



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de
Serviços De Enfermagem

**IMPACTO DA COVID-19 NO ACESSO AOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM, NUMA INSTITUIÇÃO PRIVADA: PERCEÇÃO DOS
ENFERMEIROS**

DISSERTAÇÃO DE Mestrado

Luís Miguel Lachado

Porto | 2022

Luís Miguel
Lachado

IMPACTO DA COVID-19 NO ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

IMPACTO DA COVID-19 NO ACESSO AOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM, NUMA
INSTITUIÇÃO PRIVADA: PERCEÇÃO DOS
ENFERMEIROS.

IMPACT OF COVID-19 ON ACCESS TO NURSING
CARE IN A PRIVATE INSTITUTION: NURSES'
PERCEPTION.

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Ana Paula Prata e coorientada pela
Professora Doutora Margarida Reis Santos

Luís Miguel Oliveira da Silva Lachado

Porto, 2022

**“Of all the forms of inequality, injustice in health
is the most shocking and inhumane.”**

Martin Luther King, Jr

AGRADECIMENTO

Aos meus pais, quero agradecer por todo o esforço e dedicação que hoje me permitem ser quem sou. Por todo o apoio e incentivo, por estarem sempre presentes ao meu lado e por sempre confiarem em mim.

À Mariana por percorrer este desafio ao meu lado, por sempre acreditar em mim e pela compreensão ao longo destes anos.

À minha família pela força e motivação que desde sempre me deram.

Aos meus amigos pelo apoio e incentivo em superar todos os desafios a que me proponho. Por estarem sempre disponíveis.

Às minhas orientadoras, a Professora Doutora Ana Paula Prata e a Professora Doutora Margarida Reis Santos, por tudo, pela pronta disponibilidade, encorajamento, exigência e confiança. Só desta forma foi possível concluir este trabalho num período tão conturbado.

Às minhas chefias por permitirem a elaboração do estudo e por acreditarem em mim.

Aos meus colegas pela colaboração que permitiu conciliar o estudo e o trabalho, a aprendizagem constante e a confiança transmitida.

Aos enfermeiros que aceitaram contribuir para a realização deste trabalho e que o tornaram possível. A vossa partilha, experiência e disponibilidade foram cruciais.

A todos aqueles que, direta e indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

A todos vós, o meu mais profundo e sincero agradecimento!

RESUMO

Os sistemas de saúde enfrentam, atualmente, uma série de desafios que ameaçam a sua capacidade de resposta e sustentabilidade. A pandemia por COVID-19 agravou os desafios impostos aos sistemas de saúde, testando a capacidade de resiliência dos mesmos.

A COVID-19 fez-se notar nas mais diversas vertentes da sociedade, mas foi na área da saúde que as repercussões mais se sentiram. Os diferentes setores da saúde articularam-se para garantir a resposta às necessidades da população na tentativa de assegurar o direito à saúde.

O acesso aos cuidados tem sido alvo de especial atenção nos últimos anos. Nesse sentido, importa compreender de que forma a COVID-19 impactou no acesso aos cuidados de enfermagem.

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros sobre o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem, numa instituição privada.

Na conceção desta investigação optou-se por uma abordagem qualitativa de cariz descritivo e transversal. A amostra foi constituída por doze enfermeiros pertencentes a uma instituição de saúde privada do Norte do país. Foi utilizada a entrevista semiestruturada, como instrumento de recolha de dados. Dados esses que, posteriormente, foram analisados com recurso à metodologia de análise de conteúdo, segundo Bardin (2016). Para acrescentar maior precisão à análise recorreu-se ao *software ATLAS.ti 22*.

Os resultados revelaram que o acesso aos cuidados de enfermagem, na unidade em questão, foi condicionado pelo medo vivido pelos clientes, pelo aumento dos encargos resultantes da prestação de cuidados, para além da reorganização dos serviços que dificultou o acesso aos cuidados. Sete participantes salientaram o facto de a oferta ter sido condicionada pelas recomendações que resultaram no cancelamento da atividade cirúrgica programada. Quanto à prática dos cuidados de enfermagem, referiram que se notou um aumento no rigor pelo controlo de infeção, potenciado pelas oportunidades formativas, e pela atualização de normas, diretrizes e procedimentos. O medo, o stress e a ansiedade encontravam-se, segundo os testemunhos, bem patentes no seio das equipas aquando da prestação de cuidados. Por último, os enfermeiros aproveitaram para salientar a sua crença na retoma do volume de cuidados, apelando ao potencial existente para melhorar a oferta de cuidados de enfermagem através do acréscimo de autonomia no exercício profissional.

Palavras Chave: Acesso; Cuidados de Enfermagem; COVID-19; Sistema de Saúde; Equidade em Saúde

ABSTRACT

Impact of Covid-19 on Access to Nursing Care in a Private Institution: Nurses' Perception.

Healthcare systems are currently facing a number of challenges that threaten their responsiveness and sustainability. The COVID-19 pandemic aggravated the challenges posed to health systems, testing their resilience.

