los de novas informações.

Os enfermeiros foram partilhando informações sobre as “boas práticas”, orientações sobre políticas hospitalares em evolução e procedimentos, entre outros, associados ao EPI (uso, reutilização, técnicas de limpeza), às precauções de isolamento, às práticas gerais de controle de infeção, à gestão de ventilação, a posicionamento em pronação, às modificações no fluxo de trabalho e às visitas de familiares (Bourgault et al., 2022).

PREOCUPAÇÕES COM AS FONTES DE EVIDÊNCIA

Os enfermeiros expressaram preocupações associadas à falta de evidência e desconfiança em relação à evidência que ia sendo partilhada e constantemente atualizada (Bourgault et al., 2022). As principais áreas estavam associadas aos cuidados de enfermagem prestados aos doentes com COVID-19 e práticas de controle de infeção, com foco na segurança para doentes, profissionais e familiares (de doentes e profissionais de saúde).

❖ **Falta de evidência**

As preocupações incluíam a falta de evidências sobre as práticas de controle de infeção relacionadas com a pandemia no ambiente clínico e na comunidade e práticas de atendimento ao doente, incluindo adaptação de cuidados (Bourgault et al., 2022).

❖ **Desconfiança nas evidências**

A desconfiança na evidência era comum devido às frequentes mudanças de orientações durante a primeira onda da pandemia, especialmente no que diz respeito à reutilização e limpeza de EPI. As partilhas efetuadas pelos enfermeiros descreveram a repetição de testes de COVID-19 em doentes hospitalizados devido à falta de confiança em resultados de testes negativos e positivos, bem como evidência desconhecida sobre sensibilidade e especificidade

dos testes. Os enfermeiros reconheceram que os dados eram preliminares e muitas vezes se baseavam em evidência metodologicamente pouco robustas (Bourgault et al., 2022).

3.1.3.3. Dimensão temática: Impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações

O impacto da pandemia por COVID-19 na esfera organizacional emerge pelo aumento de doentes internados (Rosa, Ferrell, et al., 2020; Rollison et al., 2021), pela diminuição rápida do volume cirúrgico nacional (Rollison et al., 2021). O aumento do volume de doentes levou a uma sobrecarga do trabalho de Enfermagem nas UCI devido à falta de pessoal adequado (Rosa, Ferrell, et al., 2020; Danielis et al., 2021; Rollison et al., 2021) para cuidar de doentes com SARS-CoV-2. Este contexto implicou a implementação de estratégias de “Gestão dos serviços hospitalares” e de “Formação dos enfermeiros” (FIGURA 17).

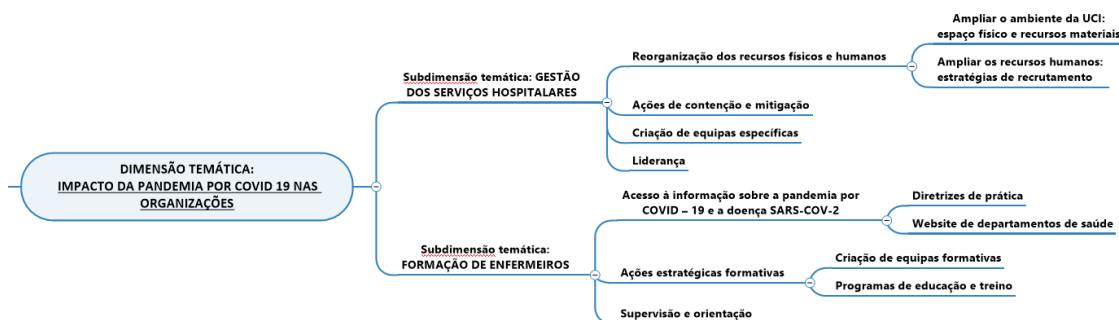


FIGURA 17: Diagrama de fluxo com as dimensões e subdimensões temáticas na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações

3.1.3.3.1. Subdimensão temática: Gestão dos serviços hospitalares

A pandemia COVID-19 gerou um forte impacto na Gestão dos Serviços Hospitalares, bem como no desempenho e no papel das lideranças face a esta nova pandemia (Rollison et al., 2021) (Falcó-Pegueroles et al., 2021). As instituições hospitalares sentiram-se forçadas a alterar processos de trabalho e a sua estrutura, de modo a que fosse possível prestar um melhor atendimento a doentes em situação de emergência (Danielis et al., 2021). Os enfermeiros tiveram um papel central na gestão hospitalar durante a pandemia por COVID-19. Neste contexto, a sua liderança na implementação de ações no atendimento ao doente e família, permitiu criar comissões específicas que se debruçaram sobre a mais recente evidência, procurando definir protocolos, organizar e desenvolver boas práticas, tendo por

base o uso dos recursos disponíveis em cada momento (Bitencourt et al., 2020; Sharon C. O'Donoghue et al., 2021; Rollison et al., 2021; Kurth et al., 2021).

A Figura 18 apresenta uma síntese das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Gestão dos serviços hospitalares” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações.

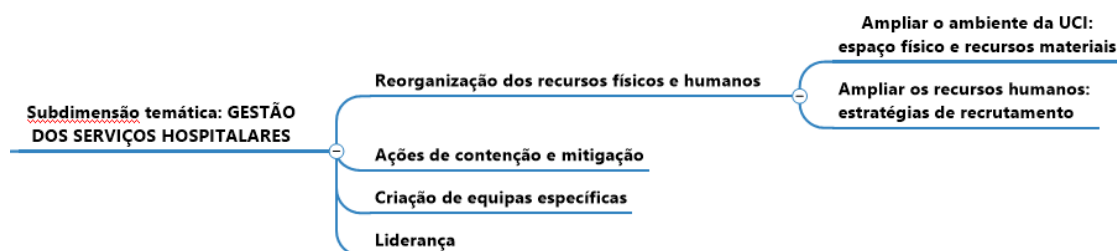


FIGURA 18: Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Gestão dos Serviços Hospitalares” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações

REORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS FÍSICOS E HUMANOS

A experiência vivenciada pelos enfermeiros durante a pandemia permitiu constatar um elevado número de doentes em situação crítica por COVID-19 a necessitar de cuidados intensivos (Kurth et al., 2021; Rollison et al., 2021; Zeydi et al., 2021). Este contexto exigiu das estruturas hospitalares a reorganização das suas unidades gerando um novo ambiente para o atendimento, fazendo com que os serviços de saúde convertessem setores hospitalares em UCI ou ampliassem as unidades existentes (Rollison et al., 2021; Danielis et al., 2021). Esta experiência exigiu dos enfermeiros a adaptação a um novo modo de cuidar nesse ambiente, quer pelo espaço físico da unidade, quer pelos novos protocolos institucionais ou pelas orientações específicas associadas aos planos de contingência (Danielis et al., 2021; Kurth et al., 2021; Madore & Lopez, 2021). Alguns hospitais consideravam que a capacidade de fornecer pessoal adequado colocava, mesmo assim, desafios que se encontravam ocultos. Pois, mesmo que a capacidade de camas em UCI pudesse ser aumentada, gerir esse número de doentes de elevada complexidade por longos períodos de tempo estava para além das capacidades da instituição (Kurth et al., 2021). Embora a conversão de camas de UCI não tradicionais para atendimento de doentes de UCI tenha sido crescente, caracterizou-se por ser um reaproveitamento dos recursos físicos existentes. Essas “novas” camas foram todas muito usados no pico da 1ª onda de COVID-19.

Mas, para fornecer a esses doentes cuidados intensivos de enfermagem exigiu um aumento significativo na equipe de enfermeiros com a experiência necessária (Kurth et al., 2021).

Durante a pandemia os enfermeiros passaram a viver uma experiência de “dupla fase”, onde de um lado vivenciavam um modelo de cuidados de enfermagem sempre desejado e, de outro, sofriam rupturas nos processos de cuidar nunca antes vivenciados (Danielis et al., 2021). A reorganização dos serviços implicou um reforço dos recursos humanos, na lógica de partilha e máxima eficiência. Para isso, foram definidas algumas estratégias na gestão de recursos humanos (Kurth et al., 2021), para proceder à redistribuição dos enfermeiros para outras unidades (Rollison et al., 2021) e à readequação do dimensionamento dos recursos humanos (Bitencourt et al., 2020)

❖ ***Ampliar o ambiente da UCI: espaço físico e recursos materiais***

A expansão das camas de UCI ocorreu por meio da díade de enfermeiros e médicos líderes, identificando unidades/locais que tinham fluxo de ar com pressão negativa disponível ou que poderiam ser adaptados para garantir a capacidade da sala de isolamento de infeções transmitidas pelo ar (Kurth et al., 2021). Eram necessários recursos físicos e materiais para ampliar o ambiente da UCI (Sharon C. O'Donoghue et al., 2021). Assistiu-se à conversão de camas de UCI não tradicionais para atendimento de doentes de UCI (Kurth et al., 2021). Alguns contextos recorreram à ampliação unidades de cuidados intermédios, que foram essenciais numa etapa de transição entre as UCI e a enfermaria convencional do hospital. Durante a pandemia tinham uma dupla finalidade: por um lado, diminuir o número de internamentos em UCI e, por outro, facilitar a alta precoce (Masa, Patout, Scala, & Winck, 2021).

❖ ***Ampliar os recursos humanos: Estratégia de recrutamento***

Para reforçar as equipas de enfermeiros, as instituições necessitaram de ter uma abordagem de recrutamento multifacetada, procedendo em alguns casos à reintegração de enfermeiros "aposentados" (Noorland et al., 2021), enfermeiros com experiência recente em cuidados intensivos que estavam empregados em outras áreas, e enfermeiros de outras áreas de doentes agudos que receberam treino específico para exercício de funções em UCI (Kurth et al., 2021).

AÇÕES DE CONTENÇÃO E MITIGAÇÃO

A pandemia de COVID-19 levou à adoção de medidas de contenção e mitigação do progresso de transmissão exponencial da doença. As medidas de contingência implementadas no setor da saúde incluíram o adiamento da atividade programada (não urgente) (Chegini et al., 2021) e a restrição de visitas a doentes, como forma de conter a evolução do contágio (em contexto hospitalar) e de garantir a existência de capacidade instalada para fazer face às situações de doença por COVID-19. Para isso, foram desenvolvidos planos de gestão para fornecer cuidados de alta qualidade, seguros e económicos (Kurth et al., 2021). A necessidade de mais equipamentos e de expandir o número de camas disponíveis levou ao redirecionamento criativo de uma variedade de instalações, equipamentos e cadeias de aprovisionamento existentes, com o objetivo de mitigar uma sobrecarga desastrosa dos sistemas de prestação de cuidados de saúde (Kurth et al., 2021).

CRIAÇÃO DE EQUIPAS ESPECÍFICAS

No início da pandemia por COVID-19, estimativas conservadoras indicavam que o número de camas de cuidados intensivos necessárias duplicaria e que as instituições precisariam se adaptar rapidamente a esta emergência (Lauck et al., 2022; Rollison et al., 2021). O aumento sem precedentes de internamentos em UCI por COVID-19 exigiu que todos os profissionais de saúde fossem flexíveis em relação à distribuição de funções. Durante a pandemia por COVID-19, houve muitos exemplos de equipas que rapidamente se uniram com um objetivo único dirigido para melhorar a prática de enfermagem e o atendimento ao doente em tempo útil. Em alguns contextos equacionou-se a criação de equipas específicas para determinadas áreas de cuidados. Por exemplo, a criação de uma equipe de “pronação” permitiu gerir de forma segura e eficaz os cuidados dirigidos a uma população específica de doentes em situação crítica (S. C. O'Donoghue et al., 2021). Para estes autores, a equipe de pronação foi bem-sucedida na realização, com segurança de posicionamentos em pronação e supinação em doentes críticos, diminuindo a carga de trabalho de outros enfermeiros da UCI. Este esforço maximizou os recursos hospital, facilitando a realização de intervenções oportunas e promoveu o apoio multidisciplinar. Com a reorganização dos serviços e a interrupção de cirurgias eletivas, os “enfermeiros de anestesia” passaram a constituir equipas dedicadas para questões específicas das “vias aéreas” (associadas a cuidados em doentes positivos para SARS-CoV-2 que necessitavam de entubação endotraqueal). Esta equipe foi constituída para diminuir o número de profissionais expostos, conservar o EPI e garantir que eram seguros

de forma consistente os protocolos hospitalares estabelecidos para entubação endotraqueal (Rollison et al., 2021).

LIDERANÇA

A pandemia por COVID-19 abriu um novo caminho para conceitualizar a liderança, não apenas como papel hierárquico do líder, mas passou a ser mais direcionada para um processo de influência dinâmico e interativo. Assistiu-se a uma liderança partilhada que envolveu a maximização de todos os recursos humanos da organização, de modo a conduzir o grupo para a obtenção das suas metas organizacionais (Geyer et al., 2022). Durante este período, a liderança foi fundamental na gestão, estruturação do espaço físico, ordenamento de novos fluxos e rotinas, readequação do dimensionamento dos recursos humanos (Bitencourt et al., 2020; Rollison et al., 2021; Kurth et al., 2021), na gestão criação de protocolos, adaptações no processo de enfermagem, na gestão da formação para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades e na gestão ações de suporte psicológico dirigidas a enfermeiros (Bitencourt et al., 2020). O apoio contínuo da equipe e a comunicação da liderança de enfermagem foram necessários para garantir uma assistência segura e eficaz aos doentes críticos num ambiente novo e dinâmico (Rollison et al., 2021). O papel da liderança foi crucial para o funcionamento diário das unidades, na transmissão de informações e manutenção da moral (Cadge et al., 2021). Estes autores salientam, a importância de uma prática clínica apoiada pela padronização de procedimentos de comunicação (Kurth et al., 2021), com informação disponibilizada por meio de e-mails e memorandos informativos consistentes, não esquecendo a necessidade de apoio adicional que os enfermeiros destacados sob nova liderança precisavam (Cadge et al., 2021). Kurth e colaboradores alertam para a importância da liderança na restrição de procedimentos/comportamentos de alto risco (Kurth et al., 2021).

3.1.3.3.2. Subdimensão temática: Formação de Enfermeiros

Esta subdimensão do impacto da pandemia emerge pelas competências requeridas para o exercício profissional dos enfermeiros para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados a doentes com COVID-19 em situação crítica, internados em UCI. A complexidade e imprevisibilidade da pandemia de COVID-19 colocou novas necessidades aos enfermeiros de cuidados intensivos para modificar os processos existentes de prestação de cuidados, de forma a assegurar excelentes resultados e satisfação profissional (Lauck et al., 2022). Este contexto estimulou, nos enfermeiros, o desejo de

melhorar as suas habilidades e conhecimentos na área da enfermagem. Destaca-se, nesse âmbito, a importância da educação contínua dos enfermeiros para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Os enfermeiros sentiram alguma dificuldade em lidar com a frequência e quantidade de novas informações disponíveis (Tripathy et al., 2021; Elliott et al., 2022), decorrentes das limitações associadas ao tempo disponível e à capacidade mental para se adaptarem a este novo contexto de gestão da informação (nem sempre clara e credível) (Chegini et al., 2021). A formação de enfermeiros foi estruturante para os que regressaram aos hospitais ou que foram mobilizados para unidades de apoio a doentes críticos. Um retorno rápido e seguro à enfermagem durante uma pandemia pode ser facilitado por: uma descrição clara das funções e responsabilidades; uma avaliação individualizada determinando as disparidades de competências e conhecimentos dos enfermeiros que reingressam na exercício profissional; treino específico com foco nas competências necessárias durante uma pandemia (Noorland et al., 2021) (Madore & Lopez, 2021); e uma estrutura de mentoria colaborativa para orientar estes enfermeiros (Noorland et al., 2021).

A Figura 19 apresenta uma síntese das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Formação de enfermeiros” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações.

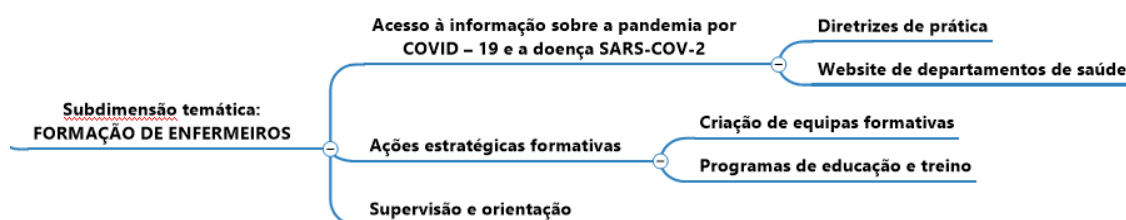


FIGURA 19: Diagrama de fluxo das categorias e subcategorias associadas à subdimensão “Formação dos enfermeiros” na esfera de impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações

ACESSO A INFORMAÇÃO SOBRE A PANDEMIA POR COVID-19 E A DOENÇA SARS-COV-2

Os enfermeiros reconheceram a necessidade de aumentar o seu nível de conhecimento *sobre a pandemia por COVID-19 e a doença SARS-COV-2*. Na fase inicial da pandemia, o ambiente de incerteza vivenciado, o elevado fluxo de informações, muitas delas contraditórias, justificavam necessidade de atualização constante do conhecimento. Os enfermeiros recorriam com frequência a informações extraídas de várias fontes, incluindo

diretrizes de prática locais (hospitalares), departamentos regionais/nacionais, sites de saúde e o site da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Noorland et al., 2021)

❖ ***Diretrizes de prática***

Alguns estudos apontam para a relevância que a disponibilização de diretrizes pelas estruturas nacionais de saúde, atualizadas e específicas, tiveram no processo de tomada de decisão sobre: a seleção do tipo adequado de EPI (Min et al., 2021), dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) (Bourgault et al., 2022); recomendações para implementar a identificação rápida de casos positivos de COVID-19 e protocolos processuais e de isolamento (Lauck et al., 2022); recomendações sobre “Intervenções de Enfermagem dirigidas à prevenção do Delirium em doentes críticos na UCI durante a pandemia de COVID-19 (Ozga et al., 2020); recomendações para a Intubação entraqueal em doentes suspeitos ou confirmados de COVID-19 (Rollison et al., 2021); recomendações sobre equipamentos de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) (Falcó-Pegueroles et al., 2021).

❖ ***Websites de departamentos de saúde***

O acesso a ferramentas digitais de apoio ao exercício profissional de enfermagem durante a pandemia colocou um valor acrescido no acesso à informação. Os enfermeiros recorriam com frequência a informações disponibilizadas nos site de departamentos de saúde como forma de garantir o acesso a informação atualizada e credível (Noorland et al., 2021),.

AÇÕES ESTRATÉGICAS FORMATIVAS

Os desafios colocados aos enfermeiros durante a pandemia levaram as instituições a definirem diferentes estratégias formativas. As estratégias desenvolvidas incidiram, entre outras, na promoção de processos formativos, na criação de equipas de referência (Madore & Lopez, 2021; S. C. O'Donoghue et al., 2021), na supervisão da equipa de cuidados (S. C. O'Donoghue et al., 2021) e em estratégias de comunicação (*debriefing*) (Elliott et al., 2022; Nahidi et al., 2022). As estratégias formativas definidas tiveram em atenção que, em muitos casos, no planeamento de redistribuição de enfermeiros, a intenção era preparar enfermeiros que não trabalhavam usualmente em UCI, para trabalharem temporariamente neste ambiente, com graus variados de autonomia no âmbito das suas competências e com o apoio de enfermeiros de cuidados intensivos e da sua equipe de liderança (Lauck et al., 2022). Neste sentido, o objetivo não era que atingissem o nível de conhecimento e competência de cuidados intensivos padrão necessários para tempos convencionais e

operações normais mas, antes, níveis de competência mínimos para aumentar temporariamente as equipes de cuidados intensivos existentes (Lauck et al., 2022).

❖ ***Criação de equipas formativas***

Criação de equipas formativas com enfermeiros experientes em emergência e cuidados intensivos como parte de um equipe coesa, ao mesmo tempo que se estabelecia um modelo de equipe de operações de emergência para cuidar de doentes com COVID-19 (Madore & Lopez, 2021). Em alguns contextos equacionaram a criação de equipas específicas para determinadas áreas de cuidados. Por exemplo, a criação de uma equipe de “pronação” permitiu gerir de forma segura e eficaz os cuidados dirigidos a uma população específica de doentes em situação crítica (S. C. O'Donoghue et al., 2021). Alguns profissionais líderes na prática, terapeutas respiratórios registados, conduziram ensino presencial focado nos fundamentos da ventilação mecânica (Lauck et al., 2022).

❖ ***Programas de educação e treino***

Para responder às necessidades geradas pela pandemia por COVID-19, os enfermeiros receberam educação, treino ou instrução específica sobre COVID-19 no seu local de trabalho por meio de diferentes programas de educação e treino, incluído: formação em serviço; programa de treino de EPI e certificação; disponibilização de documentos; módulos de e-learning específicos para UCI; e conferências (Noorland et al., 2021). Os programas desenvolvidos tiveram em consideração diversos aspetos relevantes para a prestação de cuidados de Enfermagem a doentes com COVID-19: capacitação para o uso de EPIs (Lauck et al., 2022; Noorland et al., 2021; Falcó-Pegueroles et al., 2021); equipamentos de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) (Falcó-Pegueroles et al., 2021); programa sobre ventilação em UCI (Falcó-Pegueroles et al., 2021; Bitencourt et al., 2020); programas sobre modos de ventilação mecânica; cuidados básicos ao doente em ventilação mecânica; e segurança do doente (Lauck et al., 2022), programas sobre o uso de níveis elevados de O₂; programas sobre posicionamento: pronação e supinação (S. C. O'Donoghue et al., 2021; Falcó-Pegueroles et al., 2021); Módulos yBCIT FEPA⁹ (Lauck et al., 2022).

⁹ Módulos yBCIT FEPA: (i) Módulo 1 e Prática Fundamental: Oferta e Necessidades de Oxigênio; Avaliação abrangente; Gasometria Arterial; Monitorização hemodinâmica; (ii) Módulo 2 - Interpretação de ECG: básico; (iii) Módulo 3 - Oxigenação e Ventilação: Parte A - CPAP e BiPAP; Parte B - Ventilação mecânica: Noções básicas; e (iv) Módulo 4 - Estados de choque: sinais e sintomas: Hipovolêmico; Cardiogênico; Séptico (Lauck et al., 2022).

SUPERVISÃO E ORIENTAÇÃO

A extensão da supervisão e orientação para a reinserção dos enfermeiros foi diferente entre organizações de saúde. Os participantes mencionaram assumir a responsabilidade de serem proativos e fazerem perguntas aos seus colegas. Os enfermeiros re-integrados em unidades de cuidados a pessoas com COVID-19 encontravam-se vinculados a um enfermeiro específico que mantinha uma visão global das atividades realizadas e que fornecia as orientações necessárias e adequadas a cada situação. No entanto, alguns dos enfermeiros que integraram outros ambientes e que não estavam vinculados à equipe de saúde, mencionaram que prefeririam ter uma pessoa específica a quem pudessem recorrer para aconselhamento e avaliação (Noorland et al., 2021).

3.2. ESTUDO B: IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID 19 NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: percepção dos EEEMC

Tendo por base o tipo de estudo realizado, observacional descritivo de carácter transversal, procedemos à descrição das frequências das diferentes variáveis associadas ao fenómeno em análise na perspetiva dos enfermeiros: impacto da pandemia de COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica. Procurar-se-á descrever a associação entre variáveis, sem assumir uma relação de causalidade entre elas, ou gerar hipóteses razoáveis que deverão ser confirmadas posteriormente mediante estudos analíticos.

Como referimos anteriormente, o estudo foi divulgado pela Ordem dos Enfermeiros e associações profissionais (nas páginas sociais dos referidos órgãos), especificando o objetivo do estudo, o método de recolha de dados e destinatários, e respetivo link para o preenchimento do questionário. A adesão dos enfermeiros foi reduzida, facto que poderá estar associado a algum “cansaço” dos profissionais pelo pedido de colaboração em diferentes estudos durante este período de pandemia. Também assumimos que a estrutura do próprio questionário poderia não ser apelativa à participação (quer a extensão do mesmo e o tempo necessário para o seu preenchimento, bem como a abordagem através dos enunciados descritivos de competências definidas pela OE).

3.2.1. Caraterização da amostra

O número global de enfermeiros que aceitou participar no estudo foi de 154 enfermeiros, registando-se apenas uma resposta negativa à participação neste estudo. Contudo, um grupo elevado de enfermeiros (n=85) apenas preencheu a primeira parte do questionário relativa a dados sociodemográficos do participante, passando a existir um número de 69 enfermeiros que responderam às questões sobre “o impacto do contexto de pandemia COVID-19 no desempenho de cada unidade de competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica”:

- Enfermeiros Especialistas EMC: sem Área de Enfermagem específica – 54 enfermeiros;
- Enfermeiros Especialistas EMC: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – 10 enfermeiros;

- Enfermeiros Especialistas EMC: na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa – 2 enfermeiros;
- Enfermeiros Especialistas EMC: na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória – 2 enfermeiros;
- Enfermeiros Especialistas EMC: na área de enfermagem à pessoa em situação crónica – 1 enfermeiro.

Face a estes resultados, decidimos apenas proceder à análise dos dados dos Enfermeiros Especialistas EMC: sem Área de Enfermagem específica (n=54) e dos Enfermeiros Especialistas EMC: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (n=10). Os dados dos restantes 5 participantes foram excluídos desta análise.

Enfermeiros Especialistas EMC: sem Área de Enfermagem Específica

A caracterização da amostra tem por bases os dados resultantes de 54 questionários preenchidos por Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com título de enfermeiro especialistas em enfermagem médico-cirúrgica atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros, que não possuem qualquer uma das áreas de especialização atribuído pelo Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018 (Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica). Neste estudo 74,1% (n=40) dos participantes eram do sexo feminino.

Através do Tabela 1, podemos constatar que a média de idades dos enfermeiros que responderam aos questionários, foi de 42,5, com um desvio em relação à média de $\pm 8,56$ anos, observando-se um valor mínimo de 26 e máximo de 62 anos. O menor valor da moda encontrado foi de 37, com uma mediana de 40 anos. Por seu lado, a média de tempo de exercício profissional no serviço foi de 19,3 anos, registando-se um desvio em relação à média de $\pm 8,14$ anos. Quando analisámos o tempo exercício profissional como enfermeiro EEMC verificámos que a média foi de 6 anos, com um desvio em relação à média de $\pm 5,64$ anos, com um tempo máximo de 31 anos.

	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	42,5	40	37	8,56	26	62
Tempo exercício profissional	19,3	17,5	12*	8,14	5	37
Tempo exercício profissional como enfermeiro EEMC	6,0	4	3	5,64	0	31

* várias modas

TABELA 1: Caracterização da amostra – sem área de Enfermagem Específica

Quando questionados sobre o ano de conclusão da formação especializada em EMC 64,8% (n=35) dos participantes concluíram nos últimos 10 anos. Do total de especialistas apenas 25,9% (n=14) obtiveram o título de Enfermeiro EMC a partir do Mestrado em EMC. Quanto à formação acadêmica conferente de grau: 50,0% (n=27) referem ter apenas a Licenciatura, 48,1% (n=26) o grau de Mestre e 1,9% (n=1) o grau de Doutor.

Dado que a emergência COVID-19 envolveu todos os contextos clínicos, tendo por base a estratégia de divulgação utilizada, decidiu-se não limitar as áreas em que os participantes seriam recrutados. Por isso, a amostra contempla enfermeiros responsáveis por cuidar de doentes em todos os ambientes de cuidados de saúde (Tabela 2):

Serviços	Frequência	Percentagem
UC Intensivos	15	27,78%
UC Intermédios	6	11,11%
Serviço de Urgência	5	9,26%
Bloco Operatório	9	16,67%
Serviços de Internamento	9	16,67%
Unidades de ambulatório	7	12,96%
Centros de Saúde	3	5,56%
Total	54	100,0

TABELA 2: Frequências por departamentos/serviços – sem área de Enfermagem Específica

Os participantes exercem a sua atividade maioritariamente na área da prestação de cuidados (88,9%; n=48) e apenas 3 enfermeiros na área da gestão (5,6%), enquanto que os restantes 5,6% (n=3) acumulam funções em ambas as áreas. Quando questionados sobre se tinham prestado cuidados a doentes com COVID-19, nos diferentes momentos das vagas da pandemia, verificamos que na “1ª vaga” (entre março e setembro de 2020) e na “2ª vaga”

(entre outubro de 2020 e março de 2022) a maioria dos enfermeiros esteve na prestação direta de cuidados a doentes com COVID-19 (85,2%; n=48 e 79,6%; n=43 respetivamente). A análise dos dados permite-nos constatar que apenas 4 dos participantes (7,4%) não estiveram na prestação de cuidados direta a estes doentes. No momento da resposta a este questionário, 68,5% (n=37) continuava na prestação direta de cuidados a doentes com COVID-19. Apenas 11,1% (n=6) dos participantes exercem/exerceram funções de interlocutor com alguma comissão associada à COVID-19 na sua instituição de saúde, nomeadamente, na Comissão de Controlo de Infecção (n=2) e da Qualidade (n=1), e 3 participantes no Grupo de Coordenação Local: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). O GCL-PPCIRA tem por missão implementar uma abordagem estruturada multidisciplinar e multiprofissional de prevenção e controlo de infeção associada a cuidados de saúde, nomeadamente da adquirida durante o internamento hospitalar, e de utilização judiciosa de antimicrobianos, promovendo a sua eficácia clínica e limitando a sua toxicidade e a emergência de resistências microbianas. Um dos maiores desafios que se colocou aos profissionais de saúde foi o desenvolvimento de estratégias utilizadas para aceder a informação atualizada sobre COVID-19, face ao agravamento das taxas de morbilidade e mortalidade, tornando-se urgente a necessidade de capacitar e qualificar profissionais da área de saúde no enfrentamento dessa doença (Takenami, Palácio, Cunha, Braga, & Pires Brito, 2020). Quando questionados sobre que estratégia utilizaram para aceder a informação atualizada sobre COVID-19, as respostas foram diversas privilegiando as estratégias apresentadas na Tabela 3, com maior relevo para as sessões de formação à distância e acesso à informação existentes em bases de dados.