COVID-19 was felt in the most diverse aspects of society, but it was in the health sector that the repercussions were felt the most. The different healthcare sectors articulated themselves to ensure the response to the needs of the population in an attempt to ensure the right to health.

Access to care has received special attention in recent years. For that reason, it is essential to understand how COVID-19 impacted access to nursing care.

This study aimed at analysing nurses' perception regarding the impact of COVID-19 on access to nursing care in a private institution.

In the design of this research, a descriptive and transversal qualitative approach was adopted. The research sample was comprised of twelve nurses working in a private healthcare institution in the North of the country. The semi-structured interview was used as a data collection tool. The data was later analysed using the content analysis methodology, in accordance according to Bardin (2016). In order to ensure greater accuracy to the analysis, the software ATLAS.ti 22 was used.

The results obtained show that access to nursing care in the unit in question was constrained by the fear felt by customers, by the increased care costs, and by the reorganisation of services which, for participants, has made access to care more difficult. Seven participants highlighted that the offer was strained by the recommendations that resulted in the cancellation of scheduled surgical activity. Regarding the practice of nursing care, they reported that there was an enhancement in the rigor for infection controlling practices, enhanced by training opportunities, and by the updating of standards, guidelines and procedures. Fear, stress and anxiety were, according to the testimonies, evident within the teams when providing care. Finally, the nurses took the opportunity to highlight their belief in the resurgence of the volume of care service, and appealed to the existent potential to improve the supply of nursing care through the increase of individual professionals' autonomy.

Key Words: Health Equity; Health Services Accessibility; Coronavirus Infection

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

COVID-19 - Doença causada pelo vírus SARS-CoV-2

CSDH - Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

EPI - Equipamento de Proteção Individual

MERS - Síndrome Respiratória do Médio Oriente

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistema de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência Antimicrobiana

SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UE - Unidades de Enumeração

UR - Unidades de Registo

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.A SAÚDE E O ACESSO | 23 |
| 1.1. Procura de cuidados | 23 |
| 1.2. Acesso aos cuidados | 25 |
| 1.3. Equidade | 29 |
| 1.4. Determinantes sociais de saúde | 32 |
| 1.5. A enfermagem e a equidade | 35 |
| 1.6. Covid-19: O vírus desigual | 37 |
| 2.METODOLOGIA..... | 41 |
| 2.1. Finalidade e Objetivo..... | 41 |
| 2.2. Desenho da investigação | 41 |
| 2.3. População e amostra..... | 42 |
| 2.3.1. Caracterização dos participantes | 43 |
| 2.4. Instrumento de colheita de dados | 44 |
| 2.5. Procedimento de recolha e análise de dados | 45 |
| 2.6. Considerações éticas | 47 |
| 3.APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 49 |
| 3.1. Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem | 50 |
| 3.1.1. Reorganização dos serviços | 50 |
| 3.1.2. Aumento dos custos com os cuidados | 52 |
| 3.1.3. Incerteza associada a uma doença desconhecida | 54 |
| 3.1.3.1. Medo, ansiedade e stress nos clientes dos cuidados..... | 55 |
| 3.2. Impacto da COVID-19 na prática de cuidados de enfermagem | 57 |
| 3.2.1. Medo na prestação de cuidados | 57 |
| 3.2.2. Qualidade e segurança dos cuidados | 58 |
| 3.2.2.1. Qualidade e Segurança na prestação de cuidados..... | 59 |
| 3.2.2.2. Formação como um contributo para a qualidade e a segurança dos cuidados | 61 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3. Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem: expectativas futuras | 62 |
| 3.3.1. Melhoria na oferta de cuidados de enfermagem..... | 63 |
| 3.3.1.1. Apoio domiciliário | 64 |
| 3.3.1.2. Videoconsulta..... | 65 |
| 3.3.1.3. Parceria de cuidados | 65 |
| 3.3.2. Aumento da procura de cuidados..... | 66 |
| 3.3.3. Autonomia dos enfermeiros | 67 |
| CONCLUSÃO | 71 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 77 |
| ANEXO I - GUIÃO DA ENTREVISTA | 85 |
| ANEXO II - CONSENTIMENTO INFORMADO..... | 91 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Determinantes Sociais de Saúde - Modelo de Whitehead e Dahlgren | 33 |
|--|----|

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica dos Participantes | 43 |
| Tabela 2: Caracterização Acadêmica e Profissional dos Participantes. | 44 |
| Tabela 3: Tabela de resultados | 49 |

INTRODUÇÃO

O acesso aos cuidados de saúde é, na atualidade, peça basilar nas políticas de saúde. Os sistemas de saúde atuais procuram incessantemente encontrar equilíbrios entre a resposta especializada às diferentes necessidades em saúde e a oferta de cuidados disponível (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015).

Em Portugal, o direito à saúde é uma das premissas consagradas pela Constituição da República Portuguesa, alicerçando-se em princípios éticos, tais como a dignidade, a equidade e a solidariedade. O estado português, compromete-se, através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) “tendencialmente gratuito” a:

- i) “Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- ii) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
- iii) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
- iv) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; (...)”.