Estratégia utilizadas para aceder a informação atualizada sobre COVID-19 (n=54)	Frequência	Porcentagem
Sessões de formação em serviço (presenciais)	20	37,0%
Sessões de formação em serviço (à distância)	27	50,0%
Sessões de formação organizadas por entidades (Hospitais, Ordens profissionais, Associações,...) – presenciais	11	20,4%
Sessões de formação organizadas por entidades (Hospitais, Ordens profissionais, Associações,...) – à distância	33	61,1%
Acesso a bases de dados	35	64,8%
Grupos de Redes Sociais	7	13,0%

TABELA 3: Estratégia utilizadas para aceder a informação atualizada sobre COVID-19 – sem área de Enfermagem Específica

Enfermeiros Especialistas EMC: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A caracterização da amostra tem por bases os dados resultantes de **10 questionários** preenchidos por Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com título de enfermeiro especialistas em enfermagem médico-cirúrgica atribuídos pela Ordem dos Enfermeiros, que possuem a área de especialização atribuída pelo Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Através do Tabela 4, podemos constatar que a média de idades dos enfermeiros que responderam aos questionários, foi de 44 anos, com um desvio em relação à média de $\pm 8,88$ anos, observando-se um valor mínimo de 31 e máximo de 57 anos. O menor valor da moda encontrado foi de 31, com uma mediana de 45,5 anos. Por seu lado, a média de tempo de exercício profissional no serviço foi de 21,7 anos, registando-se um desvio em relação à média de $\pm 8,56$ anos. Quando analisámos o tempo exercício profissional como enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) verificámos que a média foi de 3,9 anos, com um desvio em relação à média de $\pm 2,88$ anos, com um tempo máximo de 11 anos.

	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	44	45,5	31*	8,88	31	57
Tempo exercício profissional	21,7	24,5	12*	8,56	9	35
Tempo exercício profissional como enfermeiro EEMC	3,9	3,5	2*	2,88	1	11

* várias modas

TABELA 4: Caracterização da amostra – área de EPSC

A maior parte dos participantes são do sexo feminino (80,0%; n=8). Quando questionados sobre o ano de conclusão da formação especializada em EMC 90,0% dos participantes indicam que a concluíram nos últimos 5 anos. Do total de especialistas apenas 60,0% tiveram a obtenção o título de Enfermeiro EEMC com base no Mestrado em EMC e 40,0% com base no Curso de Pós-Licenciatura em EEMC. Quanto à formação académica conferente de grau: 1 enfermeiro refere ter apenas a Licenciatura, 90,0% (n=9) o grau de Mestre e nenhum o grau de Doutor.

Dado que a emergência COVID-19 envolveu todos os contextos clínicos, tendo por base a estratégia de divulgação utilizada, decidiu-se não limitar as áreas em que os participantes seriam recrutados. Por isso, a amostra contempla enfermeiros registados responsáveis por cuidar de doentes em todos os ambientes de cuidados de saúde (Tabela 5):

Serviços	Frequência	Percentagem
UC Intensivos	3	30,0%
Serviço de Urgência	2	20,0%
Bloco Operatório	2	20,0%
Serviços de Internamento	2	20,0%
Emergência Extra-Hospitalar	1	10,0%
Total	10	100,0%

TABELA 5: Frequências por departamentos/serviços - área de EPSC

Todos os participantes exercem a sua atividade na área da prestação de cuidados. Quando questionados sobre se tinham prestado cuidados a doentes com COVID-19, nos diferentes momentos das vagas da pandemia, verificamos que na “1ª vaga” (entre março e setembro de 2020) e na “2ª vaga” (entre outubro de 2020 e março de 2022) a maioria dos enfermeiros esteve na prestação direta de cuidados a doentes com COVID-19 (60%; n=6 e 70%; n=7 respetivamente). A análise dos dados permite-nos constatar que apenas 20% (n=2) dos participantes não estiveram na prestação de cuidados direta a estes doentes. No momento da resposta a este questionário, 70,0% (n=7) continua na prestação direta de cuidados a doentes com COVID-19.

Apenas 10,0% (n=1) dos participantes exerce/exerceu funções de interlocutor na Comissão de Controlo de Infecção e Comissão de crise associada à COVID-19 na sua instituição de saúde.

Quando questionados sobre que estratégia utilizaram para aceder a informação atualizada sobre COVID-19, as respostas foram diversas (TABELA 6) privilegiando as estratégias apresentadas na Tabela 2, com maior relevo para as sessões de formação à distância e acesso à informação existentes em bases de dados.

Estratégia utilizadas para aceder a informação atualizada sobre COVID-19 (n=10)	Frequência	Percentagem
Sessões de formação em serviço (presenciais)	1	10,0%
Sessões de formação em serviço (à distância)	7	70,0%
Sessões de formação organizadas por entidades (Hospitais, Ordens profissionais, Associações,...) – presenciais	2	20,0%
Sessões de formação organizadas por entidades (Hospitais, Ordens profissionais, Associações,...) – à distância	8	80,0%

TABELA 6: Estratégia utilizadas para aceder a informação atualizada sobre COVID-19 - área de EPSC

3.2.2. Impacto do contexto de pandemia no desempenho de cada uma das atividades que concretizam cada uma das unidades de competência em diferentes momentos da pandemia COVID-19

Este ponto da apresentação dos resultados centra-se na opinião dos enfermeiros sobre a sua perceção do impacto do contexto de pandemia COVID-19 no desempenho de cada unidade de competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Os resultados espelham a avaliação do impacto do contexto de pandemia no desempenho de cada uma das atividades diferentes momentos da pandemia COVID-19 (1ª e 2ª vaga). Como referimos anteriormente, cada questão apresentada corresponde a critérios de desempenho de cada unidade de competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Na apresentação dos resultados apenas recorreremos à estatística descritiva para a caracterização da amostra e da avaliação do impacto, que se traduzirá num diferencial semântico de -3 a 3, onde -3 corresponde ao impacto mais negativo e em que 3 corresponde ao impacto mais positivo.

3.2.2.1. Perspetiva Enfermeiros Especialistas EMC: sem Área de Enfermagem específica

Pretendia-se que o participante avaliasse o impacto do contexto de pandemia no desempenho de cada uma das atividades que concretizam cada uma das unidades de

competência em diferentes momentos da pandemia COVID-19 (“março a setembro de 2020” e “outubro de 2020 a março de 2021”). A avaliação do impacto traduziu-se através de uma escala de diferencial numérico de impacto negativo ou positivo do contexto de pandemia nas condições para a prestação de cuidados de enfermagem, em que -3 correspondia ao impacto mais negativo e em que 3 correspondia ao impacto mais positivo. O valor 0 (zero) correspondia à ausência de qualquer impacto do contexto de pandemia nas condições referidas.

O impacto global da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica foi percecionado de forma diferente pelos participantes do estudo. Alguns enfermeiros percecionaram este impacto de forma muito negativa (score= -3), enquanto que outros consideram efetivamente positivo (score=3). A análise dos valores da média permitiu verificar que globalmente o impacto negativo da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica foi minimizado por outras situações onde se verificou um impacto positivo na prestação de cuidados de enfermagem.

Globalmente, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica consideraram nas condições avaliadas (1ª e 2ª vaga), que a pandemia por COVID-19 teve um impacto ligeiramente positivo: média=0,46; mediana= 1; moda= -1; desvio padrão= $\pm 1,82$; variância= 3,3; valor mínimo= -3 e valor máximo= 3.

A análise detalhada de cada um dos critérios associados a cada unidade de competência permite verificar a forma como cada um dos aspetos ligados ao desempenho das funções dos enfermeiros especialistas em EMC foi afetado.

Face ao número elevado de enunciados descritivos, assumimos a apresentação de diferentes quadros globais (ANEXO 6), com os resultados de análise descritiva de cada um dos “Critérios” associados a cada uma das unidades das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, face a cada um dos momentos da pandemia (1ª e 2ª vaga). Desta forma torna-se possível visualizar os resultados obtidos para cada uma das competências em análise:

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

- Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

A análise destes quadros (ANEXO 6) permite verificar que os valores da média dos scores atribuídos, indicam que os enfermeiros percecionaram um impacto negativo da pandemia para um conjunto de atividades que concretizam unidades de competência, apenas na primeira vaga da pandemia, já que os valores da média modificam para o segundo momento apresentando valores positivos.

Iremos apresentar agora apenas as atividades que representaram na opinião dos enfermeiros um impacto negativo da pandemia nos cuidados de enfermagem prestados, para cada uma das competências específicas indicadas anteriormente.

Relativamente à competência específica **“Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”** descrevemos os contextos onde os enfermeiros percecionaram impacto negativo da pandemia nos cuidados prestados:

1. *Identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos*

Nesta unidade de competência, apenas a atividade *“Prevenir complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores”* não teve um valor da média negativo. Contudo, a mediana aponta para um score corresponde a um impacto negativo moderado (mediana= -1).

Como podemos observar na Tabela 7, a atividade *“Envolver a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar”* foi a que teve, na opinião dos enfermeiros um impacto negativo mais forte. Compreende-se esta perceção, associada aos critérios de contingência definidos durante a pandemia, com limitação na presença de família/cuidadores nas unidades de cuidados. Por outro lado, as medidas de isolamento e de

proteção individual tiveram um impacto negativo no envolvimento dos doentes no processo de cuidados.

Conjunto de atividades com valor da média de scores negativo e que concretizam a unidade de competência	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Máx
<i>Estabelecer relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados</i>	-0,12	-1	-1	1,96	3,83	-3	3
<i>Mobilizar competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto</i>	-0,02	0	-2	1,91	3,64	-3	3
<i>Reconhecer as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica</i>	-0,07	-1	-2	1,92	3,69	-3	3
<i>Envolver a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar</i>	-0,44	-1	-2,00 ^a	1,85	3,43	-3	3
<i>Avaliar o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico-cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados</i>	-0,19	0	-2	1,74	3,02	-3	3

TABELA 7: Impacte das necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos

2. Conceber planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos:

Nesta unidade de competência, a atividade “Desenvolver planos de intervenção com vista à promoção, prevenção e controlo da doença aguda ou crónica nos diversos contextos de ação” não teve um valor da média negativo.

Como podemos observar na Tabela 8, as atividades “Apoiar a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença” e “Valorizar o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde–doença” tiveram, na opinião dos enfermeiros, um impacto negativo forte. Mais uma vez, os aspetos referenciados anteriormente justificarão esta perceção.

Conjunto de atividades com valor da média de scores negativo e que concretizam a unidade de competência	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Máx
<i>Apoiar a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,29	-1	-2	1,89	3,58	-3	3
<i>Adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto</i>	-0,04	0	-2	1,91	3,67	-3	3
<i>Valorizar o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde - doença, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,14	-1	-1	1,67	2,79	-3	3

TABELA 8: Impacte na conceção de planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos

3. Implementar as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados

Nesta unidade de competência, as restantes atividades não tiveram um valor da média negativo. Embora as mediana e/ou modas de cada atividade apresentem scores negativos (-1 e -2), o que demonstra que pelo menos metade dos participantes percecionaram um impacto negativo nestas áreas.

Como podemos observar na Tabela 9, as atividades indicadas são as que apresentam médias dos scores negativas, traduzindo um impacto negativo nas medidas para implementar as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença, que careciam de meios de intervenção avançados.

Conjunto de atividades com valor da média de scores negativo e que concretizam a unidade de competência	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Máx
<i>Adequar os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,02	-0,5	-2,00 ^a	1,75	3,06	-2	3
<i>Reconhecer os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e a gestão da doença aguda ou crónica como fatores de stress</i>	-0,06	-1	-1	1,90	3,62	-3	3
<i>Atuar capacitando a pessoa, família/cuidador na prevenção da doença aguda ou crónica</i>	-0,44	-1	-2	1,73	2,99	-3	3
<i>Atuar de forma a munir pessoa, família/cuidador de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença e ao cuidado personalizado</i>	-0,22	-1	-1	1,49	2,22	-2	3
<i>Documentar a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto clínico</i>	-0,18	-1	-1	1,72	2,95	-3	3

TABELA 9: Impacte na Implementação das intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados

4. Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

Nesta unidade de competência, apenas a atividade “Monitorizar a eficácia das intervenções especializadas executadas” não apresenta um valor da média negativo, o que provavelmente traduz um empenho dos enfermeiros na “monitorização da eficácia das intervenções implementadas, como aspeto fundamental para a avaliação dos processos. Embora o valor da mediana apresenta score negativo (-1), o que demonstra que pelo menos metade dos participantes percecionaram um impacto negativo.

De salientar que os aspetos associados ao envolvimento das pessoas/família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados, bem como o processo de documentar de forma sistematizada foram aqueles em que os enfermeiros sentiram um impacto mais negativo.

Conjunto de atividades com valor da média de scores negativo e que concretizam a unidade de competência	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Máx
<i>Envolver a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados</i>	-0,31	-1	-1	1,77	3,13	-3	3
<i>Monitorizar a eficácia das intervenções especializadas executadas</i>	0,02	0	-1	1,42	2,02	-2	3
<i>Monitorizar os progressos da pessoa, família/cuidador considerando os resultados esperados</i>	-0,26	-1	-2	1,69	2,86	-2	3
<i>Documentar de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão decorrentes dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,29	-1	-1	1,47	2,17	-2	3

TABELA 10: Impacte na Avaliação dos resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos

Relativamente à análise dos aspetos associados à competência específica “Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica” verificamos que:

1. Gerir os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos

Nesta unidade de competência, as atividades “Intervir na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas”, “Mobilizar conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas” e “Mobilizar conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com alterações endócrinas e metabólicas” não apresentam um valor da média negativo (ver Anexo 6 Quadro 2), o que traduzirá um âmbito de intervenção semelhantes aos cuidados prestados em contextos de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos anteriormente experienciado pelos enfermeiros. Contudo, também nestas situações se verificam valores da moda e da mediana negativos, o que à semelhança dos contextos anteriores são percecionados por pelo menos metade dos participantes com impacto negativo.

Conjunto de atividades com valor da média de scores negativo e que concretizam a unidade de competência	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Máx
<i>Diagnosticar precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos</i>	-0,31	-1	-1	1,68	2,82	-3	3
<i>Fomentar planos que favorecem os processos de adaptação / transição situacional</i>	-0,20	-1	-1	1,54	2,37	-3	3
<i>Dinamizar a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos</i>	-0,21	-1	-1	1,69	2,85	-3	3
<i>Mobilizar conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo a teletrabalho em enfermagem</i>	-0,12	-1	-1	1,63	2,65	-2	3
<i>Desenvolver intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médico e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,08	0	-1	1,61	2,61	-2	3

TABELA 11: Impacte na Gestão dos processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos

As restantes atividades apresentadas na Tabela 11, permitem constatar a perceção de um impacto negativo. Estas atividades encontram-se associadas ao diagnóstico precoce das complicações resultantes da doença aguda; e à conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença. O pouco conhecimento existente sobre a doença e o impacto da mesma na condição de saúde/doença das pessoas com COVID-19 poderá ter sido central na abordagem destes doentes e nas dificuldades sentidas. Também a intervenção face aos processos de adaptação vivenciados na transição situacional, ou seja, o desenvolvimento de planos que potenciassem a capacidade dos familiares cuidadores para o desempenho do papel de cuidador face às necessidades do seu familiar dependente é percecionado pelos enfermeiros sobre algo que sofreu um impacto negativo no desempenho das funções como enfermeiro especialista em EMC.

O contexto de pandemia dificultou, na opinião dos enfermeiros a mobilização de conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo teletrabalho em enfermagem, aspetos que seriam muito importantes durante a pandemia. Também o desenvolvimento de intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas foi um aspeto

considerado pelos enfermeiros, embora nesta unidade de competência com um valor da média negativo com menor impacto na prestação de cuidados de enfermagem.

2. Gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação

Conjunto de atividades com valor da média de scores negativo e que concretizam a unidade de competência	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Máx
<i>Intervir como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem</i>	-0,02	0	-1	1,66	2,77	-2	3
<i>Adaptar planos de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico, aquando a administração de processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação</i>	-0,18	0	-1	1,55	2,40	-2	3
<i>Monitorizar os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo estratégias de prevenção na gestão dos processos terapêuticos complexos</i>	-0,06	-0,5	-1	1,70	2,90	-2	3

TABELA 12: Impacte na Gestão dos processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos

Nesta unidade de competência, apenas a atividade “Desenvolver procedimentos de controlo de eventos adversos” não apresentou valor da média negativo (ver Anexo 6, Quadro 2), o que será perfeitamente justificado pela necessidade de resposta imediata perante a presença de eventos adversos.

Por outro lado, as atividades centradas na adaptação de planos de emergência e catástrofe em articulação com o nível estratégico e na intervenção como gestor de risco ou na monitorização os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo estratégias de prevenção, são aspetos que, na opinião dos enfermeiros, sofreram um impacto negativo durante a pandemia.

3. Promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação

Nesta unidade de competência, apenas a atividade “Notificar os incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem” apresentou valor da média

negativo muito discreto (média=0,02), o que se entende pela necessidade de notificação de incidentes, cuja ação é fundamental para a segurança e qualidade decorrentes da intervenção dos enfermeiros.

Atividade com valor da média de scores negativo e que integra a unidade de competência	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Máx
<i>Notificar os incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem</i>	-0,02	0	-1	1,56	2,44	-2	3

TABELA 13: Impacte na Promoção de estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação

As restantes atividades associadas ao “reconhecimento das situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais” e à “promoção de medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e à formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais” (ver Anexo 6, Quadro 2), não sofreram na opinião dos enfermeiros impacto negativo durante a pandemia.

Relativamente à análise dos aspetos associados à competência específica **“Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”** verificamos que apenas em uma atividade da unidade de competência “Liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos” se regista a identificação de perceção com impacto negativo (ver Anexo 6, Quadro 3).

Atividade com valor da média de scores negativo e que integra a unidade de competência	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Máx
<i>Integrar a nível local, regional e nacional, e grupos de coordenação nesta área de intervenção</i>	-0,15	0	0	1,17	1,36	-2	3

TABELA 14: Impacte na Maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Embora esta atividade fosse globalmente percecionada como algo que sofreu um impacto negativo durante a pandemia, verificamos que pelo menos metade dos enfermeiros

consideraram, que não existiu qualquer impacto positivo ou negativo durante a pandemia (TABELA 14). Relativamente às restantes atividades (ver Anexo 6, Quadro 3) não se observa a presença de um valor da média indicativo de impacto negativo. Entende-se que face à doença COVID 19, a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos decorrentes de doença foi uma área central a ter em consideração durante a pandemia. A existência de Grupos de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) nos hospitais, tendo por missão implementar uma abordagem estruturada multidisciplinar e multiprofissional de prevenção e controlo de infeção associada a cuidados de saúde, foi um dos pontos fundamentais para enfrentar uma pandemia global COVID-19 causado pelo vírus SARS-CoV-2, o que provavelmente terá tido um papel relevante no impacto desta pandemia.

Após a análise e interpretação dos resultados obtidos através da estatística descritiva de cada uma das variáveis associadas às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em EMC na prestação de cuidados durante a pandemia, consideramos que seria importante poder analisar o impacto global em cada unidade de competência (ANEXO 7). Para responder a este propósito, procedemos à transformação de variáveis, com a alteração dos códigos das variáveis. Esta opção na alteração da codificação das variáveis permite a criação de uma nova variável para receber essas transformações, mantendo a primeira variável com os valores iniciais, não se correndo assim o risco de perda de informação.

Esta transformação das variáveis, processo descrito na literatura como “Manipulação de dados: Transformação de variáveis”, permite o cálculo de uma nova variável com base em variáveis existentes. Através do comando *transform/compute variable*, procedemos à agregação dos scores atribuídos a cada uma das atividades que concretizavam a respetiva unidade de competência através de uma expressão para a conversão. A expressão foi constituída pelo somatório das médias dos scores atribuídos a cada variável, dividido pelo número de variáveis que constituía a unidade de competência. Nos casos em que se observou na base de dados principal a ausência de valores (valores omissos ou não aplicáveis) a célula correspondente passou a integrar o valor médio dos scores atribuídos a essa variável. Após a computação desta variável obteve-se uma nova variável com o resultado dessa transformação, que traduz o score global da unidade de competência num diferencial semântico que continuou a oscilar entre -3 (impacto negativo) e 3 (impacto positivo).

No sentido de procedermos ainda a uma maior agregação das variáveis utilizamos o mesmo procedimento de transformação em uma variável que agregou os valores das unidades de competência, num score final corresponde à opinião dos enfermeiros sobre impacto da pandemia nas 3 competências específicas dos enfermeiros especialistas em EMC enunciadas no documento regulamentar da OE.

Segundo a OE (2018), no Regulamento que define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no seu artigo 2º, as seguintes competências (e que se encontram em análise neste estudo):

- a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

A análise das unidades de competência para cada uma das competências definidas pela OE permite constatar que apenas a competência “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” algumas unidades de competência, na perspetiva dos enfermeiros, são influenciadas de forma ligeiramente negativa pelo impacto da 1ª vaga da pandemia na prestação de cuidados de enfermagem pelos enfermeiros EEM, nomeadamente:

- a) Identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores (média= 0,10; mediana= 0; moda= -1,8; desvio-padrão=1,64 e uma variância= 2,70);
- b) Conceber planos de intervenção (**média= -0,03**; mediana= 0; moda= -2 várias modas; desvio-padrão=1,56 e uma variância= 2,43);
- c) Implementar as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica (média= 0,15; mediana= 0,2; moda= 0,2; desvio-padrão=1,44 e uma variância= 2,06);
- d) Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores (**média= -0,28**; mediana= -0,3; moda= -0,3; desvio-padrão=1,34 e uma variância= 1,8).

As médias dos scores atribuídos pelos EEMC permitem verificar que a conceção de planos de intervenção e a avaliação dos resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores são as unidades de competência que, na opinião dos enfermeiros, tiveram maior impacto negativo com influência nos cuidados de enfermagem prestados, particularmente na última unidade referenciada. A análise comparativa dos valores atribuídos pelos enfermeiros às diferentes atividades que concretizam as unidades de competência, em ambas as vagas de pandemia, permite constatar um aumento global dos scores médios positivos na 2ª vaga, a que corresponde a ausência de impacto negativo global (Gráfico 1).

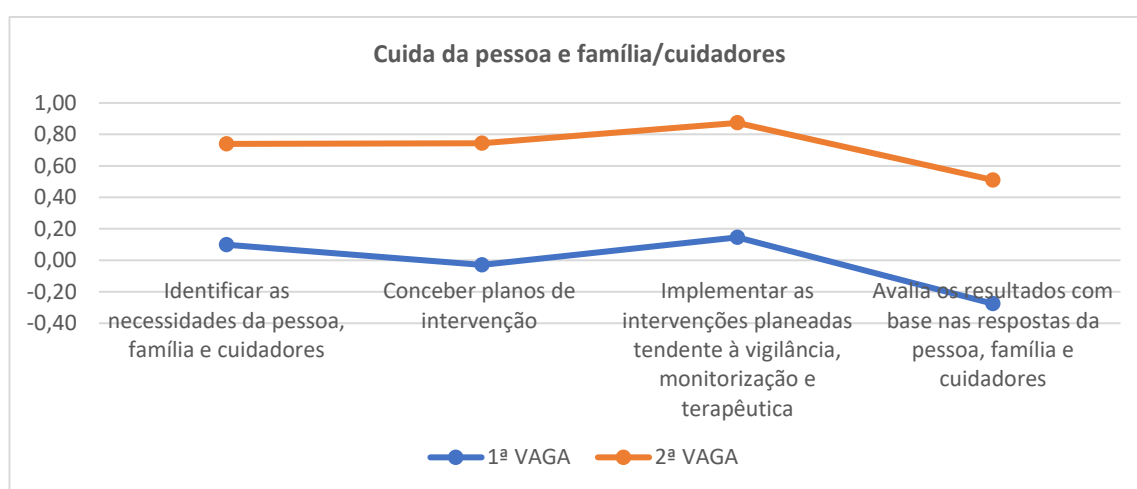


GRÁFICO 1: Scores médios global das unidades de competência face a “Cuida da pessoa e família/cuidadores” (1ª e 2ª vaga)

Os gráficos 2 e 3, correspondentes às outras unidades de competência permitem verificar que em todas elas os valores médios dos scores atribuídos são positivos, mantendo a mesma tendência em ambas as vagas de pandemia.

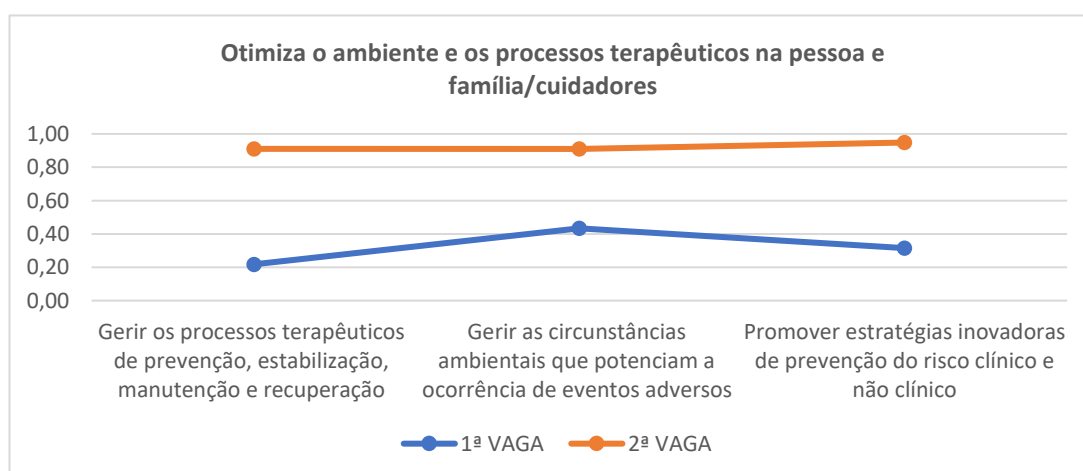


GRÁFICO 2: Scores médios global das unidades de competência face a “Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores” (1ª e 2ª vaga)

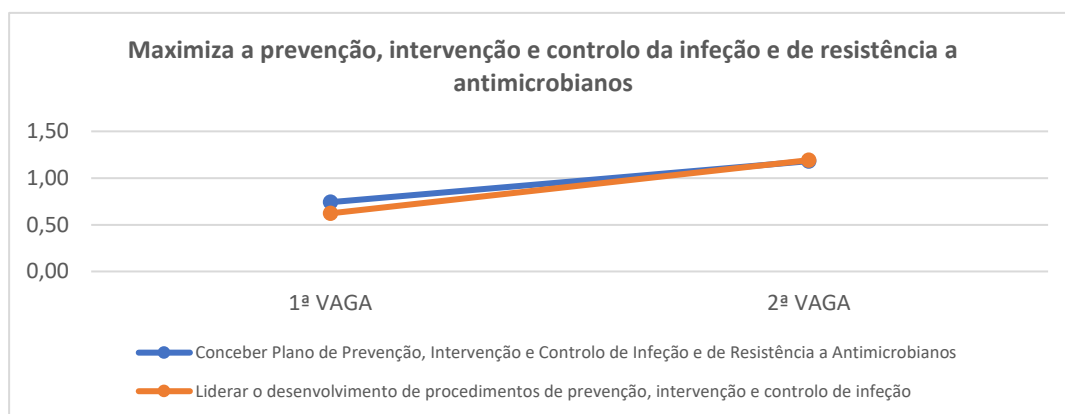


GRÁFICO 3: Scores médios global das unidades de competência face a “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos” (1ª e 2ª vaga)

A análise dos resultados permite constatar que apenas a competência “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” é, na perspetiva dos enfermeiros, influenciada de forma ligeiramente negativa pelo impacto da 1ª vaga da pandemia na prestação de cuidados de enfermagem pelos enfermeiros EEM. Esta variável apresenta valores negativos (-0,01) da média dos scores atribuídos às diferentes atividades que concretizam esta competência, a que se associam os seguintes valores médios e de dispersão: mediana= 0; moda= -2 com várias modas; desvio-padrão=1,39 e uma variância= 1,93).

A análise dos valores de dispersão permite-nos constatar que os valores do desvio padrão oscilam entre $\pm 0,94$ e $\pm 1,39$ e os da variância entre 0,89 e 1,93, sempre valores mais elevados de dispersão na 1ª vaga da pandemia, o que denota que vários enfermeiros EEMC sentiram um maior impacto da pandemia em diferentes áreas já anteriormente assinaladas. Neste caso, os valores da variância indicam o distanciamento que os seus valores se encontram do valor esperado. Como podemos observar pelo histograma (GRÁFICOS 4 a 6) apresentado, os valores de desvio padrão observados indicam que os dados tendem a estar afastados da média, ou seja, a variação ou "dispersão" existente em relação à média (ou valor esperado) é elevado.

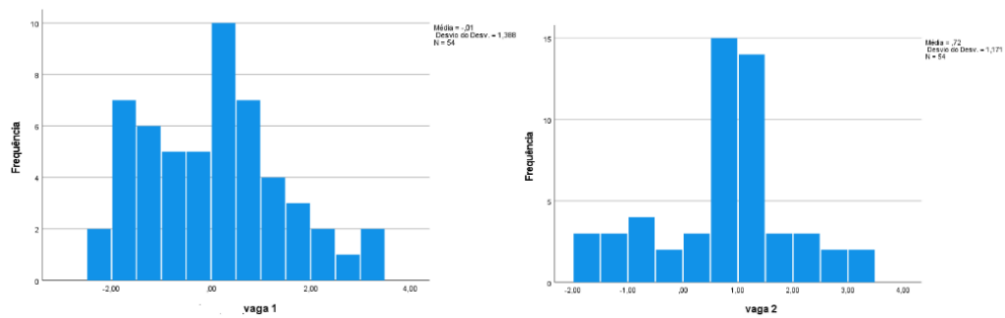


GRÁFICO 4: Histogramas do impacto nas atividades da competência: Cuida da pessoa e família/cuidadores (1ª e 2ª vaga)

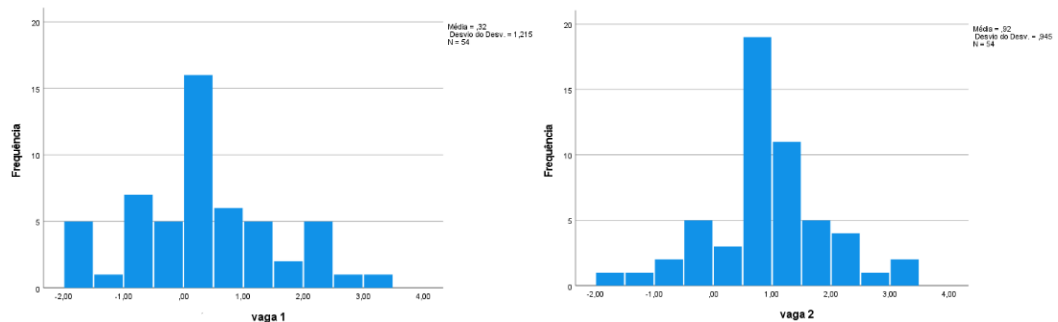


GRÁFICO 5: Histogramas do impacto nas atividades da competência: Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores (1ª e 2ª vaga)

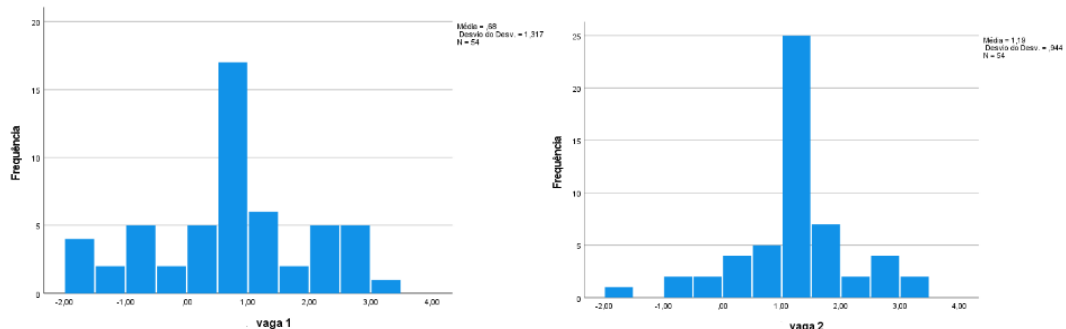


GRÁFICO 6: Histogramas do impacto nas atividades da competência: Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (1ª e 2ª vaga)

Os valores relativos ao impacto da 2ª vaga são ligeiramente positivos (ANEXO 7), apenas ultrapassando o valor positivo >1 da média dos scores atribuídos na competência “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica” com um valor da média de 1,19.

Neste sentido, podemos concluir que embora existam enfermeiros EEMC que considerem a existência de algum impacto negativo da pandemia nas áreas já anteriormente referenciadas, globalmente os enfermeiros consideram que o impacto da pandemia foi

discreto e de forma ligeiramente positivo, particularmente durante a 2ª vaga (GRÁFICO 7). Esta opinião poderá estar alicerçada na aquisição de conhecimentos e capacitação dos enfermeiros para lidarem com a condição de saúde das pessoas com COVID-19.

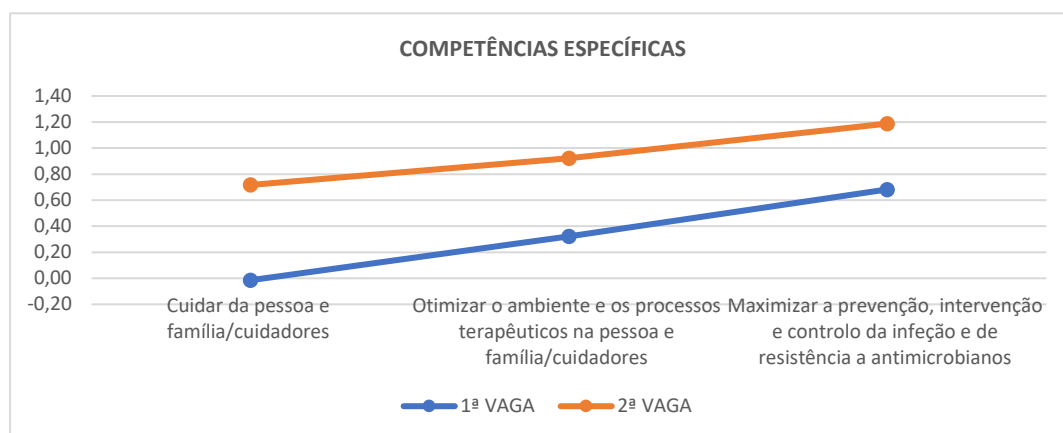


GRÁFICO 7: Scores médios global das unidades de competências específicas do EEEMC: sem área de enfermagem específica (1ª e 2ª vaga)

3.2.2.2. Perspetiva Enfermeiros Especialistas EMC: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O impacto global da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica foi percecionado de forma diferente pelos participantes do estudo. Alguns enfermeiros percecionaram este impacto de forma ligeiramente negativa (score= -1), enquanto que outros consideram efetivamente positivo (score=3).

Globalmente, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (área de EPSC) consideraram nas condições avaliadas (1ª e 2ª vaga), que a pandemia por COVID-19 teve um impacto moderadamente positivo: média=1,44; mediana= 2; moda= 3; desvio padrão= $\pm 1,74$; variância= 3,0; valor mínimo= -1 e valor máximo= 3. Estes valores são um pouco superiores aos verificados nos Enfermeiros EEMC (sem área específica), devendo de ser lidos com algum cuidado pelo carácter reduzido dos participantes desta área específica da EMC. Pensamos que o facto destes enfermeiros terem uma formação na área da EMC dirigida à pessoa em situação crítica poderá ter reduzido o impacto negativo verificado em outros enfermeiros, provavelmente menos preparados para responder a estas situações de doentes em situação crítica.

Face ao número elevado de enunciados descritivos, assumimos a apresentação de diferentes quadros globais (ANEXO 8), com os resultados de análise descritiva de cada um dos “Critérios” associados a cada uma das unidades das competências específicas dos Enfermeiros Especialistas EMC à pessoa em situação crítica, face a cada um dos momentos da pandemia (1ª e 2ª vaga). Desta forma torna-se possível visualizar os resultados obtidos para cada uma das competências em análise:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Para a análise e interpretação dos resultados obtidos através da estatística descritiva de cada uma das variáveis associadas às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em EMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na prestação de cuidados durante a pandemia, consideramos que seria importante poder analisar o impacto global em cada unidade de competência (ANEXO 9). Para responder a este propósito, procedemos também à transformação de variáveis, com a alteração dos códigos das variáveis.

A análise dos dados permite verificar que os valores da média dos scores atribuídos, indicam que os enfermeiros percecionaram um impacto negativo da pandemia para um conjunto de atividades que concretizam unidades de competência, apenas na primeira vaga da pandemia, já que os valores da média modificam para o segundo momento apresentando valores positivos.

Iremos apresentar agora apenas as atividades que representaram na opinião dos Enfermeiros Especialistas EMC à pessoa em situação crítica um impacto negativo da pandemia nos cuidados de enfermagem prestados, para cada uma das competências específicas indicadas anteriormente.

Relativamente à competência específica **“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”**:

1. Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
2. Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
3. Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
4. Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
5. Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;
6. Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Nestas unidades de competência, nenhuma das atividades apresenta valores da média e mediana negativas, verificando-se um valor da média que oscilou entre 0,50 e 1,80 (na 1ª vaga) e entre 0,50 e 1,75 (na 2ª vaga); enquanto que o valor da mediana teve uma oscilação entre 0,5 e o valor máximo de 3 (na 1ª vaga) e entre 1 e 2,5 (na 2ª vaga).

Relativamente à competência específica **“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”**:

1. Cuidar da pessoa em situações de emergência e catástrofe;
2. Conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe;
3. Planear resposta à situação de catástrofe;
4. Gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe;
5. Assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Nestas unidades de competência, também nenhuma das atividades apresenta valores da média e mediana negativas, verificando-se um valor da média que oscilou entre 0,90 e 2,11 (na 1ª vaga) e entre 1,00 e 2,11 (na 2ª vaga) ; enquanto que o valor da mediana teve uma oscilação entre 1 e o valor máximo de 3 (na 1ª vaga) e entre 1,5 e 3 (na 2ª vaga).

Relativamente à competência específica **“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou**

falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”:

1. Conceber plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
2. Liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Nestas unidades de competência os valores das médias e mediana de cada atividade foi superior aos valores relativos aos das competências anteriores. Também nenhuma das atividades apresenta valores da média e mediana negativas, verificando-se um valor da média que oscilou entre 1,89 e 2,22 (na 1ª vaga) e entre 1,56 e 2,33 (na 2ª vaga); enquanto que o valor da mediana foi de 3, valor igual para as duas unidades de competência e em ambos os momentos em análise.

Na opinião dos enfermeiros especialistas em EMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o contexto de pandemia não teve impacto negativo na implementação das diferentes atividades que concretizam as suas competências.

As atividades com valores mais baixos da média registaram-se na competência **“Cuidar da pessoa, família/cuidados a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** na 1ª vaga e na 2ª vaga, com valores entre 0,6 e 0,9 (1ª vaga) e entre 0,80 e 0,84 (2ª vaga), nomeadamente nas unidades de competência:

1. Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
2. Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;
3. Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

As atividades com valores mais elevados da média (superiores a 2) registaram-se na competência **“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos”**, em todas as unidades de competência e em ambas as “vagas”.

A análise das do impacto da pandemia no desempenho de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica permite constatar (através do gráfico 8), que na perspetiva dos enfermeiros não se observou qualquer impacto negativo da pandemia na prestação de cuidados de enfermeiros realizados por estes enfermeiros durante a 1ª vaga e 2ª vaga. O Gráfico 8 também permite constatar que a diferença observada nos dados entre as duas vagas é residual.

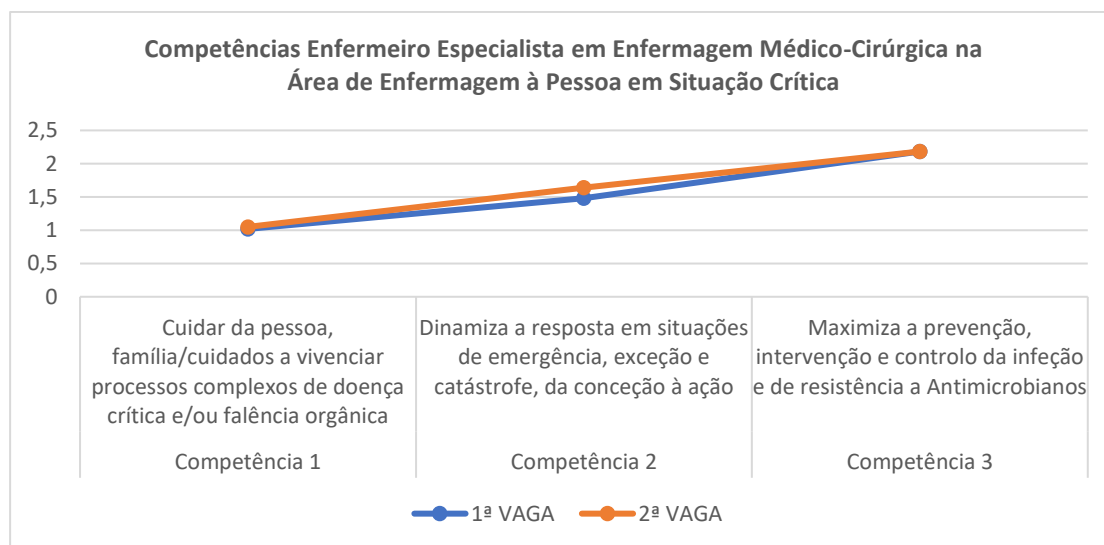


GRÁFICO 8: Scores médios global das unidades de competências específicas do EEEMC: área de EPSC (1ª e 2ª vaga)

Neste sentido, podemos concluir que embora existem enfermeiros EEMC que considerem a existência de algum impacto negativo da pandemia em algumas atividades que concretizam as unidades de cada competência, já anteriormente referenciadas, globalmente os enfermeiros consideram que o impacto da pandemia foi discreto e de forma até moderadamente positivo, na competência **“Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”**. Esta opinião global poderá estar alicerçada na aquisição de conhecimentos e capacitação dos enfermeiros para lidarem com a condição de saúde das pessoas com COVID-19. A perspetiva dos enfermeiros sobre o impacto da pandemia nos cuidados de enfermagem prestados pelos EEEMC é mais positiva para os enfermeiros especializados na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

4. DISCUSSÃO

A *scoping review* realizada permitiu mapear os dados do “Impacte da pandemia por COVID-19 nos cuidados de enfermagem”. Esta *scoping review*, embora não restringida a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção que decorreu das diferentes estruturas de organização da profissão a nível global, permitiu conhecer o impacte que a pandemia tem sobre os enfermeiros que exercem funções em UCI, contextos de cuidados onde os EEEMC habitualmente exercem funções e onde a pandemia gerou maiores desafios organizacionais, estruturais e pessoais, facto que viabilizou a discussão dos achados no estudo 2 em comparação com estudos realizados a nível internacional.

A visualização do mapeamento de dados do “Impacte da pandemia por COVID-19 nos cuidados de enfermagem” com recurso ao VOSviewer© permitiu a identificação dos principais clusters que foram fulcrais para a definição do modelo de suporte à análise de conteúdo dos artigos seleccionados, com as seguintes dimensões temáticas: 1) Impacto da pandemia por COVID-19 no enfermeiro”; 2) Impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem; e 3) Impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações.

A análise da primeira dimensão identificada, impacto da pandemia por COVID-19 no enfermeiro, enfatiza as questões associadas ao impacto da pandemia na qualidade de vida profissional.

Os dados encontrados pela revisão da literatura efetuada revelam que os profissionais de saúde “permaneceram e ainda permanecem por longos períodos diretamente com doentes COVID-19, em alta carga horária de trabalho e diante de fatores que muitas vezes são incontroláveis” (Suano, Silva, Paggiaro, Kron-Rodrigues, & Freitas, 2022). Esta situação é descrita com maior intensidade nos profissionais de saúde, particularmente nos enfermeiros que atuam na linha de frente.

Embora, não tenha sido alvo da nossa *scoping review*, a literatura aponta para uma diversidade de estudos sobre a avaliação da qualidade de vida dos profissionais que trabalham na linha frente da pandemia por COVID-19. Os resultados apontam para baixos níveis na qualidade de vida, evidenciando implicações a nível físico e emocional, associado ao exercício de papel como “enfermeiro na linha da frente”. Estes impactos, com consequências claramente negativas, foram em muitos contextos mediados pelo reconhecimento e valorização profissional, bem como por estratégias de promoção do bem-estar dos enfermeiros.

As análises dos artigos seleccionados no nosso estudo evidenciam uma relação entre o impacto da pandemia por COVID-19 na qualidade de vida profissional e eventuais

consequências na qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Neste contexto, a Qualidade de Vida Profissional (QVP) é entendida como um indicador da qualidade da experiência dos enfermeiros no ambiente de trabalho. É, por isso, um conceito muito associado à satisfação dos enfermeiros quanto ao seu desempenho num ambiente de trabalho seguro, de respeito mútuo, com oportunidades de treino e aprendizagem e com o equipamento e facilidades adequadas para o desempenho de suas funções (Suano et al., 2022). Os resultados apontam como elementos principais na QVP a autonomia e o controle total sobre os processos de trabalho, pelo seu impacto nas questões referentes à saúde, à segurança e à organização do trabalho.

Os artigos analisados e que sustentam esta dimensão temática apontam para um impacto da pandemia na esfera do enfermeiro com consequências negativas, e em determinadas situações com impacto positivo.

O exercício da atividade profissional de enfermeiro na linha da frente implicou uma sobrecarga de trabalho (necessidade de prolongamento da carga horária, maior número de doentes em situação crítica, menos enfermeiros para um maior número de doentes). Emergiram novos desafios associados ao trabalho em equipa (novas colegas e equipas), com necessidade de definição de papéis e negociação entre profissionais. É evidente que o compromisso com a profissão, a motivação e objetivos comuns foram aspetos que ajudaram os enfermeiros a reconhecer a importância do seu papel nesta pandemia, minimizando o impacto negativo destes aspetos. Os estudos também apontam como mediadores deste impacto os aspetos associados ao reconhecimento e valorização profissional. Estamos neste caso a reportar o reconhecimento efetuado pela instituição relativamente ao desempenho dos seus profissionais, mas também ao reconhecimento social verificado. Este foi provavelmente dos reduzidos momentos, em que claramente os enfermeiros conseguiram que a sociedade em geral verificasse a relevância do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros no dia-a-dia. As dificuldades vivenciadas durante a pandemia permitiram também, novos desafios nas tomadas de decisão e oportunidades para o desenvolvimento profissional. Os enfermeiros fizeram a diferença no fortalecimento do elo entre a equipe, bem como nas orientações e ações junto aos doentes e familiares. Tornou-se possível identificar alguns pontos positivos associados à oportunidade imediata de desenvolvimento profissional e pessoal (novos conhecimentos sobre cuidados dirigidos à pessoa com COVID-19 em situação crítica), através dos contributos associados a cursos de atualizações e atividades educacionais.

É evidente que a pandemia colocou também muitos outros desafios associados à incerteza (pelo reduzido conhecimento sobre a doença e suas consequências), riscos e medos (associados ao desconhecido e às dúvidas, existentes), com implicações físicas e emocionais. Os artigos evidenciaram um conjunto alargado de preocupações em contrair SARS-CoV-2 (devido à sua exposição a cargas virais mais altas devido ao seu contato próximo com doentes com SARS-COV-2), onde o medo e a obsessão de contágio era enorme, gerando ansiedade e stresse, também muitas vezes associados ao lidar de forma mais constante com a morte dos seus doentes.

A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros resultante do aumento do número de doentes internados em situação crítica, bem como do aumento de enfermeiros contaminados e afastados do ambiente de trabalho colocou enormes desafios, com sobrecarga das equipas de saúde. A estratégia utilizada centrava-se em conhecer o perfil dos eventos adversos em contexto de pandemia nas organizações e aprender com eles. A redução do número de enfermeiros para cuidar de doentes em situação crítica (ratio enfermeiro/doente) alterou, colocando dúvidas sobre as questões associadas à segurança do doente. A literatura recente associada ao impacto da pandemia não apresenta resultados nesta dimensão, o que poderá ser justificado pelo período de tempo curto para avaliar o impacto desta redução. Contudo, como referimos no enquadramento do estudo, as reduções dos ratios encontram-se associadas a um impacto negativo na condição de saúde dos doentes.

Um outro aspeto relevante e que colocou novos desafios aos enfermeiros prende-se com os desafios associados às medidas de proteção individual. Alguns estudos apontam para a existência de reações adversas do uso de EPIs e da necessidade de medidas de prevenção da infeção. Os estudos identificam como reações adversas gerais decorrentes do uso de EPIs: cefaleias; dificuldade respiratória; sudorese intensa e o problema do embaciamento dos óculos. Relativamente às reações adversas verificadas ao nível da pele são as mais referenciadas. Como reações adversas na pele após o uso de máscaras verificavam-se as lesões na ponte nasal, recuo e dor na parte de trás das orelhas. Os problemas cutâneos comuns identificados devido ao uso de luvas duplas de látex foram a humidade excessiva da pele com suor e maceração da pele. A roupa de proteção causou reações adversas mínimas, sendo a sudorese excessiva a mais relatada. Estas situações geraram no enfermeiro um contexto de elevado compromisso no seu bem-estar. Em alguns contextos, assistiu-se à denúncia de condições de trabalho precárias, associadas à escassez de recurso humanos e de materiais e equipamentos. O número reduzido de pessoal teve um impacto nos períodos de trabalho, que necessitavam de ser mais prolongados para minimizar a falta de recursos humanos. Por outro lado, a falta de materiais e equipamentos e a qualidade dos EPIs,

resultaria numa maior exposição dos enfermeiros às situações de contágio. No dia-a-dia, os enfermeiros viam a vida pessoal afetada pela necessidade de se manterem afastados de seus familiares, com intuito de os proteger de uma possível infecção por COVID-19. Eram frequentes as referências na comunicação social ao facto de muitos profissionais terem abdicado do convívio familiar e a se alojarem temporariamente em outros locais, que nem sempre lhes proporcionam o período de recuperação e conforto necessário, resultando no aumento do desgaste físico e emocional.

A avaliação da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem teve por base a verificação do impacto da pandemia nos processos psicológicos, entendidos como sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados, e que podem aumentar com o stresse ou com a doença (ICN, 2019). Os estudos analisados apontam para um conjunto alargado de manifestações associadas a compromissos dos processos psicológicos, entre outros: *burnout* e emoções negativas.

A situação de *burnout* caraterizadora de um processo de *coping* comprometido associado à sobrecarga de trabalho. Este compromisso encontra-se presente nos enfermeiros que apresentavam um elevado gasto de energia devido a stresse continuado, quer por falta de apoio e de relações, quer pelos conflitos entre as expectativas e a realidade (ICN, 2019). Outros compromissos traduziam a existência de emoções negativas, associadas a situações de sofrimento, solidão e angústia, raiva, frustração e sentimento de impotência, tristeza, humor depressivo (claramente ilustradas e detalhadas na apresentação de alguns estudos que caraterizaram esta subcategoria).

A sobrecarga por stresse foi outra das manifestações observada nos enfermeiros da linha da frente apresentada pelos diferentes estudos analisados. Os enfermeiros apresentavam, uma condição de compromisso (status comprometido), caraterizada pelo sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente. O sentimento de desconforto associado a experiências desagradáveis, gerava um sentimento de estar física e mentalmente cansado (ICN, 2019).

A promoção do bem-estar dos enfermeiros exigia das instituições condições de trabalho seguras, por meio de estratégias organizacionais que garantissem ações preventivas que diminuíssem o número de profissionais afetados diretamente pela doença e indiretamente pela sobrecarga de trabalho devido à ausência dos enfermeiros que fossem infetados. Os estudos salientam um conjunto de medidas adotadas em diferentes contextos, para melhoria da QVP, nomeadamente:

- proteção aos profissionais de saúde através da disponibilização dos EPIs adequados (nos materiais e equipamentos, verificam-se a quantidade e condições necessárias

para execução dos procedimentos com qualidade), realização dos testes para identificação dos contaminados, isolamento e tratamento dos profissionais doentes, adequação do dimensionamento de pessoal;

- Analisar as atividades desempenhadas em cada turno e viabilizar condições de trabalho adequadas (organização e conforto), criando um ambiente seguro e, se possível, a eliminação ou diminuição de fatores de riscos (Suane et al, 2022).

Associado à disponibilização de recursos para que os enfermeiros possam responder eficazmente à pandemia por COVID-19, os estudos alertam para a necessidade demonstrada pelos enfermeiros de aquisição de conhecimento sobre a pandemia. É salientada a importância da disponibilização de informações consistentes e claras, evitando a sobreinformação.

Um dos aspetos relevantes nas estratégias de suporte da Saúde Mental, como medidas de suporte ao bem-estar e autenticidade prende-se com o *debriefing* regular. Os enfermeiros consideraram o *debriefing* importante durante a pandemia, na medida em que de uma forma estruturada os enfermeiros conduziam as suas reflexões sobre os acontecimentos experienciados, consolidando saberes e alterando comportamentos. Esta era uma forma de responder às incertezas vivenciadas durante a prestação de cuidados a doentes com COVID-19 em situação crítica, o que contribuía para a minimização do erro.

O *debriefing* é apresentado como uma estratégia de comunicação entre a equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados a doentes com SARS-COV-2, adquirindo particular relevância no sentido de melhorar a performance dos profissionais de saúde através da reflexão em grupo e partilha de experiências (Mullan, Kessler, & Cheng, 2014) (Dufrene & Young, 2014). Os autores descrevem o *debriefing* como um debate sobre as ações realizadas e uma reflexão sobre os processos, após um evento. O *debriefing* permite que equipas de saúde mitiguem o stresse, construam resiliência e promovam uma cultura de aprendizagem contínua e melhoria no atendimento ao doente (Stafford et al., 2021).

Como referimos na apresentação dos resultados da *scoping review*, durante a pandemia tornaram-se fundamentais os mediadores do stresse e da qualidade de vida física e mental. A autoeficácia, a resiliência, o orgulho no trabalho e a satisfação interior, bem como o suporte social percebido pelos enfermeiros desempenham um papel fundamental na relação entre o stresse e os componentes da qualidade de vida da saúde física e mental.

A análise da segunda dimensão identificada, impacto da pandemia por COVID-19 na prática de enfermagem, enfatiza as questões associadas ao impacto da pandemia no modelo de

prestação cuidados, na restrição de visitas, nos conflitos éticos e na Prática Baseada na Evidência (PBE).

Este ponto de discussão dos resultados terá por base o propósito do segundo estudo, que centra o seu foco de atenção na perspetiva dos enfermeiros especialistas em EMC sobre impacto da pandemia por COVID-19 na prestação de cuidados de enfermagem. Neste sentido, procuraremos integrar a opinião dos enfermeiros com os resultados que emergiram da *scoping review*.

No segundo estudo, pretendia-se que os participantes avaliassem o impacto do contexto de pandemia no desempenho de cada uma das atividades que concretizam cada uma das unidades de competência em diferentes momentos da pandemia COVID-19 (“março a setembro de 2020” e “outubro de 2020 a março de 2021”). A análise detalhada de cada um dos critérios associados a cada unidade de competência permitiu verificar a forma como cada um dos aspetos ligados ao desempenho das funções dos enfermeiros especialistas em EMC foi afetado.

Desta forma, tornar-se-ia possível responder à questão de partida deste estudo, que pretendia identificar, na perspetiva dos participantes, o impacto global da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Globalmente, verificamos que os enfermeiros percecionaram um impacto negativo da pandemia para um conjunto de atividades que concretizam unidades de competência, apenas na primeira vaga da pandemia, já que os valores da média modificam para o segundo momento apresentando valores positivos.

Apesar de a primeira vaga da pandemia apresentar números mais reduzidos do que as que a seguiram (no seu pico, na semana de 10 de abril de 2020, registaram-se 1.516 novos casos), os enfermeiros consideraram o seu impacto mais negativo do que o que percecionaram na segunda vaga. Poderão existir vários fatores que tenham contribuído para este contexto. Por um lado, os números da COVID-19 em Portugal no período do fim da primeira onda eram superiores aos registados na maioria dos países (Costa, 2021). Assistiu-se a um aumento sem precedentes de internamentos em UCI por COVID-19 exigindo que todos os profissionais de saúde fossem flexíveis em relação à distribuição de funções. O crescimento do número de doentes COVID-19 colocou grandes desafios a um SNS com pouca elasticidade. Os enfermeiros constaram falhas ao nível da liderança, planeamento, gestão, estratégia e tomada de decisão, que os levaram a percecionar um impacto negativo em várias áreas com interferência no seu desempenho.

Relativamente à competência específica “Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”:

A atividade “Envolver a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” foi a que teve, na opinião dos enfermeiros um impacto negativo mais forte. Como referimos anteriormente, os critérios de contingência definidos durante a pandemia, com limitação na presença de família/cuidadores nas unidades de cuidados terão condicionado o envolvimento da família/cuidadores no processo de cuidados. Por outro lado, as condições dos doentes em situação crítica e o uso de medidas de isolamento e de proteção individual terão dificultado esse envolvimento. Da mesma forma, foi percecionado o impacto nas atividades “Apoiar a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença” e “Valorizar o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde–doença”. A transição revela uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades. Neste contexto, a condição do doente e a restrição de visitas da família/cuidadores limitaram a ação do enfermeiro na preparação dos seus clientes para a transição, facilitando o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem. A transição requer que a pessoa (doente/cuidador) incorpore novos conhecimentos, altere o comportamento, defina seu contexto social, de um ser saudável ou doente, ou das necessidades internas e externas que afeta o estado de saúde (Meleis, 2010). Neste contexto, a doença ou o desempenho de papel de cuidador terá que ser encarada como uma percepção individual. O processo de transição é único, pelas características (variáveis) pessoais e contextuais, só será passível de compreensão na perspetiva de quem a vivencia (Mendes, Bastos, & Paiva, 2010). As condições vivenciadas pelos enfermeiros dificultaram o seu desempenho como facilitador do processo de transição (quer pela condição dos doentes em situação crítica e do uso de medidas de isolamento e de proteção individual, quer pela restrição de visitas com um maior afastamento da família/cuidador do contexto de cuidados).

As atividades para a concretização da unidade de competência “Implementar as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados” foram as que apresentaram médias dos scores médios negativos, traduzindo um impacto negativo nas medidas para a sua implementação. A implementação de intervenções dirigidas à pessoa em situação crítica com SARS-CoV-2, implicavam que os cuidados fossem alicerçados nos saberes adquiridos em estreita articulação com a informação científica atualizada e apoiada na

evidência. Acontece que o primeiro impacto dos enfermeiros com a pandemia revelou, como a *scoping review* nos apresenta, um conjunto elevado de dúvidas e incertezas sobre a doença, a sua evolução e os seus riscos. O ambiente de incerteza vivenciado, o elevado fluxo de informações, por vezes contraditórias, a mudança constante de orientações, dificultava uma prática bem sustentada como seria desejável, fazendo com que os enfermeiros percecionassem um impacto negativo na implementação destas atividades.

As atividades para a concretização da unidade de competência “Avaliar os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” também apresentaram médias dos scores médios negativos. Apenas a atividade “Monitorizar a eficácia das intervenções especializadas executadas” não apresenta um valor da média negativo, o que provavelmente traduz um empenho dos enfermeiros na “monitorização da eficácia das intervenções especializadas implementadas, como aspeto fundamental para a avaliação dos processos. É evidente que a manutenção de parâmetros mínimos de qualidade assistencial deve ser uma prioridade máxima, mesmo durante uma emergência de saúde global como a COVID-19, pois a queda de qualidade implica diretamente piores resultados clínicos e maior mortalidade (Bensen, 2021). Perante uma doença nova, enquadrá-la em síndromes já conhecidas e disponibilizar os melhores cuidados disponíveis seria a melhor estratégia nesse contexto. Esta abordagem, centrada na avaliação da eficácia das intervenções especializadas implementadas permitia uma perspetiva da Prática Baseada na Evidência e como as evidências indiretas e da atuação perante outras síndromes previamente conhecidas deveriam ser utilizadas a favor dos doentes.

O envolvimento das pessoas/família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados, bem como o processo de documentar de forma sistematizada são aspetos percecionados com impacto negativo. A revisão da literatura também salientou estes aspetos associados ao modelo de prestação de cuidados em UCI, nomeadamente nas questões relacionadas com a sistematização dos cuidados. Foram necessárias adequações no Processo de Enfermagem com adaptações na operacionalização das suas etapas, nomeadamente no processo de recolha de dados junto dos familiares a minimizar este impacto. O contexto de restrição das visitas implicou uma mudança na forma como a família foi envolvida no processo de cuidados ao doente internado numa UCI. Estas unidades tinham o envolvimento da família como parte integral do cuidado ao doente crítico, tendo em consideração os impactos da doença crítica na dinâmica familiar, luto e sobrecarga psicológica dos familiares. A abordagem dos familiares inicialmente parecia ser um dos maiores desafios no contexto da pandemia, uma vez que as visitas familiares presenciais foram restringidas nas unidades de saúde. Foi

necessário para ultrapassar a barreira da comunicação com os familiares o recurso a dispositivos eletrónicos e ferramentas de comunicação on-line, com recurso a tablets e *smartphones*, que permitiram uma melhor atenção aos familiares.

Relativamente à análise dos aspetos associados à competência específica “Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica”:

As atividades para a concretização da unidade de competência “Gerir os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” também apresentaram médias dos scores médios negativos. Nesta unidade de competência verificamos que a emergência de uma pandemia, cujas consequências eram ainda pouco conhecidas, levaram os enfermeiros a percecionar um impacto negativo em várias atividades. Contudo, o contexto de intervenções associadas a processos semelhantes aos cuidados prestados em contextos de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos anteriormente experienciados pelos enfermeiros, não apresentaram um impacto negativo. Referimo-nos às atividades “Intervir na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas”, “Mobilizar conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas” e “Mobilizar conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com alterações endócrinas e metabólicas”. A perceção dos enfermeiros sobre estas atividades reforça a ideia de que na base do desenvolvimento de competências estará sempre presente a importância da experiência profissional, que permite adquirir conhecimento prático com a experiência de situações reais e com o tempo (Benner, 2005). Na linha do referido anteriormente, o reduzido conhecimento existente sobre a doença (particularmente durante a primeira vaga da pandemia) e o seu impacto na condição dos doentes (evolução e prognóstico) levaram os enfermeiros a percecionar um impacto negativo nas atividades associadas ao diagnóstico precoce das complicações resultantes da doença aguda; e à conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença. À semelhança do exposto sobre o envolvimento dos familiares no processo de cuidados, a intervenção face aos processos de adaptação vivenciados na transição situacional é percecionado pelos enfermeiros como algo que teve um impacto negativo no desempenho das funções como enfermeiro especialista em EMC.

As atividades “Mobilizar conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo o teletrabalho em

enfermagem” e “Desenvolver intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médico e/ou cirúrgicos complexos” foram referenciadas pelos enfermeiros como difíceis de gerir durante a primeira vaga da pandemia. As novas tecnologias em UCI foram ferramentas importantes para enfrentar os desafios colocados pela pandemia, podendo funcionar como um fator inversor da situação de sobrecarga dos sistemas de cuidados em saúde. Contudo, o seu uso implica desenvolvimento de competências, as questões formativas, como nos refere a literatura tinham que ser bem geridas, no sentido de responder às necessidades sentidas pelos enfermeiros (que eram imensas face ao novo contexto vivenciado). Por isso, nem sempre terá sido, em tempo útil, possível responder aos enormes desafios que eram necessários enfrentar.

As atividades para a concretização da unidade de competência “Gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação” também apresentaram médias dos scores médios negativos. Apenas a atividade “Desenvolver procedimentos de controlo de eventos adversos” não apresentou valor da média negativo na apreciação da primeira vaga. Embora, se assistisse a uma crescente complexidade dos cuidados de saúde, a definição de guidelines e procedimentos, permitiam aos enfermeiros uma intervenção adequada para o controlo de eventos adversos. Neste contexto inserem-se procedimentos associados aos EPIs (uso, reutilização, técnicas de limpeza), às precauções de isolamento, às práticas gerais de controle de infeção, à gestão de ventilação, a posicionamento em pronação, às modificações no fluxo de trabalho e às visitas de familiares, entre outros. Por outro lado, as atividades centradas na adaptação de planos de emergência e catástrofe em articulação com o nível estratégico e na intervenção como gestor de risco ou na monitorização os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo estratégias de prevenção, são aspetos que, na opinião dos enfermeiros, sofreram um impacto ligeiramente negativo durante a pandemia. Embora os enfermeiros integrassem comissões específicas, participando de reuniões para a tomada de decisões, relacionadas com o planeamento e funcionamento das unidades (gestão de recursos humanos, construção de protocolos e fluxos de cuidados, entre outros), não identificaram de forma positiva (durante a primeira vaga da pandemia) o seu papel na adaptação de planos estratégico, na monitorização dos fatores desencadeantes de eventos adversos, bem como de gestor de risco.

As atividades para a concretização da unidade de competência “Promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação” apresentaram médias dos scores médios positivos na maioria

das atividades. Apenas a atividade “Notificar os incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem” apresentou valor da média ligeiramente negativo. A notificação de incidentes é uma prática corrente nas unidades de saúde, pelo seu contributo na segurança e qualidade dos cuidados prestados. Esta discreta perceção negativa do impacto durante a primeira vaga da pandemia poderá estar associada pressão existente nos enfermeiros pela sobrecarga de trabalho ou, por outro lado, ao pouco conhecimento sobre a evolução da doença e da sua influência na condição do doente.

As restantes atividades associadas ao “reconhecimento das situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais” e à “promoção de medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e à formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais” não sofreram na opinião dos enfermeiros qualquer impacto negativo durante a pandemia.

Relativamente à análise dos aspetos associados à competência específica “Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”:

Verificamos que apenas em uma atividade da unidade de competência “Liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos” se regista a identificação de perceção com impacto negativo. Relativamente às restantes atividades, compreende-se que os enfermeiros entenderam claramente que o elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde decorrente da SARs-CoV-2, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa estava a ser sujeita (quer fossem de diagnóstico, terapêuticos e manutenção da qualidade de vida), o enfermeiro respondeu eficazmente na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Este facto encontra-se também associado às práticas já existentes de prevenção e controlo de infeções determinadas pelos Grupos de Coordenação Local: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Estes grupos tiveram, logo na primeira vaga da pandemia um papel importante na monitorização e definição de programas estratégico face à pandemia, com uma abordagem estruturada multidisciplinar e multiprofissional de prevenção e controlo de infeção associada a cuidados de saúde.

A análise da terceira dimensão identificada, impacto da pandemia por COVID-19 nas organizações, enfatiza as questões associadas ao impacto da pandemia na gestão dos serviços hospitalares e na formação de enfermeiros.

A caracterização da amostra permite constatar que os enfermeiros especialistas que participaram no estudo exercem a sua atividade maioritariamente na área da prestação de cuidados (88,9%; n=48) e apenas 3 enfermeiros na área da gestão (5,6%), enquanto que os restantes (n=3) acumulam funções em ambas as áreas. Verificámos também que apenas 6 (11,1%) dos participantes exercem/exerceram funções de interlocutor com alguma comissão associada à COVID-19 na sua instituição de saúde, nomeadamente, na Comissão de Controlo de Infecção (n=2) e da Qualidade (n=1), e 3 participantes no Grupo de Coordenação Local: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

As competências dos enfermeiros especialistas concentram-se nos cuidados aos doentes, no apoio da equipe de enfermagem e na liderança de mudanças organizacionais. Durante as situações de crise, nomeadamente durante a pandemia, a experiência solidificou o quanto é imperativo advogar pela equipe de enfermagem no estabelecimento de expectativas realistas dos cuidados nessas situações (Pate et al., 2021). Estes autores consideram que a equipe de enfermeiros teve a capacidade única de visualizar o impacto da pandemia de COVID-19 sendo capaz de ajudar a preencher a lacuna entre a liderança da unidade e os enfermeiros da linha de frente, promovendo um ambiente rico em comunicação, colaboração e respeito.

A análise do impacto da pandemia nos cuidados de enfermagem permitiu verificar que o enfermeiro faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção, ponderando os múltiplos contextos de atuação e a diversidade de processos terapêuticos complexos. O exercício destas competências é fundamental para liderar e colaborar com equipes multidisciplinares, para identificar e intervir nas falhas existentes, para melhorar a resposta organizacional. O período de pandemia foi um momento de mudanças rápidas que implicou resolução colaborativa de problemas e integração de intervenções baseadas em evidências. Os enfermeiros têm essa responsabilidade profissional, ética e legal.

A revisão da literatura permitiu constatar que os estudos relevam o papel assumido pelos enfermeiros no alinhamento estratégico e integração de comissões e grupos coordenadores locais. O acesso a informações e orientações adicionais permitiu a partilha com a equipe de liderança executiva para aprovação oficial nacional ou local. Os resultados da *scoping review*

permitem identificar as estratégias organizacionais desenvolvidas em diferentes contextos com a reorganização de recursos físicos e humanos. À semelhança do ocorrido em Portugal, esses estudos relatam a implementação de ações de contenção e mitigação do progresso exponencial da doença. De destacar a necessidade aumentar o número de camas disponíveis com a reorganização de serviços, de mais equipamentos e cadeias de suprimentos.

Tornou-se também essencial garantir a comunicação de informações, a verificação de práticas em todas as unidades e a promoção da colaboração entre as equipes. A divulgação dessas informações aos enfermeiros permitiu uma comunicação bidirecional, maior interação e colaboração, com um elevado contributo para melhorar a prestação de cuidados. Os resultados da *scoping review* descrevem o papel dos enfermeiros especialistas no fornecimento de diretrizes de apoio para reduzir preocupações e medos comuns. Realçam as questões sobre o uso de equipamento de proteção individual até a prestação de cuidados específicos a doentes com SARS-CoV-2. A revisão de políticas e práticas, o desenvolvimento de padrões mínimos de atendimento em situação de crise e o treino da equipe para melhorar as suas habilidades clínicas forneceram suporte aos enfermeiros que se encontravam na linha da frente.

Um dos maiores desafios que se colocou aos profissionais de saúde foi o desenvolvimento de estratégia utilizadas para aceder a informação atualizada sobre COVID-19, o que impacta com os aspetos relacionados com a informação sobre a pandemia por COVID-19 e a doença SARS-CoV-2, bem como sobre as estratégias formativas desenvolvidas.

A complexidade, acuidade e imprevisibilidade da pandemia de COVID-19 colocou novas necessidades aos enfermeiros de cuidados intensivos para modificar os processos existentes de prestação de cuidados. Foi necessário que as organizações se preparassem para fornecer uma resposta adequada à “Formação de enfermeiros”. Como nos referem os estudos da *scoping review*, garantir acesso rápido à informação sobre boas práticas para assistir de forma segura o doente com SARS-CoV-2 foi especialmente difícil num contexto da disseminação de notícias falsas em sites, blogs e redes sociais. Por outro lado, o volume de artigos científicos acumulando novos dados e determinando novas práticas foi enorme. Contudo, a informação disponível nem sempre era clara e, por vezes, era contraditória. Por isso, tornou-se necessário o desenvolvimento de ações estratégicas que incidissem na promoção de processos formativos, na criação de equipas de referência, na supervisão da equipa e cuidados, bem como na implementação de estratégias de comunicação (onde o recurso ao *debriefing* se tornou relevante), aspetos já debatidos na apresentação dos resultados da *scoping review*.

Globalmente, foi assumido o papel relevante que as organizações tiveram na preparação de todas as estruturas (físicas e humanas) para responder às necessidades de um atendimento seguro, mantendo o foco na disponibilização de cuidados de qualidade, independentemente dos obstáculos que a pandemia por COVID-19 apresentou.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatórios nacionais realizados durante o primeiro ano de pandemia por COVID-19 apresentam dados que identificam a existência de duas curvas pandémicas. O aumento progressivo do número de casos positivos durante as diferentes curvas pandémicas de COVID-19 teve um forte impacto no número de internamentos hospitalares, com particular incidência nas unidades de cuidados intensivos. Assistimos à existência de uma pressão enorme sobre os recursos existentes (que já eram limitados), que revelaram fragilidades nos ambientes da prática de cuidados. A pandemia por COVID-19 interferiu com muita relevância na prestação de cuidados de saúde em Portugal, com impacto na qualidade de vida profissional e das atividades desenvolvidas por todos os profissionais de saúde, nomeadamente com impacto nos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Os estudos que integram a *scoping review* realizada revelam um impacto relevante da pandemia por COVID-19 em diferentes dimensões: impacto no enfermeiro, impacto na prática de enfermagem e impacto nas organizações. É evidente que as identificações destas dimensões revelaram um conjunto de fragilidades, mas também colocaram desafios e oportunidades. Por isso, assistimos à implementação um conjunto de medidas de carácter extraordinário ao Sistema de Saúde.

As conjugações dos resultados obtidos através dos dois estudos realizados permitiram responder à questão de investigação que orientou o percurso realizado. Denotamos dificuldade no acesso às respostas dos enfermeiros EEMC, que impõem limitações ao estudo realizado, quer pelo número global de participantes, quer pela área específica de especialização. Os resultados têm a leitura possível do impacto percecionado pelos enfermeiros nas suas realidades. Contudo, os resultados da *scoping review* permitiram complementar as respostas dadas pelos enfermeiros, ajudando na sua interpretação e compreensão. Também tínhamos uma clara noção do horizonte temporal que limitava a análise da realidade emergente durante as duas primeiras curvas pandémicas. Embora a investigação existente sobre o contexto da pandemia por COVID-19 seja extensa, a particularidade associada a este estudo, centrada nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica em unidades de cuidados intensivos, permitiu verificar que os estudos abordam aspetos mais centrados no impacto observado na qualidade de vida profissional dos enfermeiros. Associaram-se a esta dimensão, o impacto observado na prática de enfermagem, valorizando o impacto nos modelos de prestação de cuidados, nos conflitos éticos e na PBE.

O impacto da pandemia afetou notoriamente as organizações, gerando enormes desafios e oportunidades. O impacto sentido na gestão dos serviços hospitalares, que exigiram estratégias de intervenção na reorganização dos recursos físicos e humanos, na criação de comissões específicas, na definição de planos de contingência e mitigação. A necessidade de implementação de um conjunto de medidas enfatizou a importância da liderança neste processo.

A complexidade e imprevisibilidade do impacto da pandemia por COVID-19 exigiu das organizações uma resposta adequada às novas necessidades aos enfermeiros de cuidados intensivos para modificar os processos existentes de prestação de cuidados. Foi necessário disponibilizar fontes de acesso a informação sobre a pandemia por COVID-19 e a doença SARS-COV-2, a disponibilização de orientações específicas, a extensão da supervisão e orientação para a reinserção dos enfermeiros nas UCI e, claramente, a necessidade de ações estratégicas formativas.

Os enfermeiros EEMC perceberam um impacto durante as duas primeiras curvas pandémicas com contornos diferentes. O impacto negativo no desempenho dos enfermeiros nas atividades que concretizam unidades de competência da sua área de especialização foi notório durante a primeira curva pandémica em algumas áreas específicas, essencialmente: no envolvimento da pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar; no apoio e valorização do potencial da pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde-doença; na implementação das intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença; na avaliação dos resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda; na gestão dos processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença; e na gestão das circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos.

Estes foram factos percebidos pelos enfermeiros no decurso da primeira vaga, que tiveram um outro “olhar” na segunda vaga da pandemia. Importa, por isso, reconhecer que os enfermeiros vivenciaram uma experiência prévia face a um contexto em muitas situações “novo e desconhecido”, o que justifica ter em atenção de que forma foi rentabilizado o adquirido e que novos desafios se poderão colocar, quer pela sobrecarga existente nos profissionais, quer pela emergência de “novos” impactos da pandemia por COVID-19, entre outros, nos enfermeiros, na prática de enfermagem e nas organizações.

Este estudo permitiu compreender as dificuldades e a mudança ocorrida na prática clínica e nas organizações, e, identificar as necessidades de capacitação face à pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Consideramos que os resultados apresentam indícios fundamentais, que orientem as políticas de saúde e reorganizem os processos assistenciais, gerenciais e de capacitação face a outras pandemias que possam emergir no futuro.

As consequências imediatas e de longo alcance da pandemia por COVID-19 mostraram que precisamos de um investimento mais amplo que permita identificar os resultados obtidos com as estratégias implementadas. É necessário, consolidar os resultados obtidos sobre o impacto da pandemia nos cuidados de enfermagem, identificar as melhores estratégias de resposta às necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes com SAR-CoV-2 e avaliar o impacto das intervenções implementadas. Claramente, sentimos necessidade de mais evidências que nos garanta a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290(12), 1617-1623. doi:10.1001/jama.290.12.1617
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA (Journal of American Medical Association)*, 288(16), 1987-1992.
- Aiken, L. H., Semith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 39(8), 771-787.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717. doi:10.1136/bmj.e1717
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., . . . Consortium, R. C. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*, 26(7), 559-568. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. doi:10.1016/s0140-6736(13)62631-8
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., . . . Smith, H. L. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Serv Res*, 45(4), 904-921. doi:10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., Palestra, F., & Missoni, E. (2020). The Italian health system and the COVID-19 challenge. *The Lancet Public Health*, 5(5). doi:10.1016/s2468-2667(20)30074-8
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*.
- Bensen, B. (2021). Abordagem clínica do paciente com SRAG por COVID-19 In Santos, Alethele; Lopes, Luciana (Ed.), Acesso a cuidados especializados, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasil. 5, 60-81.
- Bitencourt, J. V. O. V., Meschial, W. C., Frizon, G., Biffi, P., de Souza, J. B., & Maestri, E. (2020). Nurse's protagonism in structuring and managing a specific unit for covid-19. *Texto e Contexto Enfermagem*, 29, 1-11. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2020-0213
- Borges, E. M. d. N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., & Teixeira, A. A. R. (2021). Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. *Rev Rene*, 22. doi:10.15253/2175-6783.20212260790
- Bourgault, A. M., Davis, J. W., Peach, B. C., Ahmed, R., & Wheeler, M. (2022). Use of social media to exchange critical care practice evidence during the pandemic. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 41(1), 36-45. doi:10.1097/DCC.0000000000000499

- Brockopp, D., Monroe, M., Davies, C. C., Cawood, M., & Cantrell, D. (2021). COVID-19: The Lived Experience of Critical Core Nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 51(7/8), 374-378. doi:10.1097/NNA.0000000000001032
- Burnet, M., & White, D. (1972). The ecological point of view. In: *Natural History of Infectious Disease*.pd. (M. Burnet & D. O. White, eds.), 4th ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1-21.
- Cadge, W., Lewis, M., Bandini, J., Shostak, S., Donahue, V., Trachtenberg, S., . . . Robinson, E. (2021). Intensive care unit nurses living through COVID-19: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1965-1973. doi:10.1111/jonm.13353
- Campos, L., Mansinho, K., Telles de Freitas, P., Ramos, V., & Sakellarides, C. (2020). [COVID-19 and Seasonal Flu During the Autumn-Winter of 2020/2021 and the Challenges Lying Ahead for Hospitals]. *Acta Med Port*, 33(11), 716-719. doi:10.20344/amp.14818
- Carmassi, C., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Pedrinelli, V., Barberi, F. M., Malacarne, P., & Dell'Osso, L. (2022). Gender and occupational role differences in work-related post-traumatic stress symptoms, burnout and global functioning in emergency healthcare workers. *Intensive and Critical Care Nursing*, 69. doi:10.1016/j.iccn.2021.103154
- CDCP. (2020). Employees: How to cope with job stress and build resilience during the COVID-19 pandemic. 2020. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Centers for Disease Control and Prevention, USA*, . Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/mental-health-non-healthcare.html>
- Chalmers, J. D., Crichton, M. L., Goeminne, P. C., Cao, B., Humbert, M., Shteinberg, M., . . . Roche, N. (2021). Management of hospitalised adults with coronavirus disease 2019 (COVID-19): a European Respiratory Society living guideline. *Eur Respir J*, 57(4). doi:10.1183/13993003.00048-2021
- Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Rajabi, M. R., & Kakemam, E. (2021). Experiences of critical care nurses fighting against COVID-19: A qualitative phenomenological study. *Nursing Forum*, 56(3), 571-578. doi:10.1111/nuf.12583
- Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V., & Semith, D. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research*, 52(2 March/April), 71-79.
- Chopra, V., Toner, E., Waldhorn, R., & Washer, L. (2020). How Should U.S. Hospitals Prepare for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)? *Ann Intern Med*, 172(9), 621-622. doi:10.7326/M20-0907
- CNS. (2020). Portugal e a resposta à covid-19: A posição do Conselho Nacional de Saúde e o contributo das entidades que o constituem. *Conselho Nacional de Saúde, Portugal*. Retrieved from https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/CNS_Reflexao-Conselho-Nacional-Saude-resposta-COVID-19.pdf
- Costa, J. (2021). Os impactos da COVID-19 no acesso à saúde em Portugal: Uma cartografia dos resultados registados durante a segunda vaga da pandemia. *Anuário de Antropologia Iberoamericana*, 1-19. Retrieved from <https://aries.aibr.org/>

- Cuadros, D. F., Xiao, Y., Mukandavire, Z., Correa-Agudelo, E., Hernandez, A., Kim, H., & MacKinnon, N. J. (2020). Spatiotemporal transmission dynamics of the COVID-19 pandemic and its impact on critical healthcare capacity. *Health Place*, 64, 102404. doi:10.1016/j.healthplace.2020.102404
- Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed*, 91(1), 157-160. doi:10.23750/abm.v91i1.9397
- Danielis, M., Peressoni, L., Piani, T., Colaetta, T., Mesaglio, M., Mattiussi, E., & Palese, A. (2021). Nurses' experiences of being recruited and transferred to a new sub-intensive care unit devoted to COVID-19 patients. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1149-1158. doi:10.1111/jonm.13253
- Daudt, H., van Mossel, C., & Scott, S. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13: 48, 1-9.
- Davis, K., Drey, N., & Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int J Nurs Stud*, 46(10), 1386-1400. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010
- Dufrene, C., & Young, A. (2014). Successful debriefing - best methods to achieve positive learning outcomes: a literature review. *Nurse Educ Today*, 34(3), 372-376. doi:10.1016/j.nedt.2013.06.026
- Elliott, R., Crowe, L., Abbenbroek, B., Grattan, S., & Hammond, N. E. (2022). Critical care health professionals' self-reported needs for wellbeing during the COVID-19 pandemic: A thematic analysis of survey responses. *Australian Critical Care*, 35(1), 40-45. doi:10.1016/j.aucc.2021.08.007
- ERS. (2020). Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020. *Entidade Reguladora da Saúde*, 1-46. Retrieved from <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>
- Falcó-Pegueroles, A., Zuriguel-Pérez, E., Via-Clavero, G., Bosch-Alcaraz, A., & Bonetti, L. (2021). Ethical conflict during COVID-19 pandemic: the case of Spanish and Italian intensive care units. *International Nursing Review*, 68(2), 181-188. doi:10.1111/inr.12645
- Fortin, M. (2009). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. (5ª Ed.). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Geyer, L. T., Bennett, S. G., Atkins, W. J., Baird, M., Bannan, R., Cunningham, T., . . . Zellinger, M. (2022). Innovation Amid Pandemic Construction of a COVID-19 Intensive Care Unit Surge Care Delivery Model. *Journal for Nurses in Professional Development*, 38(1), 19-23. doi:10.1097/NND.0000000000000809
- Gomez, S., Anderson, B. J., Yu, H., Gutsche, J., Jablonski, J., Martin, N., . . . Mikkelsen, M. E. (2020). Benchmarking Critical Care Well-Being: Before and After the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Critical care explorations*, 2(10), e0233. doi:10.1097/CCE.0000000000000233
- Guerra, N. (2018). Dotações de Enfermagem: impacto na segurança dos cuidados de saúde. *Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde para obtenção do grau de doutor em Enfermagem na especialidade de Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem*.

- Hammond, N. E., Crowe, L., Abbenbroek, B., Elliott, R., Tian, D. H., Donaldson, L. H., . . . Delaney, A. (2021). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on critical care healthcare workers' depression, anxiety, and stress levels. *Australian Critical Care, 34*(2), 146-154. doi:10.1016/j.aucc.2020.12.004
- Huang, L., Lei, W., Liu, H., Hang, R., Tao, X., & Zhan, Y. (2022). Nurses' Sleep Quality of "Fangcang" Hospital in China during the COVID-19 Pandemic. *Int J Ment Health Addict, 20*(2), 789-799. doi:10.1007/s11469-020-00404-y
- ICN. (2006). Dotações seguras salvam vidas. *International Council of Nurses*, Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DI_E_2006.pdf
- ICN. (2019). International Classification for Nursing Practice – ICNP Browser, version 2019 release. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- INSA. (2022). Evolução do número de casos de COVID-19 em Portugal: relatório de nowcasting. *Instituto Nacional de Saúde doutor Ricardo Jorge*, 1-15. Retrieved from https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/08/Report_covid19_20220817.pdf
- Jahrami, H., BaHammam, A. S., AlGahtani, H., Ebrahim, A., Faris, M., AlEid, K., . . . Hasan, Z. (2021). The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Sleep Breath, 25*(1), 503-511. doi:10.1007/s11325-020-02135-9
- Jose, S., Cyriac, M. C., & Dhandapani, M. (2021). Health problems and skin damages caused by personal protective equipment: Experience of frontline nurses caring for critical COVID-19 patients in intensive care units. *Indian Journal of Critical Care Medicine, 25*(2), 134-139. doi:10.5005/jp-journals-10071-23713
- Kain, T., & Fowler, R. (2019). Preparing intensive care for the next pandemic influenza. *Crit Care, 23*(1), 337. doi:10.1186/s13054-019-2616-1
- Kurth, A., Pinker, E., Martinello, R. A., Honan, L., Choi, S., & Beckman, B. (2021). Critical Care Nursing: A Key Constraint to COVID-19 Response and Healthcare Now and in the Future. *The Journal of nursing administration, 51*(3), E6-E12. doi:10.1097/NNA.0000000000000991
- Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F., & Aiken, L. H. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Aff (Millwood), 28*(4), w669-677. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w669
- Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D., French, R., Martin, B., Alexander, M., & McHugh, M. D. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open, 11*(12), e052899. doi:10.1136/bmjopen-2021-052899
- Lauck, S. B., Bains, V. K., Nordby, D., Iacoe, E., Forman, J., Polderman, J., & Farina, L. (2022). Responding to the COVID-19 pandemic: Development of a critical care nursing surge model to meet patient needs and maximise competencies. *Australian Critical Care, 35*(1), 13-21. doi:10.1016/j.aucc.2021.02.009
- Lee, S. Y., Khang, Y. H., & Lim, H. K. (2019). Impact of the 2015 Middle East Respiratory Syndrome Outbreak on Emergency Care Utilization and Mortality in South Korea. *Yonsei Med J, 60*(8), 796-803. doi:10.3349/ymj.2019.60.8.796

- Legido-Quigley, H., Asgari, N., Teo, Y. Y., Leung, G. M., Oshitani, H., Fukuda, K., . . . Heymann, D. (2020). Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10227), 848-850. doi:10.1016/s0140-6736(20)30551-1
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, 1-9.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *INESC-TEC*, p.112. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- Madore, A. A., & Lopez, F., Jr. (2021). Bench Building during COVID-19: Creating Capabilities and Training Teams. *Medical journal (Fort Sam Houston, Tex.)*(PB 8-21-01/02/03), 79-82. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mcdc&AN=33666916&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Masa, J. F., Patout, M., Scala, R., & Winck, J. C. (2021). Reorganizing the respiratory high dependency unit for pandemics. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 15(12), 1505-1515. doi:10.1080/17476348.2021.1997596
- Mendes, A. P., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença *Revista de Enfermagem Referência*(III Série - n.º 2 - Dez), 7-16.
- Min, H. S., Moon, S., Jang, Y., Cho, I., Jeon, J., & Sung, H. K. (2021). The Use of Personal Protective Equipment among Frontline Nurses in a Nationally Designated COVID-19 Hospital during the Pandemic. *Infection and Chemotherapy*, 53, 705-717. doi:10.3947/ic.2021.0094
- Mousavizadeh, S. N., Merdasi, P. G., & Safari, M. (2021). Psychological challenges of nurses in pandemic Covid-19. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 15(1), 448-455. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85103643403&partnerID=40&md5=e1211decaa8df1e9f4cc5770e4ff1221>
- Mullan, P., Kessler, D., & Cheng, A. (2014). Educational opportunities with postevent debriefing. *JAMA*(Dec 10; 312 (22)), 2333-2334. doi: 10.1001/jama.2014.15741
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*, 18(1), 143. doi:10.1186/s12874-018-0611-x
- Murthy, S., Gomersall, C. D., & Fowler, R. A. (2020). Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *JAMA*, 323(15), 1499-1500. doi:10.1001/jama.2020.3633
- Nahidi, S., Sotomayor-Castillo, C., Li, C., Currey, J., Elliott, R., & Shaban, R. Z. (2022). Australian critical care nurses' knowledge, preparedness, and experiences of managing SARS-COV-2 and COVID-19 pandemic. *Australian Critical Care*, 35(1), 22-27. doi:10.1016/j.aucc.2021.04.008

- Noorland, S. A., Hoekstra, T., & Kok, M. O. (2021). The experiences and needs of re-entering nurses during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3. doi:10.1016/j.ijnsa.2021.100043
- O'Donoghue, S. C., Church, M., Russell, K., Gamboa, K. A., Hardman, J., Sarge, J., . . . DeSanto-Madeya, S. (2021). Development, Implementation, and Impact of a Prone Team During the COVID-19 Intensive Care Unit Surge. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 40(6), 321-327. doi:10.1097/DCC.0000000000000498
- O'Donoghue, S. C., Donovan, B., Anderson, J., Foley, J., Gillis, J., Maloof, K., . . . DeSanto-Madeya, S. (2021). Doubling Intensive Care Unit Capacity by Surging Onto Medical-Surgical Units During the COVID-19 Pandemic. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 40(6), 345-354. doi:10.1097/DCC.0000000000000496
- OE. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médica-Cirúrgica. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-24. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecmedicocirurgica.pdf
- Ozga, D., Krupa, S., Witt, P., & Medrzycka-Dabrowska, W. (2020). Nursing Interventions to Prevent Delirium in Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit during the COVID19 Pandemic-Narrative Overview. *Healthcare*, 8(4). doi:10.3390/healthcare8040578
- Padilha, J. M., & Marques da Silva, R. P. (2020). Impacte da pandemia por COVID-19 nos Enfermeiros de Reabilitação portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 102-107. doi:10.33194/rper.2020.v3.s2.15.5842
- Pal, M., Berhanu, G., Desalegn, C., & Kandi, V. (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2): An Update. *Cureus*, 12(3), e7423. doi:10.7759/cureus.7423
- Parreira, S., Ribeiro, G., Coelho, J., & Borges, L. (2020). Cuidados de Enfermagem em Tempos de Pandemia_Uma Realidade Hospitalar. *GAZETA MÉDICA*, Vol. 7, Abril/Junho (2), 165-170.
- Pate, K., Shaffer, K., Belin, L., Brelewski, K., Fuller, K., Gold, C., . . . Weaver, K. (2021). COVID-19 Pandemic: Clinical Nurse Specialist Practice Supporting Preparedness in the Spheres of Impact. *Clinical nurse specialist CNS*, 35(2), 80-87. doi:10.1097/NUR.0000000000000580
- Penacoba, C., Catala, P., Velasco, L., Javier Carmona-Monge, F., Garcia-Hedra, F. J., & Gil-Almagro, F. (2021). Stress and quality of life of intensive care nurses during the COVID-19 pandemic: Self-efficacy and resilience as resources. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 493-500. doi:10.1111/nicc.12690
- Pham, M. T., Rajic, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods*, 5(4), 371-385. doi:10.1002/jrsm.1123
- Pollock, D., Tricco, A., Peters, M., Mclnerney, P., Khalil, H., Godfrey, C., . . . Munn, Z. (2022). Methodological quality, guidance, and tools in scoping reviews: a scoping review protocol. *JBIM Evidence Synthesis*, 20, April 2022(4), 1098-1105. doi:10.11124/JBIES-20-00570

- Radbruch, L., De Lima, L., Knaut, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., . . . Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*, 60(4), 754-764. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027
- Ribeiro, O. M. P. L., Fassarella, C. S., Trindade, L. D. L., Luna, A. A., & Ventura da Silva, J. M. A. (2020). Ano internacional da enfermagem: dos 200 anos de Florence Nightingale à pandemia por COVID-19. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10. doi:10.19175/recom.v10i0.3725
- Rodriguez, S. B., Bardacci, Y., Aoufy, K. E., Bazzini, M., Caruso, C., Giusti, G. D., . . . Rasero, L. (2022). Promoting and Risk Factors of Nurses' Hardiness Levels during the COVID-19 Pandemic: Results from an Italian Cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). doi:10.3390/ijerph19031523
- Rollison, S., Horvath, C., Gardner, B., McAuliffe, M., & Benson, A. (2021). Redeployment of certified registered nurse anesthetists during the coronavirus disease 2019 pandemic. *AANA Journal*, 89(2), 133-139. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85104162307&partnerID=40&md5=88b6ffb3250b284f804031cbfeb00ee6>
- Rosa, W. E., Binagwaho, A., Catton, H., Davis, S., Farmer, P. E., Iro, E., . . . Aiken, L. H. (2020). Rapid Investment in Nursing to Strengthen the Global COVID-19 Response. *Int J Nurs Stud*, 109, 103668. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103668
- Rosa, W. E., Ferrell, B. R., & Wiencek, C. (2020). Increasing critical care nurse engagement of palliative care during the covid-19 pandemic. *Critical Care Nurse*, 40(6), e28-e36. doi:10.4037/ccn2020946
- Salvador, P. T. C. d. O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. d., Lopes, R. H., Oliveira, L. V. e., & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 6. doi:10.5935/2446-5682.20210058
- Saúde, O. P.-A. d. (2010). Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE) Medição das condições de saúde e doença na população. *Organização Pan-Americana da Saúde*, 98 p. Retrieved from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_3.pdf
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., . . . consortium, R. C. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs*, 10, 6. doi:10.1186/1472-6955-10-6
- Stafford, J. L., Leon-Castelao, E., Klein Ikkink, A. J., Qvindesland, S. A., Garcia-Font, M., Szyld, D., & Diaz-Navarro, C. (2021). Clinical debriefing during the COVID-19 pandemic: hurdles and opportunities for healthcare teams. *Adv Simul (Lond)*, 6(1), 32. doi:10.1186/s41077-021-00182-0
- Suano, L. A. H., Silva, T. L. C. e., Paggiaro, P. B. S., Kron-Rodrigues, M. R., & Freitas, N. d. O. (2022). Qualidade de vida dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 11(5). doi:10.33448/rsd-v11i5.27727
- Takenami, I., Palácio, M. A. V., Cunha, C. C., Braga, I. O., & Pires Brito, S. B. (2020). Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. *Vigilância Sanitária em Debate*, 8(2), 54-63. doi:10.22239/2317-269x.01531

- Tripathy, S., Vijayaraghavan, B. K. T., Panigrahi, M. K., Shetty, A. P., Haniffa, R., Mishra, R. C., & Beane, A. (2021). Collateral impact of the covid-19 pandemic on acute care of non-covid patients: An internet-based survey of critical care and emergency personnel. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 25(4), 374-381. doi:10.5005/jp-journals-10071-23782
- van Eck, N. J., & Waltman, L. (2010). Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics*, 84(2), 523-538. doi:10.1007/s11192-009-0146-3
- van Eck, N. J., & Waltman, L. (2022). Manual_VOSviewer_1.6.18. Retrieved from https://www.vosviewer.com/documentation/Manual_VOSviewer1.6.18.pdf
- van Eck, N. J., Waltman, L., Dekker, R., & van den Berg, J. (2010). A comparison of two techniques for bibliometric mapping: Multidimensional scaling and VOS. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 61(12), 2405-2416. doi:10.1002/asi.21421
- Villa, G., Dellafiore, F., Caruso, R., Arrigoni, C., Galli, E., Moranda, D., . . . Manara, D. F. (2021). Experiences of healthcare providers from a working week during the first wave of the covid-19 outbreak. *Acta Biomedica*, 92. doi:10.23750/abm.v92iS6.12311
- Wendlandt, B., Kime, M., & Carson, S. (2022). The impact of family visitor restrictions on healthcare workers in the ICU during the COVID-19 pandemic. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68. doi:10.1016/j.iccn.2021.103123
- WHO. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the Covid-19 outbreak. Retrieved from <https://www.openaccessgovernment.org/beyond-covid-19-the-call-for-a-european-mental-health-strategy/93542/>
- Yang, X., Yu, Y., Xu, J., Shu, H., Xia, J. a., Liu, H., . . . Shang, Y. (2020). Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5), 475-481. doi:10.1016/s2213-2600(20)30079-5
- Yin, Y., & Wunderink, R. G. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*, 23(2), 130-137. doi:10.1111/resp.13196
- Zeydi, A. E., Ghazanfari, M. J., Sanandaj, F. S., Panahi, R., Mortazavi, H., Karimifar, K., . . . Osuji, J. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review from a nursing perspective. *BioMedicine (Taiwan)*, 11(3), 5-14. doi:10.37796/2211-8039.1154

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento para extração de dados com base no *checklist* orientado pelo *JB/*

Anexo 2 - Instrumento de colheita de dados: Questionário

Anexo 3 - Autorização da Comissão de ética

Anexo 4 - Autorização da OE – pedido de divulgação

Anexo 5 - Extração de dados dos artigos selecionados com base no *checklist* orientado pelo *JB/*

Anexo 6 - Resultados de análise descritiva de cada um dos “Critérios” associados a cada uma das unidades das competências específicas do enfermeiro EEMC, face a cada um dos momentos da pandemia (1ª e 2ª vaga)

Anexo 7 - Resultados de análise descritiva de cada uma das variáveis associadas ao impacto global em cada unidade de competência específicas do enfermeiro EEMC (1ª e 2ª vaga)

Anexo 8 - Resultados de análise descritiva de cada um dos “Critérios” associados a cada uma das unidades das competências específicas do enfermeiro EEMC: Pessoa em Situação Crítica, face a cada um dos momentos da pandemia (1ª e 2ª vaga)

Anexo 9 - Resultados de análise descritiva de cada uma das variáveis associadas ao impacto global em cada unidade de competência específicas do enfermeiro EEMC: Pessoa em Situação Crítica (1ª e 2ª vaga)

Anexo 1

Instrumento para extração de dados com base no *checklist* orientado pelo JBI

Study ID	
Title:	
Author(s):	
Periodic:	
Year of publication:	
Country of study:	
Keywords:	
Objectives of the study:	
Method: Study design:	
Clinical settings:	
Target population (focus of nursing care)	
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	
Study outcomes	
Conclusions	

Anexo 2

Instrumento de colheita de dados: Questionário

Estudo sobre impacto do contexto de pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspetiva dos enfermeiros

Consentimento informado

Convidamo-lo a participar num estudo científico elaborado no âmbito da realização de Dissertação de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem do Porto por Joana Cristina Teixeira de Sousa e orientado pelo Prof. Dr. Miguel Padilha e pela Prof. Drª Cristina Carvalho.

Antes de decidir participar no presente estudo, é importante que leia as seguintes informações:

OBJETIVO DO ESTUDO: identificar o impacto do contexto de pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este estudo pretende ter em atenção a opinião dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre o impacto dos momentos mais marcantes do contexto de pandemia COVID-19 na prestação de cuidados de enfermagem (primeiro momento: de Março a Setembro de 2020; segundo momento: de Outubro de 2020 a Março de 2021). Com esta vertente retrospectiva, queremos saber o que se manteve e o que mudou na prestação de cuidados de enfermagem.

DIREITOS DO PARTICIPANTE: A sua participação é voluntária. Se aceitar participar, pode, a qualquer momento, reconsiderar a sua decisão, sem que isso acarrete para si qualquer custo ou dano. Para desistir, apenas terá de fechar a página Web. Todas as suas respostas serão recolhidas em anonimato e serão completamente confidenciais. Não iremos recolher qualquer outra informação identificativa. Os dados recolhidos serão analisados de modo agregado e não individualizado.

CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO: No presente estudo poderão participar enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (em qualquer área de especialização). Pedimos que realize este questionário numa única sessão. Tenha em atenção as orientações para o seu preenchimento, que demorará cerca de 10 minutos.

Com a sua participação tem a oportunidade de contribuir com dados úteis para o conhecimento científico em geral, aumentando o conhecimento sobre a organização dos cuidados de enfermagem em contexto de pandemia.

Mais informações sobre este estudo serão partilhadas no fim do mesmo. Caso tenha dúvidas ou esteja interessado (a) em aspetos associados à sua participação na investigação e a futuros resultados, poderá entrar em contacto com Joana Sousa através do email: impactocovid19eemc@gmail.com

Joana Cristina Teixeira de Sousa
(Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

* 1. Concorda em participar neste estudo?

☐

Sim, li todas as informações e concordo em participar no estudo

☐

Não

ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

O questionário encontra-se estruturado em 2 grupos:

Grupo I – Caracterização dos participantes

Grupo II – Opinião dos enfermeiros sobre o impacto do contexto de pandemia COVID-19 no desempenho de cada unidade de competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

GRUPO I

Neste grupo I pretendemos recolher alguns dados que nos permitam caraterizar os enfermeiros participantes no estudo.

2. Idade

3. Sexo

☐

Feminino

☐

Masculino

4. Formação académica

☐

Bacharelato

☐

Licenciatura

☐

Mestrado (especifique)

☐

Doutoramento

☐

Especifique Mestrado e/ou Doutoramento e Outros:

5. Obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com base no:

☐

Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

☐

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

☐

Competências acrescidas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

6. Ano de conclusão da formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

7. Tempo de exercício profissional em Enfermagem (anos):

8. Tempo de exercício profissional como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (anos):

9. Serviço onde exerce a atividade profissional:

- ☐ Medicina
- ☐ Cirurgia
- ☐ Unidade de cuidados intermédios
- ☐ Unidade de cuidados Intensivos
- ☐ Unidade de cuidados Paliativos
- ☐ Bloco de Partos
- ☐ Hospital de Dia
- ☐ Consulta Externa
- ☐ Outro (especifique)

10. Exercício profissional como enfermeiro (durante o período indicado no ponto anterior):

- ☐ Prestação de cuidados
- ☐ Gestão
- ☐ Outro (especifique)

11. Presta cuidados a doentes com COVID-19

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. Prestou cuidados a doentes com COVID-19 entre Março e Setembro de 2020:

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Prestou cuidados a doentes com COVID-19 entre Outubro de 2020 e Março de 2021:

- ☐ Sim
- ☐ Não

14. Exerce alguma função de interlocutor com alguma comissão associada à COVID-19 na instituição?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Se "Sim" (especifique)

15. Qual a estratégia que utilizou para aceder a informação atualizada sobre COVID-19?

- ☐ Sessões de formação em serviço - presenciais
- ☐ Sessões de formação em serviço – à distância
- ☐ Sessões de formação organizadas por entidades (Hospitais, Ordens Profissionais, Associações, ...) – presenciais
- ☐ Sessões de formação organizadas por entidades (Hospitais, Ordens Profissionais, Associações, ...) – à distância
- ☐ Acesso a base de dados
- ☐ Outras (especifique)

Grupoll

Cada questão apresentada corresponde a critérios de desempenho de cada unidade de competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Pretende-se que o participante avalie o impacto do contexto de pandemia no desempenho de cada uma das atividades que concretizam cada uma das unidades de competência em diferentes momentos da pandemia COVID-19 (“Março a Setembro de 2020” e “Outubro de 2020 a Março de 2021”).

A avaliação do impacto traduz-se através de uma escala de diferencial numérico de impacto negativo ou positivo do contexto de pandemia nas condições para a prestação de cuidados de enfermagem pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, em que -3 corresponde ao impacto mais negativo e em que 3 corresponde ao impacto mais positivo.

O valor 0 (zero) corresponde à ausência de qualquer impacto do contexto de pandemia nas condições para a prestação de cuidados de enfermagem pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Caso seja uma questão com resposta não aplicável deve selecionar o N/A.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que se pretende apenas que o participante faça a sua própria avaliação do nível de impacto que atribui a cada afirmação. Caso responda através de um dispositivo móvel (smartphone), a utilização do telemóvel na posição horizontal permite o acesso a um layout do questionário mais apelativo.

Antes de passar à página seguinte deverá assinalar a sua área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (para que apenas responda às competências específicas da sua área de especialização).

16. Qual a sua área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC):

- ☐ Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: sem área de especialização
- ☐ Especialista à pessoa em SITUAÇÃO CRÍTICA
- ☐ Especialista à pessoa em SITUAÇÃO PALIATIVA
- ☐ Especialista à pessoa em SITUAÇÃO CRÓNICA
- ☐ Especialista à pessoa em SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

26. *Valorizar o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde - doença, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;*

[illegible]

27. Priorizar as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

[illegible]

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Implementar as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados.

28. Reconhecer situações de especial complexidade e implementar intervenções especializadas decorrentes da patologia aguda ou crônica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;

[illegible]

29. Adequar os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐

30. Atuar rápida e eficazmente em situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa, família/cuidador;

[illegible]

31. Reconhecer os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e a gestão da doença aguda ou crônica como fatores de stress;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. Atuar capacitando a pessoa, família/cuidador na prevenção da doença aguda ou crônica;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

33. Fundamentar a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. Atuar de forma a munir pessoa, família/cuidador de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença e ao cuidado personalizado;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

35. Documentar a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto clínico.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crônica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

36. Envolver a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados;

[illegible]

37. Monitorizar a eficácia das intervenções especializadas executadas;

[illegible]

38. Monitorizar os progressos da pessoa, família/cuidador considerando os resultados esperados;

[illegible]

39. Documentar de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão decorrentes dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

[illegible]

2 — Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Gerir os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

40. *Diagnosticar precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos;*

[illegible]

Promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.

[illegible]

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐

[illegible]

Conceber Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos nos diferentes contextos de cuidados.

[illegible]

56. Diagnosticar as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

57. Fomentar estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

58. Atualizar com base na melhor evidência científica, o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

59. Divulgar por todos os membros da equipa de prestação de cuidados o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

60. Facilitar a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de cuidados.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.

[illegible]

Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

[illegible][illegible]

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

[illegible][illegible][illegible]

104. Sistematizar as ações a desenvolver em situação de emergência ou catástrofe.

[illegible]

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.

105. Liderar a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa;

[illegible]

106. Avaliar em contínuo a articulação e eficiência da equipa;

[illegible]

107. Adequar a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe;

[illegible]

108. *Introduzir medidas corretivas das inconformidades de atuação;*

[illegible]

109. Mobilizar conhecimentos na utilização de comunicações de emergência;

[illegible]

110. Gerir a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

111. Diagnosticar precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

112. Salvaguardar a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

113. Reconhecer irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

114. Reencaminhar para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio à vítima e respetiva família.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3 — Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Conceber plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

1 — Cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Identificar as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares.

[illegible]

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐

[illegible][illegible]

133. Mobilizar conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

134. Adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

135. Reformular o plano individualizado baseando -se na eficácia das intervenções desenvolvidas.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Envolver os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

136. Reunir periodicamente com cuidadores/familiares, reavaliando as suas necessidades, utilizando sempre que necessário a conferência familiar;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

137. Atualizar o plano de intervenção em parceria com os cuidadores/familiares.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Desenvolver a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.

142. Demonstrar resultados qualificados de comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar, salvaguardando preferências e vontades da pessoa;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

143. Apoiar a pessoa, seus cuidadores/familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto (incluindo o antecipatório e complicado);

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

144. Encaminhar, quando necessário, os cuidadores/ familiares para outros recursos de apoio.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Promover parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.

145. Incentivar ativamente a pessoa, seus cuidadores/familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos, em consonância com os seus desejos e preferências;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

146. Salvaguardar que os objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, estão dentro dos limites mutuamente acordados.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Negociar objetivos/metade de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

158. Utilizar estratégias promotoras de esperança realista e alívio da ansiedade e medo;

159. Assegurar que a pessoa compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

160. Garantir o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

161. Preparar a pessoa para as potenciais alterações da autoimagem e diminuição de capacidades, decorrente do processo cirúrgico;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

162. Desenvolver plano de instrução, ensino e treino promovendo a capacitação, autogestão e recuperação;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

163. Assegurar os mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, de menores e de pessoas com necessidades especiais, de acordo com a legislação vigente e as políticas institucionais.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Promover cuidados à pessoa em situação perioperatória.

164. Garantir a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia;

[illegible]

165. *Responsabilizar-se pela pessoa tomando a cargo o conforto, a integridade, a privacidade e o cumprimento da vontade expressa, até que a mesma tenha capacidade para os assegurar;*

[illegible]

166. Assegurar o posicionamento cirúrgico;

[illegible]

167. Agir com pertinência nas diferentes áreas de atuação: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos;

[illegible]

168. *Executar intervenções de enfermagem em resposta a situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade;*

[illegible]

169. Monitorizar sinais e sintomas analisando os resultados e intervindo com base no conhecimento especializado, evidência científica e experiência profissional;

[illegible]

175. Contribuir para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício da pessoa;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

176. Comunicar de forma eficaz, visando a segurança cirúrgica;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

177. Gerir o trabalho em equipa, fomentando a partilha e reflexão sobre processo de cuidados e eventual instituição de medidas corretivas;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

178. Gerir situações de stress e conflito fomentando um ambiente harmonioso;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

179. Intervir no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2 — Maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Demonstrar consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.

186. Integrar programas de vigilância epidemiológica para monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

187. Garantir condições do ambiente de trabalho promotoras da saúde e da segurança dos profissionais;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

188. Garantir que estão asseguradas as condições de boa prática e dotações seguras para o início e/ou continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

189. Colaborar na organização do processo cirúrgico com vista à otimização da experiência da pessoa;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

190. Emitir pareceres técnicos sobre programas de conceção e de remodelação dos ambientes perioperatórios.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Liderar o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.

208. Emitir pareceres técnicos para a aquisição de dispositivos médicos.

[illegible]

209. Globalmente como perceciona o impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica:

[illegible]

C - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA: Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

1 — Cuidar Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica.

210. Estabelecer relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados;

[illegible]

211. Mobilizar competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto;

[illegible]

212. Envolver a pessoa, família/cuidadores no processo de cuidar, rumo ao bem-estar e qualidade de vida;

[illegible]

213. Reconhecer as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam a doença crónica;

[illegible]

214. Reconhecer as implicações e complicações, inerentes à doença crónica;

[illegible]

215. Avaliar o impacto que a situação decorrente da doença crónica tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados;

[illegible]

216. Antecipar, em tempo útil, situações de aquidização.

[illegible]

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Promover intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica.

217. Apoiar a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde -doença perante a doença crónica;

[illegible]

218. Estabelecer planos de intervenção individualizados para a pessoa e seus cuidadores/familiares, com vista à prevenção e controlo da doença crónica nos diversos contextos de ação, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios;

[illegible]

219. Reconhecer a gestão da doença crónica como um fator de stress;

[illegible]

220. Adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, para o desenvolvimento do autoconhecimento e da capacitação da pessoa e seus cuidadores/familiares de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto;

[illegible]

221. Fomentar estratégias para autogestão e promoção da saúde em pessoas com doença prolongada e incapacidades crónicas;

[illegible]

222. Valorizar o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde - doença, capacitando -a para a gestão situacional;

[illegible]

223. Atuar preventivamente nos fatores de risco e nas complicações inerentes à doença crónica;

[illegible]

224. Priorizar as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença;

[illegible]

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Avaliar os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica.

[illegible]

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

246. Mobilizar conhecimentos na gestão das alterações e incapacidades impostas pela doença crónica, nomeadamente a alteração da imagem corporal;

[illegible]

247. Mobilizar conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo a teletrabalho em enfermagem.

[illegible]

UNIDADE DE COMPETÊNCIA

Gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação.

248. Intervir como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;

[illegible]

249. Salvar as questões de segurança na administração dos processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação;

[illegible]

250. Fomentar a cultura de segurança dos cuidados especializados;

[illegible]

256. Promover ações de prevenção e rastreio para deteção precoce da doença crónica;

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

257. Participar na organização das unidades, definição de estratégias e políticas de saúde.

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

258. Globalmente como perceciona o impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica:

	-3	-2	-1	0	1	2	3	N/A
Março de 2020 a Setembro de 2020	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outubro de 2020 a Março de 2021	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mais uma vez agradeço a sua disponibilidade para preencher este questionário.

Muito obrigada

Joana Cristina Teixeira de Sousa

**Nota: Em caso de dúvida poderá contactar-me através de correio eletrónico:
impactocovid19eemc@gmail.com, com a informação “questionário” no campo
ASSUNTO.**

Anexo 3

Autorização da Comissão de ética

COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE

ENFERMAGEM DO PORTOCE-

Parecer ao Projeto:

Impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica: perspetiva dos enfermeiros
Fluxo RG 95 2021 **Data da submissão: 01 04 2021**

Documentos anexos ao pedido de parecer
Modelo 102. Pedido de apreciação e parecer à comissão de ética
Modelo 92 Questionário para submissão de projeto de investigação à comissão de ética da ESEP
Modelo 46. Ficha de apresentação de projetos de investigação
Consentimento livre e informado
Questionário Impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem
Cronograma do projeto
Nota curricular da investigadora principal

Investigador proponente: Joana Cristina Teixeira de Sousa

Investigador responsável: Prof. José Miguel dos Santos Castro Padilha

Data de início do projeto: 2020 -11 - 01; **Data de fim do projeto:** 2021- 07- 30

Finalidade:

Contribuir para a melhoria da organização dos cuidados de enfermagem em contexto de pandemia, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Objetivos da investigação:

- Avaliar o impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC);
- Identificar o impacto da pandemia COVID-19 na conceção, gestão e supervisão de cuidados dos enfermeiros especialistas em EMC;
- Avaliar o impacto da pandemia no suporte efetivo dos enfermeiros especialistas em EMC ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;
- Identificar o impacto da pandemia COVID-19 no processo assistencial do enfermeiro EEMC no controlo das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde das pessoas;
- Descrever processos formativos especializados dirigidos a enfermeiros especialistas em EMC durante a pandemia COVID-19.

Tipo de estudo: Estudo transversal, observacional e descritivo. Os dados serão armazenados numa base estatística SPSS e em seguida procede-se a uma análise estatística descritiva e correlacional.

Participantes: enfermeiros EEMC a exercerem funções nos serviços de internamento hospitalar e de cuidados de saúde primários durante a pandemia do COVID19. O acesso aos participantes será efetuado pelas associações de enfermeiros e Ordem dos Enfermeiros.

Confidencialidade: Está garantida a confidencialidade de todos os participantes os dados serão codificados.

Consentimento: O consentimento livre e informado dos participantes está garantido.

Instrumento de colheita de dados: questionário em formato online composto por duas secções, a primeira de caracterização socioprofissional e a segunda relacionada com os critérios de desempenho de cada unidade de competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A avaliação do impacto traduz-se através de uma escala de diferencial numérica de impacto negativo, neutro ou positivo das condições de trabalho no decurso da pandemia mencionado pelo investigador.

Parecer:

Após análise dos documentos apresentados e considerando a utilidade e a relevância do projeto para a melhoria dos cuidados, tendo em conta a qualidade científica do orientador, assim esta comissão nada tem a opor à sua realização.

13 de abril de 2021

A relatora,

Isabel Lopes Ribeiro

A Presidente,

Teresa Tomé
Ribeiro

Anexo 4

Autorização da OE – pedido de divulgação

05/10/22, 19:23 Gmail - SAI-OE/2021/3957 - Pedido de divulgação de projecto de investigação «Impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados...



SAI-OE/2021/3957 - Pedido de divulgação de projecto de investigação «Impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de enfermagem prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica: perspectiva dos enfermeiros»

Gabinete de Investigação e Desenvolvimento [<gid@ordemenfermeiros.pt>](mailto:gid@ordemenfermeiros.pt)

23 de setembro de 2021 às 12:05 Para: Joana Sousa

Cc: Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

Exma. Sra. Enfermeira Joana Teixeira de Sousa.

Cumpre-nos em nome do Sr. Enf. Luís Filipe Barreira, Vice-presidente da Ordem dos Enfermeiros, informar que o resumo relativo ao seu projecto de investigação já foi publicado.

Poderá aceder à notícia através do link

<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/participe-no-estudo-impacto-da-pandemia-covid-19-nos-cuidados-de-enfermagem-prestados-pelos-enfermeiros-especialistas-em-enfermagem-m%C3%A9dico-cir%C3%Burgica-perspetiva-dos-enfermeiros/>

[Citação ocultada]

ANEXO 5

Extração de dados dos artigos selecionados com base no *checklist* orientado pelo JBI

Study 1	
Title:	<i>Experiences of healthcare providers from a working week during the first wave of the covid-19 outbreak</i>
Author(s):	Villa, G.; Dellafiore, F.; Caruso, R.; Arrigoni, C.; Galli, E.; Moranda, D.; Prampolini, L.; Bascapè, B.; Merlo, M. G.; Giannetta, N.; Manara, D. F.
Periodic:	Acta Biomedica
Year of publication:	2021
Country of study:	Italy
Keywords:	COVID-19 outbreak; Healthcare workers; Perceptions and experiences; Qualitative content analysis
Objectives of the study:	to longitudinally explore perceptions and experiences of HCWs about their daily working life during the initial COVID-19 outbreak, highlighting the specific lived experiences of physicians, nurses, radiology technicians, and healthcare assistants.
Method: Study design:	longitudinal qualitative content analysis
Clinical settings:	three main research Hospitals
Target population (focus of nursing care)	physicians, nurses, radiology technicians, and healthcare assistants during the first wave of the COVID-19 outbreak
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Content analyse of the comments and quotations made on a daily diary lasting seven days. According to Elo and Kyngäs recommendation, the data analysis process was developed in three main phases: preparation, organising, and reporting.
Study outcomes	Four main generic categories emerged by data analysis: 'Clinical practice in COVID-19 patients'; 'The importance of relationship'; 'Navigating by sight'; and 'Good always pays off'. Several differences emerged from the sentences of the HCWs, which require further investigation.
Conclusions	Understanding the profession-specific experiences of the involved HCWs in facing the challenges of the COVID-19 pandemic is key for boosting reflections, research, and actions to adequately support each professional group.
Study 2	
Title:	<i>Collateral impact of the covid-19 pandemic on acute care of non-covid patients: An internet-based survey of critical care and emergency personnel</i>
Author(s):	Tripathy, S.; Vijayaraghavan, B. K. T.; Panigrahi, M. K.; Shetty, A. P.; Haniffa, R.; Mishra, R. C.; Beane, A.
Periodic:	Indian Journal of Critical Care Medicine
Year of publication:	2021
Country of study:	Indian
Keywords:	Acute care; COVID-19; LMIC; Pandemic; Service delivery; Survey
Objectives of the study:	To evaluate HCWs' perceptions of the impact of the COVID-19 pandemic on the delivery of acute care services for non-COVID patients.
Method: Study design:	participatory research methods
Clinical settings:	Acute Care Services
Target population (focus of nursing care)	HCWs (doctors, nurses, allied healthcare professionals) caring for acutely unwell patients during the pandemic
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	A clinician and nurse codesigned and validated an internet-based survey, which was disseminated to HCWs using a multiple frame sampling technique.
Study outcomes	Respondents perceived a decrease in service utilization and disruption to time-sensitive acute interventions (60.1% and 40.8%, respectively), with fear of infection (score, 63.0; standard deviation (SD), 31.8) and restrictions due to lockdown (61.4; SD 32.5) being cited as the causes of service disruption. Being overwhelmed or lack of protective equipment was perceived to contribute less to CCDS. Insistence on COVID test results X2 ($p = 0.02$) and duty-avoidance ($p < 0.01$) was perceived as significant causes for CCDS by HCWs from private hospitals and those in leadership roles, respectively
Conclusions	Fear of infection and the effect of lockdown were perceived as important contributors to CCDS resulting in disruption to services and decreased service utilization. Perceptions were influenced by HCWs' role and hospital organizational structure.

Study 3	
Title:	<i>Promoting and Risk Factors of Nurses' Hardiness Levels during the COVID-19 Pandemic: Results from an Italian Cohort</i>
Author(s):	Rodriguez, S. B.; Bardacci, Y.; Aoufy, K. E.; Bazzini, M.; Caruso, C.; Giusti, G. D.; Mezzetti, A.; Bambi, S.; Guazzini, A.; Rasero, L.;
Periodic:	International Journal of Environmental Research and Public Health
Year of publication:	2022
Country of study:	Italy
Keywords:	Anxiety; COVID-19; Critical care; Hardiness; Healthcare workers; Nurses; Nursing; Resilience; SARS CoV2; Stress
Objectives of the study:	The primary aim of this study was to assess the impact of COVID-19 on the hardiness levels in an Italian cohort of nurses. The secondary aims were to assess the level of hardiness in nurses directly caring for patients with COVID-19 and to verify the presence of related risk and promoting factors.
Method: Study design:	descriptive and explorative study - Cohort study
Clinical settings:	hospital settings including UCI
Target population (focus of nursing care)	nurses directly caring for patients with COVID-19
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	An online survey composed of a multiple answer questionnaire with open, closed, and semi-closed-ended questions. Hardiness and anxiety were assessed using two psychometric instruments: the Dispositional Resilience Scale (DRS-15) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y).
Study outcomes	A decrease in the hardiness was recorded after the first wave of COVID-19 if compared to the baseline (mean Δ DRS-15 total = 1.3 ± 5.0), whereas in the subsample of nurses caring for COVID-19 patients, the total hardiness level decreased more consistently (mean Δ DRS Total = 1.9 ± 5.3). Multivariate analysis showed that high levels of anxiety were risk factors for reducing hardiness. In contrast, anxiety, when associated with a greater length of service, was a promoting factor for the increase in hardiness.
Conclusions	The correlation between anxiety and years of length of service appears to be pivotal. Future research should focus on the role of anxiety to establish its actual role as a predictor of hardiness.

Study 4	
Title:	<i>Stress and quality of life of intensive care nurses during the COVID-19 pandemic: Self-efficacy and resilience as resources</i>
Author(s):	Penacoba, Cecilia; Catala, Patricia; Velasco, Lilian; Javier Carmona-Monge, Francisco; Garcia-Hedrer, Fernando J.; Gil-Almagro, Fernanda
Periodic:	Nursing in Critical Care
Year of publication:	2021
Country of study:	Spain
Keywords:	COVID-19 pandemic, intensive care unit, nurses, quality of life, resilience, self-efficacy, stress
Objectives of the study:	To explore the mediating roles of self-efficacy and resilience between stress and both physical and mental quality-of-life components in intensive care nurses during the COVID-19 pandemic
Method: Study design:	Cross-sectional survey design
Clinical settings:	intensive care unit
Target population (focus of nursing care)	intensive care nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	The stress subscale (depression, anxiety, and stress scale in Spanish Scale, DASS-21), the summary components (physical and mental) of health-related quality of life (SF-36), the general self-efficacy scale (GSES), and the resilience scale (RS-14) . Serial multiple mediator models were used.
Study outcomes	There was a significant indirect effect of levels of perceived stress on both physical and mental health components through self-efficacy and resilience. Specifically, greater perception of self-efficacy was associated with a lower perception of stress and greater resilience, while higher resilience was associated with greater physical and mental health ($B = -0.03$; $SE = 0.02$; 95% confidence interval [CI] = $[-0.07, -0.01]$; $B = -0.03$, $SE = 0.01$, 95% CI = $[-0.07, -0.01]$, respectively). It was observed that self-efficacy alone also mediates the relationship of the perception of stress on the components of physical and mental health ($B = -0.07$; $SE = 0.05$; 95% CI = $[-0.18, -0.03]$; $B = -0.09$; $SE = 0.04$; 95% CI = $[-0.17, -0.24]$, respectively). However, resilience alone was not a significant mediator of these associations.
Conclusions	It can be concluded that stress is linked to the physical and mental health components related to quality of life through self-efficacy and resilience. Relevance to clinical practice These psychological resources would allow the nursing staff to maintain a good quality of life despite high levels of stress. These findings have implications for future research in terms of both model testing and clinical application.

Study 5	
Title:	<i>Psychological challenges of nurses in pandemic Covid-19</i>
Author(s):	Mousavizadeh, S. N.; Merdasi, P. G.; Safari, M.
Periodic:	Pakistan Journal of Medical and Health Sciences
Year of publication:	2021
Country of study:	Iran
Keywords:	Coronavirus; Covid 19; Mental Health; Nurses; Psychological Problems
Objectives of the study:	to consolidate the available evidence on the effects and psychological problems of nurses during the outbreak of Covid-19.
Method: Study design:	A systematic Review
Clinical settings:	COVID-19 treatment centers
Target population (focus of nursing care)	nurses working in the corona treatment line in COVID-19 treatment centers
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	A systematic search was performed on the databases of Web of Science, PubMed, Google Scholar, Cochrane Library, ProQuest, and Science Direct. All studies that addressed the "psychological challenges of nurses in the face of the Covid 19 pandemic" from different perspectives were included in the study.
Study outcomes	The most common psychological disorders in nurses exposed to the Covid-19 pandemic were anxiety and depression. Female nurses showed more psychological effects than male nurses and physicians, respectively. Nurses working in the emergency, infectious and intensive care units also experience more psychological challenges.
Conclusions	Evidence suggests that a significant proportion of nurses in this outbreak suffer from a kind of psychological disorders; and these symptoms emphasize the need to find ways to reduce mental health risks and adjust their workload in the event of a serious infectious disease epidemic.

Study 6	
Title:	<i>Health problems and skin damages caused by personal protective equipment: Experience of frontline nurses caring for critical COVID-19 patients in intensive care units</i>
Author(s):	Jose, S.; Cyriac, M. C.; Dhandapani, M.
Periodic:	Indian Journal of Critical Care Medicine
Year of publication:	2021
Country of study:	India
Keywords:	Adverse skin reactions; Coronavirus; COVID-19; Frontline nurses; Health problems; Personal protective equipment; PPE-related dermatitis
Objectives of the study:	To explore the adverse health problems and skin reactions caused by the use of PPEs among the frontline nurses in the ICUs of COVID hospital.
Method: Study design:	A cross-sectional study
Clinical settings:	ICUs of COVID hospital.
Target population (focus of nursing care)	frontline nurses in the ICUs of COVID hospital
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	An online-based questionnaire assessing the physical problems, and adverse skin reactions of PPEs
Study outcomes	The most common adverse health effects expressed by them were headache (73.4%), extreme sweating (59.6%), and difficulty in breathing (36.7%); 91.7% complained about the fogging of the goggle. Majority of frontline nurses expressed nasal bridge scarring (76.64%) and indentation and pain on the back of the ears (66.42%) as the adverse skin reactions after wearing N95 masks. The common skin problems identified due to double gloving of latex gloves were excessive skin soakage with sweat (70.07%) and skin chapping (19%). The protective clothing caused minimal adverse reactions, and excessive sweating (71.53%) was the most reported.
Conclusions	The healthcare workers wearing PPE for a prolonged period show significant adverse effects, so appropriate strategies should be taken to prevent the adverse effects by designing effective PPEs and education of preventive measures among healthcare workers.

Study 7	
Title:	<i>Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on critical care healthcare workers' depression, anxiety, and stress levels</i>
Author(s):	Hammond, N. E.; Crowe, L.; Abbenbroek, B.; Elliott, R.; Tian, D. H.; Donaldson, L. H.; Fitzgerald, E.; Flower, O.; Grattan, S.; Harris, R.; Sayers, L.; Delaney, A.
Periodic:	Australian Critical Care
Year of publication:	2021
Country of study:	Australia
Keywords:	Anxiety; COVID-19; Critical care; DASS-21; Depression; Stress; Wellbeing
Objectives of the study:	to determine levels of depression, anxiety, and stress symptoms and factors associated with psychological burden amongst critical care healthcare workers in the early stages of the coronavirus disease 2019 pandemic.
Method: Study design:	cross-sectional study
Clinical settings:	critical care setting
Target population (focus of nursing care)	critical care healthcare workers
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	An anonymous Web-based survey
Study outcomes	Overall, 813 (21.6%) respondents reported moderate to extremely severe depression, 1078 (28.6%) reported moderate to extremely severe anxiety, and 1057 (28.0%) reported moderate to extremely severe stress scores. Mean $\pm$ standard deviation values of DASS-21 depression, anxiety, and stress scores amongst woman vs men was as follows: 8.0 ± 8.2 vs 7.1 ± 8.2 ($p = 0.003$), 7.2 ± 7.5 vs 5.0 ± 6.7 ($p < 0.001$), and 14.4 ± 9.6 vs 12.5 ± 9.4 ($p < 0.001$), respectively. After adjusting for significant confounders, clinical concerns associated with higher DASS-21 scores included not being clinically prepared ($\beta = 4.2$, $p < 0.001$), an inadequate workforce ($\beta = 2.4$, $p = 0.001$), having to triage patients owing to lack of beds and/or equipment ($\beta = 2.6$, $p = 0.001$), virus transmission to friends and family ($\beta = 2.1$, $p = 0.009$), contracting coronavirus disease 2019 ($\beta = 2.8$, $p = 0.011$), being responsible for other staff members ($\beta = 3.1$, $p < 0.001$), and being asked to work in an area that was not in the respondents' expertise ($\beta = 5.7$, $p < 0.001$).
Conclusions	In this survey of critical care healthcare workers, between 22 and 29% of respondents reported moderate to extremely severe depression, anxiety, and stress symptoms, with women reporting higher scores than men. Although female gender appears to play a role, modifiable factors also contribute to psychological burden and should be studied further.
Study 8	
Title:	<i>Benchmarking Critical Care Well-Being: Before and After the Coronavirus Disease 2019 Pandemic</i>
Author(s):	Gomez, Sofia; Anderson, Brian J.; Yu, Hyunmin; Gutsche, Jacob; Jablonski, Julianne; Martin, Niels; Kerlin, Meeta Prasad; Mikkelsen, Mark E.
Periodic:	Critical care explorations
Year of publication:	2020
Country of study:	USA
Keywords:	advanced practice providers; burnout; critical care; nurses; pharmacists; physicians; professional fulfillment; well-being
Objectives of the study:	To examine well-being, measured as burnout and professional fulfillment, across critical care healthcare professionals, ICUs, and hospitals within a health system; To examine the impact of the coronavirus disease 2019 pandemic.
Method: Study design:	Longitudinal and cross-sectional study
Clinical settings:	Academic medical center
Target population (focus of nursing care)	Four-hundred eighty-one critical care professionals, including 353 critical care nurses, 58 advanced practice providers, 57 physicians, and 13 pharmacists, participated in the cross-sectional survey; 15 medical critical care physicians participated in the longitudinal survey through the coronavirus disease 2019 pandemic.
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	To complement a longitudinal survey administered to medical critical care physicians at the end of an ICU rotation, which began in May 2018, we conducted a cross-sectional survey among critical care professionals across four hospitals in December 2018 to January 2019.
Study outcomes	Burnout was present in 50% of ICU clinicians, ranging from 42% for critical care physicians to 55% for advanced practice providers. Professional fulfillment was less common at 37%, with significant variability across provider ($p = 0.04$), with a low of 23% among critical care pharmacists and a high of 53% among physicians. Well-being varied significantly at the hospital and ICU level. Workload and job demand were identified as drivers of burnout and meaning in work, culture and values of work community, control and flexibility, and social support and community at work were each identified as drivers of well-being. Between July 2019 and March 2020, burnout and professional fulfillment were present in 35% (15/43) and 58% (25/43) of medical critical care physician responses, respectively. In comparison, during the coronavirus disease 2019 pandemic, burnout and professional fulfillment were present in 57% (12/21) and 38% (8/21), respectively.
Conclusions	Burnout was common across roles, yet differed across ICUs and hospitals. Professional fulfillment varied by provider role. We identified potentially modifiable factors related to clinician well-being that can inform organizational strategies at the ICU and hospital level. Longitudinal studies, designed to assess the long-term impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on the well-being of the critical care workforce, are urgently needed.

Study 9	
Title:	<i>Gender and occupational role differences in work-related post-traumatic stress symptoms, burnout and global functioning in emergency healthcare workers</i>
Author(s):	Carmassi, C.; Dell'Oste, V.; Bertelloni, C. A.; Pedrinelli, V.; Barberi, F. M.; Malacarne, P.; Dell'Osso, L.
Periodic:	Intensive and Critical Care Nursing
Year of publication:	2022
Country of study:	Italy
Keywords:	Burnout; Critical care; Emergency health care workers; Global functioning; Nurses; Physicians; Post-traumatic stress symptoms
Objectives of the study:	To explore gender and occupational role impact on work-related Post-Traumatic Stress Symptoms, Post-Traumatic Stress Disorder, burnout and global functioning in a sample of emergency healthcare workers.
Method: Study design:	A cross-sectional study
Clinical settings:	Emergency Department, including Intensive Care Unit, Emergency Room and Emergency Medicine
Target population (focus of nursing care)	Healthcare workers of the Emergency Department
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Participants were assessed by means of the: Trauma and Loss Spectrum-Self Report (TALS-SR) to explore Post-Traumatic Stress Spectrum Symptoms, Professional Quality of Life (ProQOL) Scale to assess Compassion Satisfaction, Burnout and Compassion Fatigue and Work and Social Adjustment Scale (WSAS) to measure global functioning.
Study outcomes	The present findings showed females were more prone to develop Post-Traumatic Stress Symptoms, particularly re-experiencing ($p = .010$) and hyperarousal ($p = .026$) symptoms and medical doctors reporting higher Burnout ($p < .001$) and lower Compassion Satisfaction ($p = .009$) mean scores than nurses. Higher levels of functioning impairment emerged amongst medical doctors rather than nurses, in both social ($p = .029$) and private ($p = .020$) leisure activities. Linear correlations highlighted relationships between the TALS-SR, ProQOL and WSAS scores. Finally, medical doctor status was significantly associated with lower Compassion Satisfaction ($p = .029$) and higher Burnout ($p = .015$).
Conclusions	The results highlight high post-traumatic stress symptoms and burnout levels in emergency healthcare workers with a relevant impact of female gender and occupational role, supporting the need for preventive strategies, also in light of the current COVID-19 pandemic.

Study 10	
Title:	<i>COVID-19: The Lived Experience of Critical Core Nurses</i>
Author(s):	Brockopp, Dorothy; Monroe, Martha; Davies, Claire C.; Cawood, Meghan; Cantrell, Donita
Periodic:	JONA: The Journal of Nursing Administration
Year of publication:	2021
Country of study:	USA
Keywords:	PSYCHOLOGICAL burnout; INTENSIVE care nursing; NURSES' attitudes; INTERVIEWING; EXPERIENCE; QUALITATIVE research; PHENOMENOLOGY; DESCRIPTIVE statistics; DATA analysis software; COVID-19 pandemic
Objectives of the study:	to explore in-depth, critical care nurses' (CCNs) lived experience while caring for Coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients during the pandemic; To access a deep layer of understanding regarding participants' lived experience.
Method: Study design:	qualitative phenomenological study
Clinical settings:	critical care unit
Target population (focus of nursing care)	CCNs caring for COVID-19 patients
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Using Heidegger's interpretive phenomenological approach, interviews were conducted with 10 CCNs caring for COVID-19 patients.
Study outcomes	Themes of role frustration, emotional and physical exhaustion, and the importance of presence were revealed.
Conclusions	Themes revealed suggest a number of actions hospital administrators could take to support CCNs as they experience the challenges of a pandemic.

Study 11	
Title:	<i>Ethical conflict during COVID-19 pandemic: the case of Spanish and Italian intensive care units</i>
Author(s):	Falcó-Pegueroles, A.; Zuriguel-Pérez, E.; Via-Clavero, G.; Bosch-Alcaraz, A.; Bonetti, L.
Periodic:	International Nursing Review
Year of publication:	2021
Country of study:	Spain
Keywords:	COVID-19; critical care nursing; decision-making; Ethical conflict; ethics responsibilities; pandemic Nursing ethics; Nurses
Objectives of the study:	To identify factors underlying ethical conflict occurring during the current COVID-19 pandemic in the critical care setting.
Method: Study design:	nominal group technique
Clinical settings:	critical care units
Target population (focus of nursing care)	Experts were selected taking into consideration their areas of expertise in the field of ethics and the critical care patient, as well as their own professional experience during the COVID- 19 pandemic in Spanish and Italian health systems.
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Applying a nominal group technique this manuscript identifies a series of factors that may have played a role in the emergence of the ethical conflicts in critical care units during the COVID-19 pandemic, considering ethical principles and responsibilities included in the International Council of Nurses Code of Ethics.
Study outcomes	The five factors identified were the availability of resources; the protection of healthcare workers; the circumstances surrounding decision-making, end-of-life care, and communication. Discussion: The impact of COVID-19 on health care will be long-lasting and nurses are playing a central role in overcoming this crisis. Identifying these five factors and the conflicts that have arisen during the COVID-19 pandemic can help to guide future policies and research.
Conclusions	Understanding these five factors and recognizing the conflicts, they may create can help to focus our efforts on minimizing the impact of the ethical consequences of a crisis of this magnitude and on developing new plans and guidelines for future pandemics. Implications for nursing practice and policy: Learning more about these factors can help nurses, other health professionals, and policymakers to focus their efforts on minimizing the impact of the ethical consequences of a crisis of this scale. This will enable changes in organizational policies, improvement in clinical competencies, and development of the scope of practice.

Study 12	
Title:	<i>Increasing critical care nurse engagement of palliative care during the covid-19 pandemic</i>
Author(s):	Rosa, W. E.; Ferrell, B. R.; Wiencek, C.
Periodic:	Critical Care Nurse
Year of publication:	2020
Country of study:	USA
Keywords:	Not applicable
Objectives of the study:	To promote palliative care engagement in critical care; share palliative care resources to support critical care nurses in alleviating suffering during the coronavirus disease 2019 pandemic; and make recommendations to strengthen nursing capacity to deliver high-quality, person-centered critical care.
Method: Study design:	literature and practice guidelines were review
Clinical settings:	critical care setting
Target population (focus of nursing care)	critical care nursing
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Palliative and critical care literature and practice guidelines were reviewed, synthesized, and translated into recommendations for critical care nursing practice.
Study outcomes	Nurses are ideally positioned to drive full integration of palliative care into the critical care delivery for all patients, including those with coronavirus disease 2019, given their relationship-based approach to care, as well as their leadership and advocacy roles. Recommendations include the promotion of healthy work environments and prioritizing nurse self-care in alignment with critical care nursing standards.
Conclusions	Nurses should focus on a strategic integration of palliative care, critical care, and ethically based care during times of normalcy and of crisis. Primary palliative care should be provided for each patient and family, and specialist services sought, as appropriate. Nurse educators are encouraged to use these recommendations and resources in their curricula and training. Palliative care is critical care. Critical care nurses are the frontline responders capable of translating this holistic, person-centered approach into pragmatic services and relationships throughout the critical care continuum.

Study 13	
Title:	<i>Redeployment of certified registered nurse anesthetists during the coronavirus disease 2019 pandemic</i>
Author(s):	Rollison, S.; Horvath, C.; Gardner, B.; McAuliffe, M.; Benson, A.
Periodic:	AANA Journal
Year of publication:	2021
Country of study:	USA
Keywords:	Certified registered nurse anesthetist; Coronavirus; Redeployment; SARS-CoV-2;
Objectives of the study:	Descriptive study
Method: Study design:	To describe the workload of CRNAs During Pandemic; To describe the CRNA Redeployment During Pandemic
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	Certified registered nurse anesthetist - The CRNA as Intensive Care Nurse
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	During the coronavirus disease 2019 (COVID) pandemic, CRNAs at a large academic medical center in the Mid-Atlantic United States experienced a shift in their daily responsibilities.
Study outcomes	As the hospital transitioned to the management of patients who tested positive for the virus that causes COVID, the severe acute respiratory syndrome-coronavirus type 2 (SARS-CoV-2), CRNAs were redeployed into the roles of respiratory therapists and intensive care unit registered nurses.
Conclusions	Although facing the stress of the global pandemic, this facility's CRNAs proved to be flexible, capable, and necessary members of the care team for patients with COVID-19.
Study 14	
Title:	<i>Doubling Intensive Care Unit Capacity by Surging Onto Medical-Surgical Units During the COVID-19 Pandemic</i>
Author(s):	O'Donoghue, Sharon C.; Donovan, Barbara; Anderson, Joanna; Foley, Jane; Gillis, Jean; Maloof, Kimberly; Milano, Andrea; Whitlock, John; DeSanto-Madeya, Susan
Periodic:	Dimensions of Critical Care Nursing
Year of publication:	2021
Country of study:	USA
Keywords:	COVID-19, Intensive care, Nursing, Pandemics, Surge capacity
Objectives of the study:	to describe the surge experience with space, supplies, and staff training in response to COVID-19 and provide guidance to other organizations.
Method: Study design:	collaborative approach in the Implementation of a guide intervention for the COVID-19 pandemic
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	ICU team
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Preparation Process: An epidemic surge drill, conducted in 2012, served as a guide in planning for the COVID-19 pandemic. The principles of crisis standards of care and a hospital incident command structure were used to clearly define roles, open lines of communication, and inform our surge plan. Preparation began by collaborating with multidisciplinary groups to acquire the most appropriate space, as well as adequate supplies, and identify and train staff. Implementation: Teams were formed to identify the necessary resources to expand the intensive care unit (ICU) environment quickly and efficiently. Educational training was developed for redeployed staff.
Study outcomes	Beth Israel Deaconess Medical Center experienced the largest surge of ICU patients within a hospital system in the state of Massachusetts. The ICU capacity was expanded by 93% from 77 to 149 beds, and the surge was maintained for approximately 9 weeks. Shadowing experiences before the actual surge were extremely valuable.
Conclusions	Planning for the surge of critically ill patients required a thoughtful, collaborative approach. Ongoing staff support and communication from nursing leadership were necessary to ensure safe, effective care for critically ill patients in a new and dynamic environment.

Study 15	
Title:	<i>Development, Implementation, and Impact of a Proning Team During the COVID-19 Intensive Care Unit Surge</i>
Author(s):	O'Donoghue, S. C.; Church, M.; Russell, K.; Gamboa, K. A.; Hardman, J.; Sarge, J.; Moskowitz, A.; Hayes, M. M.; Cocchi, M. N.; DeSanto-Madeya, S.
Periodic:	Dimensions of Critical Care Nursing
Year of publication:	2021
Country of study:	USA
Keywords:	Intensive care units, Patient care team, Prone position
Objectives of the study:	To describe the development and implementation of a proning team during the surge in ICU patients with COVID-19 and to measure the impact of the program through surveys of staff involved.
Method: Study design:	Implementation and evaluation of a proning protocol and educational plan
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	ICU nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	A proning protocol and educational plan was developed. A proning team of redeployed staff was created. A survey of ICU registered nurses and proning team members was used to evaluate the benefits and challenges of the proning team.
Study outcomes	The proning team was successful in safely performing more than 300 proning and supinating maneuvers for critically ill patients. There is overwhelming support within the institution for a proning team for future COVID-19 surges. The development and implementation of the proning team happened quickly to assist with the surge of patients and off-load work from ICU registered nurses. Despite the success of the proning team, more clearly defined roles and expectations, as well as additional education, are needed to further enhance teamwork and workflow.
Conclusions	Creation of the proning team was a creative use of resources that helped manage the large and medically complex patient population. This work may serve as a guide to other health care institutions.

Study 16	
Title:	<i>Reorganizing the respiratory high dependency unit for pandemics</i>
Author(s):	Masa, J. F.; Patout, M.; Scala, R.; Winck, J. C.
Periodic:	Expert Review of Respiratory Medicine
Year of publication:	2021
Country of study:	Spain
Keywords:	acute respiratory failure; COVID-19; noninvasive support therapies; Respiratory high dependency units
Objectives of the study:	to report COVID-19 induced changes in terms of number, structure, organizational models, and activities of European RHDU as compared to pre-pandemic time; in the absence of evidence-based recommendations also would like to propose an adaptation and optimization of the RHDUs to meet the emergent needs caused by the pandemic according to the European perspective expert-based view.
Method: Study design:	Literature review and Expert opinion
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	staff nurses to manage critically ill patients with COVID-19
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Areas Covered: We searched the following databases: MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, limited to the terms: COVID-19 and RHDU, Respiratory Intermediate care Unit, acute respiratory distress syndrome (ARDS), noninvasive ventilation (NIV), high flow nasal cannula (HFNC), prone position, and monitoring. In this review, we summarize RHDU's dual purpose: on the one hand, to decrease the number of admissions into ICU, and on the other hand, early discharges of patients from ICU with prolonged admissions due to the need of care or laborious weaning from invasive mechanical ventilation. Although this dual purpose of RHDUs has contributed to decrease the overload of the ICUs during the pandemic, the hundreds of patients admitted in hospitals, with approximately 20%–30% needing critical care, has exceeded the forecasts of many hospitals.
Study outcomes	Expert Opinion: It seems clear that a reorganization and optimization of the care of patients with severe COVID-19 is necessary, minimizing admissions to the ICU and facilitating an early discharge. During the pandemic, several hospitals have spontaneously created new RHDUs or extended preexisting RHDUs or up-graded respiratory wards in order to receive less sick patients requiring lower levels of monitoring and nurse-to-patient ratios. This article reviews under a European expert perspective this topic and proposes an adaptation and optimization of the RHDUs to meet the emergent needs caused by the pandemic emphasizing the role of the expert application of noninvasive respiratory therapies in preventing intubation and ICU access.
Conclusions	RHDUs provide a specialized intermediate level respiratory care setting designed to manage ARF patients with health resources optimization the risk of inadequate intensity of care in the ward and the potentially wasteful provision of unnecessarily higher-level care in an ICU. During the pandemic, the expansion of RHDU beds allowed NIRT-based early management of COVID-19 patients with the reduced risk of intubation and of ICU becoming overwhelmed. Special care is required for the monitoring and the choice of NIRT interface and ventilators to manage COVID-19 patients safely and effectively in RHDUs. RHDUs are resources that can be flexed quickly to provide extra capacity for respiratory support with existing experienced staff supplemented by inexperienced staff from other departments.

Study 17	
Title:	<i>Responding to the COVID-19 pandemic: Development of a critical care nursing surge model to meet patient needs and maximise competencies</i>
Author(s):	Lauck, S. B.; Bains, V. K.; Nordby, D.; Iacoe, E.; Forman, J.; Polderman, J.; Farina, L.
Periodic:	Australian Critical Care
Year of publication:	2022
Country of study:	Canada
Keywords:	Advanced practice nursing; COVID-19; Critical care nursing; Workforce
Objectives of the study:	To report on the accelerated development of a critical care nursing surge model responsive to escalating needs for intensive care capacity.
Method: Study design:	exploratory prospective observational - cohort study
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	noncritical care nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	(i) a self-assessment and survey of learning needs of noncritical care nurses identified as candidate groups for redeployment in the intensive care unit and (ii) a pilot implementation of a team nursing model evaluated by individual questionnaires and the conduct of focus groups.
Study outcomes	It was surveyed 147 noncritical care nurses; 99 (67.3%) self-assessed at the lowest level of critical care competency, whereas 33 (24.3%) reported feeling able to help care for a critically ill patient under the direction of a critical care nurse. Identified learning needs included appropriate use of personal protective equipment in the intensive care unit (n = 123, 83.7%), use of specialised equipment (n = 103, 85.1%), basic mechanical ventilation, and vasoactive medication. Nurses reported high levels of perceived support and provision of safe care; multiple recommendations were identified to improve the model of care delivery and communication.
Conclusions	The complexity, acuity, and unpredictability of the COVID-19 pandemic is placing new demands on critical care nurses to modify existing processes for care delivery while ensuring excellent outcomes and professional satisfaction. The study findings provide a road map to support nursing engagement in meeting patient needs.

Study 18	
Title:	<i>Critical Care Nursing: A Key Constraint to COVID-19 Response and Healthcare Now and in the Future</i>
Author(s):	
Periodic:	The Journal of Nursing Administration (JONA)
Year of publication:	2021
Country of study:	USA
Keywords:	Not applicable
Objectives of the study:	To discuss the crucial role and dearth of critical care nurses in the United States highlighted during the COVID-19 pandemic.
Method: Study design:	Expert opinion
Clinical settings:	critical care settings
Target population (focus of nursing care)	critical care nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	To present strategies to address the gap, as well as challenges inherent in the suggested approaches. The discussion is relevant as nurse leaders adapt to COVID-19 and other novel challenges in the future.
Study outcomes	The understatement of this pandemic is that these patients experience an unpredictable clinical course that can deteriorate quickly and carries a heavy clinical and emotional workload. The additional burden of no visitors and limited PPE supply further created an unprecedented challenge to the caregivers, patients, and their families in the ICU.
Conclusions	Nurse engagement in health system design and response is crucial, and frameworks for such engagement in policy have been outlined that may be applicable to COVID-19 and future healthcare crises. Lessons learned around logistical systems, intrafacility and interfacility team development, and cross-facility referral may hold lessons for other hospitals. Now is the time for the health system to facilitate and support nursing training, transition, and cross-training targeted toward critical care nursing.

Study 19	
Title:	<i>Innovation Amid Pandemic Construction of a COVID-19 Intensive Care Unit Surge Care Delivery Model</i>
Author(s):	Geyer, L. T.; Bennett, S. G.; Atkins, W. J.; Baird, M.; Bannan, R.; Cunningham, T.; Davis, M. J.; Zellinger, M.
Periodic:	Journal for Nurses in Professional Development
Year of publication:	2022
Country of study:	USA
Keywords:	Not applicable
Objectives of the study:	To details a shared leadership structure and decision-making processes used to construct an innovative and evidence-based care delivery model for safety and optimal outcomes in the intensive care unit during the novel coronavirus (COVID-19) pandemic.
Method: Study design:	descriptive- explorative study
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	NPD practitioners
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	To develop the surge CDM, a planning team of EHC nurses, led by a NPD practitioner, engaged in shared leadership and decision-making.
Study outcomes	The CDM was developed as part of EHC's incident command response system during disaster preparedness. The model frames a novel approach to team-based care in the ICU to accommodate surge capacity during the COVID-19 pandemic. Because the COVID-19 crisis did not trigger surge capacity across EHC, the ICU surge CDM represents conceptualization of response measures based on clinical scenarios and professional practice ideals. Still, the strategies used to plan and develop the CDM has been integral to organizing stakeholders around the anticipated communication, education, and implementation work needed to keep patients and staff safe during times of pandemic surge capacity. The NPD practitioners continue to lead pilot testing of the model in ICUs across the EHC system to garner feedback, ensure continuous collaborative improvement, and enhance staff preparedness.
Conclusions	Timely development of the surge CDM represents collaboration with EHC's incident command response center and nursing stakeholders to address challenges with COVID-19 pandemic disaster planning. Steps used for iterative development and testing of the COVID-19 ICU surge CDM will assist leaders and nurses across EHC with optimizing nurse staffing and professional development to improve patient outcomes during an influenza pandemic. A critical lesson learned was that effective disaster planning dictates an intersection with NPD to prepare redeployed nurses to contribute to patient safety during a pandemic. Based on identified practice gaps and best available scientific evidence and guided by NPD standards of practice, NPD practitioners facilitated development of the CDM to support safe clinical practice and to achieve optimal patient outcomes across COVID-19-designated critical care settings.

Study 20	
Title:	<i>Nurse's protagonism in structuring and managing a specific unit for covid-19</i>
Author(s):	Bitencourt, J. V. O. V.; Meschial, W. C.; Frizon, G.; Biffi, P.; de Souza, J. B.; Maestri, E.
Periodic:	Texto e Contexto Enfermagem
Year of publication:	2020
Country of study:	Brasil
Keywords:	Coronavirus infections; Leadership; Nursing; Patient care management; Risk management
Objectives of the study:	To report the experience in the structuring and managing process of a specific unit for COVID-19, highlighting the role of nurses in decision-making.
Method: Study design:	An experience report
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	Nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	An experience report on the creation and management of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) unit, in March 2020, in 2020, in a philanthropic hospital of the state of Santa Catarina.
Study outcomes	The unit was structured with 10 intensive care beds and 20 infirmary beds. Meetings were held to make decisions, as well as to create protocols and flows with active participation of the nurse. In questions related to direct assistance, adaptations were developed in the nursing process performed at the hospital and the organization of new flows and routines. The physical space was structured, considering the high risk of transmissibility for the disease. Professionals were hired with staffing readjustment according to the complexity of the service, making up a team of professionals with experience in critical care. There were trainings for developing knowledge and skills prior to the first cases, which were systematically maintained. In addition, it was observed that the nurses were concerned about the mental health of the professionals working in this unit and, therefore, support actions were programmed.
Conclusions	The foundation in the scientific evidence and recommendations of the competent bodies at the world and national levels for the structuring of the COVID-19 unit is emphasized. The role of the nurse in all the interfaces stands out, assuming a fundamental role from the composition of the commissions, going through the planning and functioning of the physical structure, management of human resources, and construction of care protocols and flows, in addition to acting directly in the care provided.
Study 21	
Title:	<i>Use of social media to exchange critical care practice evidence during the pandemic</i>
Author(s):	Bourgault, A. M.; Davis, J. W.; Peach, B. C.; Ahmed, R.; Wheeler, M.
Periodic:	Dimensions of Critical Care Nursing
Year of publication:	2022
Country of study:	USA
Keywords:	COVID-19 pandemic; Critical care nursing; Evidence-based practice; Social media
Objectives of the study:	To (1) explore sources of evidence sought by critical care nurses during a pandemic and (2) explore nurses' perceptions of EBP.
Method: Study design:	A qualitative exploratory study
Clinical settings:	Not applicable
Target population (focus of nursing care)	data from the American Association of Critical-Care Nurses (ACCN) open-access Facebook page,
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	The study was conducted using deidentified data from the American Association of Critical-Care Nurses (ACCN) open-access Facebook page, January 28 to April 30, 2020.
Study outcomes	Two major themes were identified: (1) "sharing and seeking evidence," that is, nurses used both formal and informal sources to explore evidence supporting evolving clinical practices, and (2) "concerns about evidence," that is, nurses expressed concerns about lack of evidence and mistrust of evolving evidence. Discussion: Initially, there was a mismatch in nurses' expectations of the American Association of Critical-Care Nurses Facebook page. A major limitation of Facebook is the lack of a repository for quick retrieval of information. Despite these limitations, and fear and mistrust of changing guidelines, social media was used to communicate, collaborate, and share evidence to support clinical practice. Critical care nurses seemed to value evidence to support patient management and their personal safety during this evolving health crisis.
Conclusions	Social media played a large role in dissemination of timely evidence-based information during the early pandemic. Our results show that current EBP models should be revised to prepare for future crises and include direction for dealing with limited health care resources, and lack of and/or rapidly changing evidence.

Study 22	
Title:	<i>The experiences and needs of re-entering nurses during the COVID-19 pandemic: A qualitative study</i>
Author(s):	Noorland, S. A.; Hoekstra, T.; Kok, M. O.
Periodic:	International Journal of Nursing Studies Advances
Year of publication:	2021
Country of study:	The Netherlands
Keywords:	Capacity building; COVID-19; Nursing care management; Nursing staff; Pandemics; Workforce
Objectives of the study:	To assess the needs and experiences of re-entering nurses during the COVID-19 pandemic.
Method: Study design:	Qualitative study using a pragmatist approach within the interpretative paradigm.
Clinical settings:	his study took place in the following settings within the Dutch healthcare system: Intensive care units, COVID and regular departments within hospitals, nursing home settings, a rehabilitation centre and newly established COVID-19 departments within nursing home settings.
Target population (focus of nursing care)	Nurses who had re-entered nursing during the first wave of the COVID-19 pandemic between March 2020 and June 2020 in the Netherlands.
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Semi-structured interviews in Dutch. Interviews were transcribed verbatim and analysed via thematic content analysis in the coding program of MAXQDA2020. This study followed the SRQR and COREQ guidelines.
Study outcomes	Seven main themes were identified. Clear job description: Participants mentioned that a lack of a clear job description led to lack of clarity about the kind of tasks that re-entering nurses were expected and allowed to perform. Training: the majority of the participants had received none or little training prior to their return. Training content: Re-entering nurses mentioned to wish for an easily accessible mentorship structure and an individualised and practical training program. Positive team dynamic: Re-entering nurses felt supported by a positive team dynamic, which was shaped by the sense of urgency and relevance of their work and helped them deal with stressful experiences. Mental health: Nearly all participants mentioned that re-entering during a pandemic did not lead to impairment of their mental health. mental health support: Most participants mentioned being able to cope with their mental health independently, sharing experiences with family and colleagues.
Conclusions	The results indicate that a rapid and safe return to nursing during a pandemic could be facilitated by: a clear description of roles and responsibilities; an individualised assessment determining the competences and knowledge disparities of re-entering nurses; practical training focussing on competencies needed during a pandemic; and a collaborative mentorship structure to guide re-entering nurses. Tweetable abstract: In-depth interviews with former nurses who returned to #nursing during the first wave of the #COVID19 #pandemic in the Netherlands

Study 23	
Title:	<i>Australian critical care nurses' knowledge, preparedness, and experiences of managing SARS-CoV-2 and COVID-19 pandemic</i>
Author(s):	Nahidi, S.; Sotomayor-Castillo, C.; Li, C.; Currey, J.; Elliott, R.; Shaban, R. Z.
Periodic:	Australian Critical Care
Year of publication:	2022
Country of study:	Australia
Keywords:	Clinical experience; COVID-19; Critical care; Knowledge acquisition; Nurse; Preparedness; SARS-CoV-2
Objectives of the study:	to explore Australian critical care nurses' knowledge, preparedness, and experiences of managing patients diagnosed with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection (SARS-CoV-2) and COVID-19.
Method: Study design:	An exploratory cross-sectional study
Clinical settings:	Not applicable
Target population (focus of nursing care)	Critical Care Nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	An anonymised online survey was sent to Australian College of Critical Care Nurses' members to collect information about their knowledge, preparedness, and experiences during the COVID-19 pandemic. Descriptive statistics were used to summarise and report data.
Study outcomes	Most respondents reported 'good' to 'very good' level of knowledge about COVID-19 and obtained up-to-date COVID-19 information from international and local sources. Regarding managing patients with COVID-19, 82.3% felt sufficiently prepared at the time of data collection, and 93.4% had received specific education, training, or instruction. Most participants were involved in assessing (89.3%) and treating (92.4%) patients with COVID-19. Varying levels of concerns about SARS-CoV-2 infection were expressed by respondents, and 55.7% thought the pandemic had increased their workload. The most frequent concerns expressed by participants were a lack of appropriate personal protective equipment (PPE) and fear of PPE shortage.
Conclusions	While most nurses expressed sufficient preparedness for managing COVID-19 patients, specific education had been undertaken and experiential learning was evident. Fears of insufficient or lack of appropriate PPE made the response more difficult for nurses and the community. Preparedness and responsiveness are critical to successful management of the COVID-19 pandemic and future outbreaks of emerging infectious diseases.

Study 24	
Title:	<i>Bench Building during COVID-19: Creating Capabilities and Training Teams</i>
Author(s):	Madore, Alicia A.; Lopez, Fernando, Jr.
Periodic:	Medical journal (Fort Sam Houston, Tex.)
Year of publication:	2021
Country of study:	USA
Keywords:	Curriculum*; Hospitals, Military*; COVID-19/*therapy; Capacity Building/*organization & administration: Critical Care/*organization & administration; Surge Capacity/*organization & administration; COVID-19/epidemiology; Hospital Bed Capacity; Hospitals, Community; Humans; New York
Objectives of the study:	To create a ICU embedded within a CVU and implement a three day curriculum to prepare four mixed teams of critical care and non-critical care staff nurses to manage critically ill patients with the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19).
Method: Study design:	Development and implementation of Educational Programme
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	Nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Nursing leaders and hospital education staff developed a critical care curriculum utilizing Elsevier didactic, the DoD COVID-19 Practice Guide, and hands-on training for 34 nurses. Nurses had varied scope of practice levels from licensed practical nurses to advance practice nurses, with diverse critical care expertise to non-critical care nursing staff from the primary care medical home (PCMH), all of which participated in the cross-leveling to the CVU unit during the pandemic response. Educational elements included PPE donning and doffing, mechanical ventilation, central venous catheter maintenance, arterial catheter management, hemodynamics, and critical care pharmacotherapy. A medical model skills station with common critical care equipment such as ventilators allowed for instantaneous feedback and 13 hands-on skills training.;
Study outcomes	A fully functional ICU and CVU was created with thirty-four nurses who completed training within seven days with a didactic completing rate of 94.65 % and 100% hands-on skills. The program endures with monthly tailored re-fresher training to improve efficiency and maintain critical competencies. The team maintained operational readiness through the surge and remain resolute for the next surge.
Conclusions	On-going program execution and evaluation continues to develop new staff members due to permanent change of station, recent on-boarding, or because of evidence based clinical guideline changes. Training has continued, but shifted to include normal inpatient operations over the summer of 2020. Re-fresher classes covering the treatment and care of COVID patients continue with the anticipation of a second wave surge of COVID-19 cases emerges this fall based on epidemiology predictions.

Study 25	
Title:	<i>Nurses' experiences of being recruited and transferred to a new sub-intensive care unit devoted to COVID-19 patients</i>
Author(s):	Danielis, M.; Peressoni, L.; Piani, T.; Colaetta, T.; Mesaglio, M.; Mattiussi, E.; Palese, A.
Periodic:	Journal of Nursing Management (JONA)
Year of publication:	2021
Country of study:	Italy
Keywords:	coronavirus outbreak; COVID-19; nurses' experiences; pandemics; qualitative research; recruitment
Objectives of the study:	To describe the experiences of Italian nurses who have been urgently and compulsorily allocated to a newly established COVID-19 sub-intensive care unit. Background: In the context of the COVID-19 pandemic, no studies have documented the experience of nurses urgently reallocated to a newly created unit.
Method: Study design:	A qualitative descriptive study.
Clinical settings:	Sub-intensive care unit
Target population (focus of nursing care)	Nurses working in a sub-intensive care unit
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Nurses participated in four focus groups. Audio-recorded interviews were verbatim-transcribed; then, a thematic analysis was performed.
Study outcomes	Results: The experience of nurses was summarized along three lines: (a) 'becoming a frontline nurse', (b) 'living a double-faced professional experience' and (c) 'advancing in nursing practice'.
Conclusions	Nurses who experienced being mandatorily recruited and urgently reallocated to a COVID-19 unit lived through a mix of negative feelings in the early stages, a double-faced situation during the episode and, at the end, the perception of global growth as a person, as a team and as a professional. Implication for nursing management: Nurse managers could play a key role in identifying and preparing nurses in advance to mitigate their concerns and their sense of unpreparedness. The value attributed to nursing care should be promoted both during and after the current COVID-19 pandemic.

Study 26	
Title:	<i>The Use of Personal Protective Equipment among Frontline Nurses in a Nationally Designated COVID-19 Hospital during the Pandemic</i>
Author(s):	Min, H. S.; Moon, S.; Jang, Y.; Cho, I.; Jeon, J.; Sung, H. K.
Periodic:	Infection and Chemotherapy
Year of publication:	2021
Country of study:	South Korea
Keywords:	COVID-19; Healthcare personnel; Personal protective equipment; Prevention and control
Objectives of the study:	To investigate the knowledge, awareness, and behaviors related to the PPE usage among frontline nurses in a nationally designated coronavirus disease 2019 (COVID-19) hospital during the COVID-19 pandemic.
Method: Study design:	Descriptive study
Clinical settings:	Isolation wards and an intensive care unit which dedicated for patients with COVID-19
Target population (focus of nursing care)	Nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	The study was performed in two phases: (1) a questionnaire survey to assess the knowledge, awareness, and behaviors related to PPE use, and (2) in-depth personal interviews to elaborate the survey findings. The questionnaires were distributed to all 121 registered nurses in three isolation wards and an intensive care unit which dedicated for patients with COVID-19 and 102 nurses completed survey (84.3% response rate). In-depth interviews were conducted with a total of 7 nurses.
Study outcomes	Among the survey participant, 100% stated that they knew how to protect themselves while providing nursing care and 93.1% stated that they knew the recommended PPE by task. Most survey participant mainly wore gloves, face shield, N95 or equivalent respirator, and a long-sleeved gown, but one-third of the participants sometimes used coveralls instead of long-sleeved gown. In-depth interviews, the importance of timely updated and specific guidelines for selecting the appropriate type of PPE was highlighted. The adequate supply of PPE, convenience at work, and the role of responsible leadership mainly determined behaviors related to the PPE.
Conclusions	As new information on COVID-19 continues to emerge, the up-to-date and specific PPE guideline with evidence should be prepared. The spread of accurate information, the role of accountable leadership, and the active communication under positive organizational culture are important for the proper use of PPE.
Study 27	
Title:	<i>Nursing Interventions to Prevent Delirium in Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit during the COVID19 Pandemic-Narrative Overview</i>
Author(s):	Ozga, Dorota; Krupa, Sabina; Witt, Pawel; Medrzycka-Dabrowska, Wioletta
Periodic:	Healthcare
Year of publication:	2020
Country of study:	Poland
Keywords:	delirium; critical care; nurses; patients; SARS-CoV-2; intensive care units; personalized medicine
Objectives of the study:	To discuss the current state of knowledge related to improvements in "nursing" involving management of delirium in intensive care units during the SARS-CoV-2 pandemic.
Method: Study design:	Narrative review
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	ICU Nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	This narrative review summarises the current knowledge concerning the challenges associated with assessment of delirium in patients with COVID-19 by ICU nurses, and the role and tasks in the personalised approach to patients with COVID-19.
Study outcomes	Nurses should not rush to diagnose a patient with delirium, but they should be aware that the patient may have it. Delirium may be a symptom of a life-threatening pathology. It is necessary to consider laboratory findings, imaging diagnostics, EEG (if epilepsy or nonconvulsive status epilepticus is suspected), and to remember that there are different forms of delirium: hypoactive—such patients are not diagnosed with delirium as they remain unproblematic, yet this form is more common in ICUs; hyperactive and mixed—delirium has frequently a multifactorial aetiology and every single cause should be checked. The I-WATCH-DEATH mnemonic is widely used in clinical practice to help healthcare providers remember the common causes of delirium, and to help support bedside assessments.
Conclusions	In accordance with the assumptions of personalised healthcare, ICU nurses should have the knowledge and competences enabling them to understand, synthesise and utilise scientific advances, and to adjust their practice to the current and continuously changing global situation. Undergraduate and postgraduate nursing education, support in making clinical decisions, and changes in healthcare systems are all necessary to provide patients with individualised care where nurses are of key importance. Moreover, the job of a nurse involves work within an inter-professional team. It is necessary to "mobilise the resources" and urge international research teams to continue efforts.. Global, multinational, multicentre research projects carried out by interdisciplinary teams will make it possible for us to "keep ahead of the enemy".

Study 28	
Title:	<i>The impact of family visitor restrictions on healthcare workers in the ICU during the COVID-19 pandemic</i>
Author(s):	Wendlandt, B.; Kime, M.; Carson, S.
Periodic:	Intensive and Critical Care Nursing
Year of publication:	2022
Country of study:	USA
Keywords:	Caregivers; Critical care; Family; Nurses; Pandemics; Physicians; Visiting
Objectives of the study:	To obtain information on how family visitor restriction during the COVID-19 pandemic has impacted the workplace experience of physicians and nurses in the medical intensive care unit, and to assess differences by profession.
Method: Study design:	Cross-sectional study
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	Healthcare Workers ICU (physicians and nurses)
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Development of a survey containing closed- and open-ended questions, applying both quantitative and qualitative analyses to our results.
Study outcomes	Nurses reported positive changes to daily workflow and the ability to provide medical care, while physicians reported negative changes in these areas. Both groups reported decreased comprehension and increased distress among families, and decreased ability to provide end-of-life care. For the qualitative analysis, eight themes were identified: the patient's room as space, creation of a new space through virtual communication, time, increased complexity of care, challenges around the use of technology, adjustments to team roles and responsibilities, desire for families to return, and internal tension.
Conclusions	Intensive care physicians and nurses reported both positive and negative effects of family visitor restriction during the COVID-19 pandemic, with significant differences based on profession. Both groups expressed concern for an overall negative impact of visitor restriction on healthcare workers, patients, and their families.

Study 29	
Title:	<i>Intensive care unit nurses living through COVID-19: A qualitative study</i>
Author(s):	Cadge, W.; Lewis, M.; Bandini, J.; Shostak, S.; Donahue, V.; Trachtenberg, S.; Grone, K.; Kacmarek, R.; Lux, L.; Matthews, C.; McAuley, M. E.; Romain, F.; Snyderman, C.; Tehan, T.; Robinson, E.
Periodic:	Journal of Nursing Management (JONA)
Year of publication:	2021
Country of study:	USA
Keywords:	COVID-19; critical care; intensive care units; nurse administrators; nursing staff
Objectives of the study:	To understand how nurses experience providing care for patients hospitalized with COVID-19 in intensive care units. Background: As hospitals adjust staffing patterns to meet the demands of the pandemic, nurses have direct physical contact with ill patients, placing themselves and their families at physical and emotional risk.
Method: Study design:	Descriptive study
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	ICU Nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	Semi-structured interviews were conducted. Interviews were transcribed verbatim, identifiers were removed, and data were coded thematically.
Study outcomes	The study identified four themes that describe the experiences of nurses providing care to patients in COVID-19 ICUs during the first surge: (a) challenges of working with new co-workers and teams, (b) challenges of maintaining existing working relationships, (c) role of nursing leadership in providing information and maintaining morale and (d) the importance of institutional-level acknowledgement of their work.
Conclusions	As the pandemic continues, hospitals should implement nursing staffing models that maintain and strengthen existing relationships to minimize exhaustion and burnout. Implications for Nursing Management: To better support nurses, hospital leaders need to account for their experiences caring for COVID-19 patients when making staffing decisions.

Study 30	
Title:	<i>Experiences of critical care nurses fighting against COVID-19: A qualitative phenomenological study</i>
Author(s):	Chegini, Zahra; Arab-Zozani, Morteza; Rajabi, Mohammad Reza; Kakemam, Edris
Periodic:	Nursing Forum
Year of publication:	2021
Country of study:	Iran
Keywords:	COVID-19; INTENSIVE care nursing; NURSES' attitudes; WORK; RESEARCH methodology; INTERVIEWING; QUALITATIVE research; PHENOMENOLOGY; EXPERIENTIAL learning; DESCRIPTIVE statistics; NURSE practitioners; THEMATIC analysis; challenges; COVID-19; critical care; experience; nurse; qualitative study;
Objectives of the study:	to describe the experiences of critical care nurses caring for patients infected by coronavirus disease 2019 (COVID-19).
Method: Study design:	A qualitative phenomenological design
Clinical settings:	ICU
Target population (focus of nursing care)	Critical Care Nurses
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	15 nurses who provided care for patients infected by COVID-19 purposively and through snowballing, using a phenomenological approach in critical care units of Iran's public hospitals between May and June 2020. The semi-structured interviews were carried out either via face-to-face or telephone and were analyzed using the 7-step method of Colaizzi.
Study outcomes	The experiences of nurses caring for patients infected with COVID-19 were categorized into four challenges, including psychological (eight subthemes), organizational (six subthemes), social (six subthemes), and professional (five subthemes). In general, based on the current classification, there seems to be a mixture of positive and negative effects on the psychological, social, and professional challenges and the negative effect only on the organizational challenges.
Conclusions	Positive and negative emotions and experiences have coexisted for the critical care nurses since the COVID-19 outbreak. Emotional support and psychological counseling play an important role in maintaining nurses' optimal mental health during the COVID-19 crisis. Adequate protective equipment, financial and nonfinancial supports, effective communication, training and hiring of staff, and appropriate work shifts are also required to reduce nurses' negative experiences when providing care for the affected individuals.

Study 31	
Title:	<i>Critical care health professionals' self-reported needs for wellbeing during the COVID-19 pandemic: A thematic analysis of survey responses</i>
Author(s):	Elliott, Rosalind; Crowe, Liz; Abbenbroek, Brett; Grattan, Sarah; Hammond, Naomi E
Periodic:	Australian Critical Care
Year of publication:	2022
Country of study:	Australia and New Zealand
Keywords:	COVID-19; Critical care; Healthcare workers; Wellbeing; Thematic analysis
Objectives of the study:	To explore and interpret themes of critical care healthcare professionals' responses to the question 'What do you think could assist your wellbeing during the COVID-19 crisis?'
Method: Study design:	Descriptive study
Clinical settings:	Not applicable (five Australian and New Zealand critical care networks, social media platforms, and the researchers' networks)
Target population (focus of nursing care)	critical care professionals
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	An online survey, performed in April 2020, investigating pandemic preparedness and psychological burden during the early stages of the COVID-19 pandemic among critical care professionals was carried out. Informal snowball sampling was used. Thematic analysis of qualitative data from an open-ended survey item was informed by Braun and Clark.
Study outcomes	Three themes were generated from the synthesis: adequate resourcing for the role; consistent, clear information, and prioritised communications; and the need for genuine kindness and provision of support for healthcare professional wellbeing.
Conclusions	There is merit for considering the perceptions, concerns, and suggestions of critical care clinicians during a pandemic. Suggestions included simple measures to maintain physical and mental health, clear messaging, consistent information, trust in health and political leaders, supportive working environments, specific training, and allowances for personal circumstances. This information is important for health and political leaders and policy makers to implement strategies to reduce the burden associated with delivering care in the context of a pandemic.

Study 32	
Title:	<i>Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review from a nursing perspective</i>
Author(s):	Zeydi, A. E.; Ghazanfari, M. J.; Sanandaj, F. S.; Panahi, R.; Mortazavi, H.; Karimifar, K.; Karkhah, S.; Osuji, J.
Periodic:	BioMedicine (Taiwan)
Year of publication:	2021
Country of study:	Taiwan
Keywords:	2019 novel coronavirus infection; COVID-19; Nurse; Nursing Care
Objectives of the study:	This literature review focuses on the central issues related to the nursing care of patients affected by COVID-19.
Method: Study design:	A literature review
Clinical settings:	Not applicable
Target population (focus of nursing care)	Extensive search of databases, including PubMed, Web of Science (WOS), and Scopus
Strategies/instruments used to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on nursing care	This literature review was conducted with an extensive search of databases, including PubMed, Web of Science (WOS), and Scopus, using the keywords "COVID19", "2019-nCoV disease", "2019 novel coronavirus infection", "Nurse", "Nursing Care", and "Nursing management." The span of the literature search was between December 01, 2020, and January 12, 2021.
Study outcomes	A total of 28 original and English-language articles were selected for inclusion in the review. Results: Nursing interventions such as monitoring, oxygen therapy, and the use of Extra Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO) in the care of COVID-19 patients, caring for ICU patients with COVID-19, rehabilitation of COVID-19 patients, nurses' experiences and barriers in the care of patients with COVID-19, and also the ethical challenges in the care of patients with COVID-19, were found to be valuable in managing COVID-19 patients.
Conclusions	Nurses have a pivotal role to play in the care of patients with COVID-19. Therefore, providing comprehensive and quality nursing care supported by experience and research is necessary to successfully reduce the length of hospital stay and decrease the morbidity and mortality rates of COVID-19.

ANEXO 6

Resultados de análise descritiva de cada um dos “Critérios” associados a cada uma das unidades das competências específicas do enfermeiro EEMC, face a cada um dos momentos da pandemia (1ª e 2ª vaga)

<i>Identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Estabelecer relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados</i>	-0,12	-1	-1	1,96	3,83	-3	3	0,76	1	1	1,37	1,86	-1	3
<i>Mobilizar competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto</i>	-0,02	0	-2	1,91	3,64	-3	3	0,74	1	1	1,53	2,35	-2	3
<i>Reconhecer as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica</i>	-0,07	-1	-2	1,92	3,69	-3	3	0,79	1	1	1,49	2,21	-2	3
<i>Prevenir complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores</i>	0,43	0,5	-1	1,84	3,38	-2	3	1,04	1	1	1,53	2,35	-2	3
<i>Envolver a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar</i>	-0,44	-1	-2,00 ^a	1,85	3,43	-3	3	0,41	1	1	1,68	2,81	-3	3
<i>Avaliar o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico-cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados</i>	-0,19	0	-2	1,74	3,02	-3	3	0,53	1	1	1,46	2,13	-2	3

Quadro 1 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”: (1ª e 2ª vaga) – (CONTINUA)

<i>Conceber planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Apoiar a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde -doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,29	-1	-2	1,89	3,58	-3	3	0,57	1	1	1,47	2,17	-2	3
<i>Desenvolver planos de intervenção com vista à promoção, prevenção e controlo da doença aguda ou crónica nos diversos contextos de ação</i>	0,04	0	-2	1,86	3,45	-3	3	0,78	1	1	1,55	2,41	-2	3
<i>Adequar estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto</i>	-0,04	0	-2	1,91	3,67	-3	3	0,76	1	1	1,52	2,31	-3	3
<i>Valorizar o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde - doença, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,14	-1	-1	1,67	2,79	-3	3	0,69	1	1	1,37	1,88	-2	3
<i>Priorizar as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	0,06	0	1	1,63	2,64	-3	3	0,82	1	1	1,24	1,55	-2	3

Quadro 1 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”: (1ª e 2ª vaga) – (CONTINUA)

<i>Implementar as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Reconhecer situações de especial complexidade e implementar intervenções especializadas decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	0,04	-1	-2	1,86	3,47	-2	3	0,90	1	1	1,28	1,64	-1	3
<i>Adequar os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas e prevenção de complicações e eventos adversos decorrentes da patologia aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,02	-0,5	-2,00 ^a	1,75	3,06	-2	3	0,84	1	1	1,38	1,89	-2	3
<i>Atuar rápida e eficazmente em situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa, família/cuidador</i>	0,27	-1	-1	1,89	3,56	-2	3	0,84	1	,00 ^a	1,48	2,18	-2	3
<i>Reconhecer os processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e a gestão da doença aguda ou crónica como fatores de stress</i>	-0,06	-1	-1	1,90	3,62	-3	3	0,70	1	1	1,58	2,50	-3	3
<i>Atuar capacitando a pessoa, família/cuidador na prevenção da doença aguda ou crónica</i>	-0,44	-1	-2	1,73	2,99	-3	3	0,58	1	1	1,33	1,76	-2	3
<i>Fundamentar a sua intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica</i>	0,12	0	-1	1,72	2,95	-2	3	1,06	1	2	1,22	1,49	-1	3
<i>Atuar de forma a munir pessoa, família/cuidador de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença e ao cuidado personalizado</i>	-0,22	-1	-1	1,49	2,22	-2	3	0,67	1	1	1,21	1,46	-2	3
<i>Documentar a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto clínico</i>	-0,18	-1	-1	1,72	2,95	-3	3	0,83	1	1	1,21	1,46	-1	3

Quadro 1 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”: (1ª e 2ª vaga) – (CONTINUA)

<i>Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Envolver a pessoa, família/cuidadores na avaliação do plano de cuidados</i>	-0,31	-1	-1	1,77	3,13	-3	3	0,54	0,5	-1	1,41	2,00	-2	3
<i>Monitorizar a eficácia das intervenções especializadas executadas</i>	0,02	0	-1	1,42	2,02	-2	3	0,81	1	1	1,17	1,38	-1	3
<i>Monitorizar os progressos da pessoa, família/cuidador considerando os resultados esperados</i>	-0,26	-1	-2	1,69	2,86	-2	3	0,85	1	1	1,32	1,50	-1	3
<i>Documentar de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzam ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão decorrentes dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,29	-1	-1	1,47	2,17	-2	3	0,90	1	1	1,22	1,44	-1	3

Quadro 1 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”: (1ª e 2ª vaga) – (FINAL)

<i>Gerir os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Diagnosticar precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos</i>	-0,31	-1	-1	1,68	2,82	-3	3	0,80	1	1	1,28	1,63	-2	3
<i>Fomentar planos que favorecem os processos de adaptação / transição situacional</i>	-0,20	-1	-1	1,54	2,37	-3	3	0,84	1	1	1,23	1,53	-1	3
<i>Dinamizar a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos</i>	-0,21	-1	-1	1,69	2,85	-3	3	0,85	1	1,00 ^a	1,30	1,70	-2	3
<i>Intervir na gestão da dor aguda e crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas</i>	0,16	0	-1	1,67	2,79	-2	3	1,24	1	2	1,24	1,53	-1	3
<i>Mobilizar conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com feridas complexas de índole médica e cirúrgica associada à matriz de regeneração tecidual e integração de medidas terapêuticas</i>	0,04	-1	-1	1,77	3,14	-2	3	0,96	1	1	1,39	1,92	-2	3
<i>Mobilizar conhecimentos que permitem a intervenção junto de pessoas com alterações endócrinas e metabólicas</i>	0,02	0	-1	1,52	2,32	-2	3	0,90	1	1	1,22	1,50	-2	3
<i>Mobilizar conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos, incluindo a teletrabalho em enfermagem</i>	-0,12	-1	-1	1,63	2,65	-2	3	0,73	1	1	1,43	2,03	-2	3
<i>Desenvolver intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médico e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,08	0	-1	1,61	2,61	-2	3	0,88	1	1	1,32	1,74	-2	3

Quadro 2 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica” (1ª e 2ª vaga) – (CONTINUA)

<i>Gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Intervir como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem</i>	-0,02	0	-1	1,66	2,77	-2	3	0,75	1	1	1,18	1,38	-1	3
<i>Adaptar planos de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico, aquando a administração de processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação</i>	-0,18	0	-1	1,55	2,40	-2	3	0,67	1	1	1,11	1,22	-2	3
<i>Monitorizar os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo estratégias de prevenção na gestão dos processos terapêuticos complexos</i>	-0,06	-0,5	-1	1,70	2,90	-2	3	0,78	1	1	1,24	1,53	-1	3
<i>Desenvolver procedimentos de controlo de eventos adversos</i>	0,08	0	-1,00 ^a	1,44	2,08	-2	3	0,88	1	1	1,18	1,40	-2	3
<i>Promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Notificar os incidentes de segurança e de qualidade decorrentes da intervenção de enfermagem</i>	-0,02	0	-1	1,56	2,44	-2	3	0,73	1	1	1,17	1,37	-2	3
<i>Reconhecer as situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais</i>	0,12	0	-1	1,45	2,11	-2	3	0,75	1	1	1,19	1,41	-1	3
<i>Fomentar medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais</i>	0,06	0	-1	1,61	2,58	-2	3	0,96	1	1	1,25	1,56	-2	3

Quadro 2 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica” (1ª e 2ª vaga) – (FINAL)

Conceber Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos nos diferentes contextos de cuidados	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Mobilizar conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional</i>	0,20	0	-1,00 ^a	1,72	2,96	-2	3	0,98	1	1	1,26	1,58	-2	3
<i>Diagnosticar as necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção</i>	0,31	0	-1	1,53	2,34	-2	3	1,06	1	1,00 ^a	1,21	1,46	-1	3
<i>Fomentar estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados</i>	0,00	0	0	1,63	2,67	-2	3	0,80	1	2	1,29	1,67	-2	3
<i>Atualizar com base na melhor evidência científica, o Plano de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos</i>	0,25	0	-1	1,51	2,27	-2	3	0,94	1	2	1,24	1,54	-2	3
<i>Divulgar por todos os membros da equipa de prestação de cuidados o Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos</i>	0,22	0	0	1,49	2,21	-2	3	0,83	1	1	1,15	1,32	-2	3
<i>Facilitar a adesão da pessoa, família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo de infeção mediante o contexto de prestação de cuidados</i>	0,43	1	1	1,54	2,38	-2	3	1,10	1	1	1,10	1,22	-1	3

Quadro 3 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (1ª e 2ª vaga) – (CONTINUA)

<i>Liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Mobilizar conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de Resistência a Antimicrobianos, que lhe permitam ser referência na equipa de cuidados</i>	0,14	0	1	1,51	2,29	-2	3	0,86	1	1	1,16	1,35	-2	3
<i>Estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção, intervenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão</i>	0,26	0	1	1,47	2,16	-2	3	0,88	1	1	1,14	1,29	-1	3
<i>Salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos</i>	0,34	0,5	-1	1,53	2,35	-2	3	0,94	1	1	1,20	1,45	-2	3
<i>Documentar as medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas</i>	0,30	0,5	1	1,52	2,30	-2	3	1,00	1	1	1,18	1,39	-2	3
<i>Integrar a nível local, regional e nacional, e grupos de coordenação nesta área de intervenção</i>	-0,15	0	0	1,17	1,36	-2	3	0,67	1	1	0,97	0,95	-1	3

Quadro 3 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (1ª e 2ª vaga) – (FINAL)

ANEXO 7

Resultados de análise descritiva de cada uma das variáveis associadas ao impacto global em cada unidade de competência específicas do enfermeiro EEMC (1ª e 2ª vaga)

COMPETÊNCIA 1	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	0,10	0,0	-1,8	1,64	2,70	-2,3	3,0	0,74	1,0	1,0	1,34	1,79	-1,8	3,0
<i>Conceber planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	-0,03	0,0	-2,00 ^a	1,56	2,43	-3,0	3,0	0,74	1,0	1,0	1,31	1,72	-2,2	3,0
<i>Implementar as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados</i>	0,15	0,2	0,2	1,44	2,06	-2,0	3,0	0,87	0,9	0,9	1,23	1,51	-2,4	3,0
<i>Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.</i>	-0,28	-0,3	-0,3	1,34	1,80	-2,3	3,0	0,51	0,5	,51 ^a	1,22	1,50	-2,5	3,0

Quadro 1– Impacto da pandemia Impacto da pandemia sobre cada uma das unidades da competência específica: “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”

COMPETÊNCIA 2	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Gerir os processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos</i>	0,22	0,2	0,2	1,32	1,73	-2,0	3,0	0,91	0,9	0,9	1,12	1,25	-2,0	3,0
<i>Gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação</i>	0,43	0,4	0,4	1,37	1,88	-2,0	3,0	0,91	0,9	0,9	0,96	0,92	-1,5	3,0
<i>Promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação</i>	0,32	0,3	0,3	1,23	1,51	-2,0	3,0	0,95	1,0	1,0	0,96	0,92	-1,7	3,0

Quadro 2– Impacto da pandemia Impacto da pandemia sobre cada uma das unidades da competência específica: “Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”

COMPETÊNCIA 3	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Conceber Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos nos diferentes contextos de cuidados</i>	0,74	0,7	0,7	1,37	1,89	-2,0	3,0	1,18	1,2	1,2	0,99	0,97	-1,7	3,0
<i>Liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção, designadamente das infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos</i>	0,62	0,6	0,6	1,33	1,77	-2,0	3,0	1,19	1,2	1,2	1,02	1,04	-2,0	3,0

Quadro 3– Impacto da pandemia Impacto da pandemia sobre cada uma das unidades da competência específica: “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica”

	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
COMPETÊNCIA 1	-0,01	0,0	-2,00 ^a	1,39	1,93	-2,2	3,0	0,72	0,9	1,0	1,17	1,37	-2,0	3,0
COMPETÊNCIA 2	0,32	0,3	0,3	1,21	1,48	-2,0	3,0	0,92	0,9	0,9	0,94	0,89	-1,5	3,0
COMPETÊNCIA 3	0,68	0,7	0,7	1,32	1,73	-2,0	3,0	1,19	1,2	1,2	0,94	0,89	-1,6	-2,0

Quadro 4– Impacto da pandemia nas competências específicas do enfermeiro EEMC (1ª e 2ª vaga)

ANEXO 8

Resultados de análise descritiva de cada um dos “Critérios” associados a cada uma das unidades das competências específicas do enfermeiro EEMC: Pessoa em Situação Crítica, face a cada um dos momentos da pandemia (1ª e 2ª vaga)

<i>Prestar cuidados à pessoa com situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Identificar prontamente focos de instabilidade</i>	0,80	0,5	0	1,69	2,84	-2	3	0,90	1,5	2	1,79	3,21	-2	3
<i>Responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade</i>	0,80	1	2	1,81	3,29	-2	3	0,80	1,5	2	1,99	3,96	-3	3
<i>Executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica</i>	1,80	2,5	3	1,40	1,96	0	3	1,60	2,5	3	1,71	2,93	-1	3
<i>Mobilizar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma</i>	1,70	2,5	3	1,57	2,46	-1	3	1,50	2,5	3	1,90	3,61	-2	3
<i>Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos</i>	1,10	1,5	0ª	1,60	2,54	-2	3	1,20	2	-1ª	1,75	3,07	-1	3
<i>Implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações</i>	1,30	2	3	2,00	4,01	-3	3	1,30	2,5	3	2,06	4,23	-2	3
<i>Monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados</i>	1,30	2,5	3	2,16	4,68	-3	3	1,20	2,5	3	2,20	4,84	-2	3
<i>Mobilizar conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos</i>	1,00	1,5	3	2,45	6,00	-3	3	1,00	1,5	3	2,28	5,20	-2	3

Quadro 1 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (CONTINUA)

<i>Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar</i>	1,30	2	3	2,00	4,01	-3	3	1,30	3	3	2,26	5,12	-2	3
<i>Mobilizar conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</i>	1,50	2,5	3	2,01	4,06	-3	3	1,30	3	3	2,26	5,12	-2	3
<i>Garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor</i>	1,50	3	3	2,12	4,50	-3	3	1,75	3	3	1,91	3,64	-2	3
<i>Mobilizar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor</i>	1,40	2,5	3	2,07	4,27	-3	3	1,40	2,5	3	1,96	3,82	-2	3
<i>Mobilizar conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia</i>	1,30	2	3	2,00	4,01	-3	3	1,60	2,5	3	1,78	3,16	-2	3
<i>Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Mobilizar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica</i>	0,50	1,5	2	2,17	4,72	-3	3	0,50	1,5	2	2,27	5,17	-3	3
<i>Mobilizar conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”</i>	0,70	1,5	2	2,11	4,46	-3	3	1,00	2	2ª	2,21	4,89	-3	3
<i>Adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</i>	0,60	1,5	2	2,12	4,49	-3	3	1,00	1,5	3	2,11	4,44	-3	3

Quadro 1 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (CONTINUA)

<i>Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Iniciar a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação</i>	0,89	2	2	1,83	3,36	-3	3	1,00	2	2	1,80	3,25	-3	3
<i>Reconhecer o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica</i>	0,78	2	2	1,92	3,69	-2	3	0,67	2	2ª	2,18	4,75	-2	3
<i>Selecionar e utilizar de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica</i>	1,00	2	0ª	1,94	3,75	-3	3	0,78	2	2ª	2,28	5,19	-2	3
<i>Avaliar o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</i>	0,89	2	2	1,83	3,36	-3	3	0,75	1	3	2,25	5,07	-2	3
<i>Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Mobilizar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica</i>	0,88	1,5	2	1,89	3,55	-3	3	1,13	2	3	2,17	4,70	-2	3
<i>Mobilizar conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto</i>	0,67	1	2	1,87	3,50	-3	3	0,56	1	-2	2,13	4,53	-2	3

Quadro 1 – Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (FINAL)

<i>Cuidar da pessoa em situações de emergência e catástrofe</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Salvaguardar condições de segurança</i>	1,40	3	3	2,22	4,93	-3	3	1,30	3	3	2,36	5,57	-3	3
<i>Adequar resposta em situação de trauma</i>	1,56	3	3	2,13	4,53	-3	3	1,67	3	3	1,87	3,50	-2	3
<i>Realizar triagem primária e secundária</i>	1,50	3	3	2,27	5,14	-3	3	1,50	2,5	3	2,01	4,06	-3	3
<i>Proporcionar os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas</i>	1,63	3	3	2,00	3,98	-2	3	1,56	3	3	2,30	5,28	-3	3
<i>Assegurar meios de evacuação e transporte</i>	1,80	3	3	1,81	3,29	-2	3	1,60	3	3	2,07	4,27	-3	3
<i>Garantir a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis</i>	1,56	3	3	2,19	4,78	-2	3	1,80	3	3	1,99	3,96	-2	3
<i>Conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Mobilizar conhecimento do Plano Nacional, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe</i>	1,44	2	0ª	1,24	1,53	0	3	1,44	2	0ª	1,24	1,53	0	3
<i>Colaborar na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço</i>	1,86	2	3	1,22	1,48	0	3	1,86	2	3	1,22	1,48	0	3
<i>Difundir o plano de emergência e catástrofe pela equipa</i>	1,75	2	3	1,28	1,64	0	3	1,75	2	3	1,28	1,64	0	3
<i>Garantir que o treino/exercício de ativação do plano de emergência ou catástrofe, é realizado periodicamente</i>	0,90	1	0	1,79	3,21	-3	3	1,00	1,5	0ª	1,83	3,33	-3	3
<i>Colaborar na revisão do plano de emergência ou catástrofe</i>	1,86	2	3	1,35	1,81	0	3	1,86	2	3	1,35	1,81	0	3

Quadro 2– Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (CONTINUA)

Planejar resposta à situação de catástrofe	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
Conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe	2,11	2	3	1,05	1,11	0	3	2,11	2	3	1,05	1,11	0	3
Identificar os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde	2,11	2	3	1,05	1,11	0	3	2,11	2	3	1,05	1,11	0	3
Integrar a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	1,10	1,5	3	1,79	3,21	-2	3
Definir prioridades de atuação	1,60	2	3	1,71	2,93	-2	3	1,90	3	3	1,60	2,54	-1	3
Sistematizar as ações a desenvolver em situação de emergência ou catástrofe	1,67	2	2	1,12	1,25	0	3	1,57	2	0ª	1,27	1,62	0	3
Gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
Liderar a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa	1,50	2	3	1,72	2,94	-2	3	1,80	2,5	3	1,55	2,40	-1	3
Avaliar em contínuo a articulação e eficiência da equipa	1,40	2	2ª	1,65	2,71	-2	3	1,70	2	3	1,49	2,23	-1	3
Adequar a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe	1,20	1,5	2	1,55	2,40	-2	3	1,60	2	2	1,43	2,04	-1	3
Introduzir medidas corretivas das inconformidades de atuação	1,67	2	2	1,66	2,75	-2	3	1,78	2	2	1,39	1,94	-1	3
Mobilizar conhecimentos na utilização de comunicações de emergência	1,60	2	3	1,71	2,93	-2	3	1,80	2,5	3	1,55	2,40	-1	3
Gerir a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe	1,00	2	2	1,80	3,25	-2	3	1,33	2	3	1,66	2,75	-1	3

Quadro 2– Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (CONTINUA)

<i>Assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime</i>	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Diagnosticar precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente</i>	1,17	2	2	1,84	3,37	-2	3	1,33	2	-1 ^a	1,86	3,47	-1	3
<i>Salvaguardar a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia</i>	1,60	2	2 ^a	2,07	4,30	-2	3	1,80	2	2 ^a	1,64	2,70	-1	3
<i>Reconhecer irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes</i>	1,33	2	2 ^a	1,97	3,87	-2	3	1,40	2	3	1,82	3,30	-1	3
<i>Reencaminhar para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio à vítima e respetiva família</i>	1,50	2	2 ^a	1,87	3,50	-2	3	1,67	2	2 ^a	1,51	2,27	-1	3

Quadro 2– Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (FINAL)

Conceber plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Mobilizar conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção</i>	2,22	3	3	1,30	1,69	0	3	2,33	3	3	1,32	1,75	0	3
<i>Diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção</i>	2,22	3	3	1,30	1,69	0	3	2,33	3	3	1,32	1,75	0	3
<i>Estabelecer as estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço</i>	2,33	3	3	1,32	1,75	0	3	2,25	3	3	1,39	1,93	0	3
<i>Atualizar o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos do Serviço com base na evidência</i>	2,13	3	3	1,36	1,84	0	3	2,25	3	3	1,39	1,93	0	3
Liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Mobilizar conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/ falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos</i>	2,22	3	3	1,30	1,69	0	3	2,33	3	3	1,32	1,75	0	3
<i>Estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica</i>	2,22	3	3	1,30	1,69	0	3	2,22	3	3	1,56	2,44	-1	3
<i>Salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos;</i>	2,22	3	3	1,30	1,69	0	3	2,33	3	3	1,32	1,75	0	3
<i>Monitorizar, registar e avaliar medidas de prevenção e controlo implementadas</i>	1,89	3	3	1,27	1,61	0	3	1,56	3	3	1,88	3,53	-2	3

Quadro 3– Impacto da pandemia sobre os “Critérios” associados a cada uma das unidades da competência específica: “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”

ANEXO 9

Resultados de análise descritiva de cada uma das variáveis associadas ao impacto global em cada unidade de competência específicas do enfermeiro EEMC: Pessoa em Situação Crítica (1ª e 2ª vaga)

COMPETÊNCIA 1	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Prestar cuidados à pessoa com situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica</i>	1,3	1,6	-,50 ^a	1,42	2,02	-0,5	3	1,2	2	0 ^a	1,80	3,25	-2	3
<i>Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos</i>	1,2	2	0	1,82	3,32	-2,75	3	1,2	2,1	2,3 ^a	1,84	3,39	-1,8	3
<i>Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas</i>	1,4	2,4	3	2,03	4,11	-3	3	1,5	2,7	3	1,91	3,66	-2	3
<i>Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde</i>	0,6	1,5	2	2,12	4,49	-3	3	0,8	1,5	2 ^a	2,13	4,53	-3	3
<i>Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica</i>	0,9	1,4	2	1,76	3,11	-3	3	0,8	1,2	-1,5 ^a	1,94	3,75	-2	3
<i>Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica</i>	0,8	0,9	2	1,70	2,89	-3	3	0,8	1	-2 ^a	1,86	3,45	-2	3

Quadro 1– Impacto da pandemia sobre cada uma das unidades da competência específica: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”

COMPETÊNCIA 2	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Cuidar da pessoa em situações de emergência e catástrofe</i>	1,5	0,7	3	2,04	4,17	-3	3	1,62	2,7	3	1,83	3,36	-2	3
<i>Conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe</i>	1,6	1,4	1,4	0,92	0,85	0	3	1,58	1,4	1,4	0,94	0,89	0	3
<i>Planear resposta à situação de catástrofe</i>	1,5	1,7	1,6 ^a	0,87	0,75	0	2,4	1,76	2,1	-0,2 ^a	1,02	1,03	-0,2	3
<i>Gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe</i>	1,4	2	2 ^a	1,58	2,48	-2	3	1,67	2,3	2	1,42	2,02	-1	3
<i>Assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime</i>	1,4	1,4	1,4	1,38	1,90	-2	3	1,55	1,6	1,6	1,15	1,32	-1	3

Quadro 2 – Impacto da pandemia sobre cada uma das unidades da competência específicas “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”

COMPETÊNCIA 3	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
<i>Conceber plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</i>	2,2	2,9	3	1,21	1,47	0	3	2,3	2,9	3	1,23	1,50	0	3
<i>Liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</i>	2,1	2,6	3	1,19	1,40	0	3	2,1	2,8	3	1,26	1,6	-0,3	3

Quadro 3 – Impacto da pandemia sobre cada uma das unidades da competência específica: “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”

	1ª vaga							2ª vaga						
	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Min	Max
COMPETÊNCIA 1	1,08	1,86	2,18	1,93	3,80	-2,59	3	1,10	2,07	2,05	2,06	4,27	-2,14	3
COMPETÊNCIA 2	1,49	2,10	2	1,63	2,87	-1,54	2,88	1,63	2,25	2,23	1,62	2,75	-1,23	3
COMPETÊNCIA 3	2,18	3	3	1,31	1,71	0	3	2,20	3	3	1,44	2,10	-0,38	3

Quadro 4– Impacto da pandemia nas competências do enfermeiro EEMC: Pessoa em Situação Crítica (1ª e 2ª vaga)