(Assembleia da República, 2005, p.22)

Complementando a oferta providenciada pelo SNS, o setor privado e o social, apresentam um impacto significativo no Sistema de Saúde Português, alargando as opções de acesso aos cuidados de saúde (Simões & Fronteira, 2019).

Este acesso aos cuidados de saúde assenta numa dicotomia simplificada de oferta e procura. A procura de cuidados deve ser entendida como a busca da população pela satisfação das suas necessidades em saúde, quer se trate de promoção da saúde ou de tratamento da doença. Por outro lado, a oferta dirá respeito à resposta especializada às necessidades em saúde dos clientes (DGS, 2015). Desta forma, torna-se imperativo encontrar um equilíbrio entre os recursos e serviços limitados e as necessidades incessáveis e imprevisíveis, denominando-se este equilíbrio por disponibilidade.

A capacidade de acesso aos cuidados de saúde é determinante para a melhoria da condição de saúde e o bem-estar da população. O acesso aos cuidados de saúde pode ser influenciado por fatores, que se podem configurar como impeditivos à sua eficácia, tais como os sociais, económicos, culturais, organizacionais e políticos, entre outros, que se constituem como barreiras que impedem que todos possam alcançar o mesmo nível de saúde e de bem-estar, o que levanta questões éticas, relacionadas com os princípios de justiça e de equidade.

Segundo Marmot (2007), a equidade em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças evitáveis, sistemáticas e passíveis de reparação num ou mais aspetos da saúde social, económica, demográfica, ou geográfica de grupos populacionais definidos. A equidade em saúde tem como foco de atenção a justiça na forma como os recursos são distribuídos, permitindo deste modo o acesso aos serviços e cuidados de saúde, fundamentais na obtenção de melhores resultados de saúde (International Council of Nurses [ICN], 2011).

A monitorização dos contextos socioculturais, económicos e ambientais encontra-se intrinsecamente conectada com equidade em saúde. A identificação e implementação de medidas corretivas nas iniquidades, carecem de uma análise exaustiva e da compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), condicionantes naturais do acesso aos cuidados de saúde, com evidente prejuízo na condição de saúde da população (Dover & Belon, 2019).

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criava a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) com o objetivo de “(...) disponibilizar a evidência daquilo que pode ser feito para promover a equidade em Saúde e promover um movimento global para o conseguir (...)” (CSDH, 2008, p.3).

Se este já era considerado um tema de enorme relevo nas políticas de saúde a nível global, nos tempos que vivemos, assumiu ainda maior destaque nas agendas políticas, já que, em dezembro de 2019, a China anunciou ao mundo um novo coronavírus denominado SARS-CoV-2. Este agente veio mudar o paradigma em que vivemos, alterando o quotidiano de milhares de milhões de pessoas. No setor da saúde, as mudanças foram significativas com repercussões nas mais diversas vertentes, em particular no que diz respeito ao acesso da população aos cuidados de saúde (DGS, 2020). A emergência de saúde pública causada pela COVID-19 agravou fatores de índole social, política e económica previamente instalados. Gerando iniquidades e aumentando as diferenças injustas, mas evitáveis quanto aos resultados em saúde (Antequera et al., 2021).

Importa por isso compreender de que forma os enfermeiros, nomeadamente, aqueles que assumem cargos de gestão, podem abordar esta temática, no sentido de assegurar os princípios da equidade no acesso aos cuidados de saúde em geral e aos cuidados de enfermagem em particular.

Este trabalho teve como objetivo analisar a perceção dos enfermeiros de uma instituição privada sobre o impacto provocado pela COVID-19 no acesso da população aos cuidados de enfermagem.

O estudo será apresentado em quatro capítulos. O primeiro diz respeito à fundamentação teórica, cuja finalidade consiste na compreensão dos fenómenos abordados. O segundo enquadra metodologicamente a investigação. Desta forma, destacam-se o objetivo e a finalidade do estudo, a população em estudo, o instrumento de colheita de dados e o procedimento adotado para a colheita de dados. No terceiro capítulo, apresentam-se, analisam-se e discutem-se os resultados. Terminaremos com as principais conclusões e limitações da investigação, e com as referências bibliográficas usadas na construção do estudo.

1. A SAÚDE E O ACESSO

O setor da saúde é, na atualidade, um setor com enorme visibilidade e notoriedade no contexto social, económico e também mediático. A abordagem aos problemas em saúde e a procura incessante pelo melhor funcionamento dos sistemas de saúde obriga à reflexão económica de todo o contexto, como um instrumento de análise, diagnóstico e intervenção.

Em Portugal, a oferta de cuidados de saúde é na sua maioria assegurada pelo SNS (Santos, 2012), no entanto, também os setores privado e social contribuem para a prestação de cuidados de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde e particularmente aos cuidados de enfermagem, encontra-se diretamente relacionado com a oferta desses mesmos cuidados, ou seja, a sua disponibilidade no mercado. Assim, a existência de determinadas barreiras na distribuição e utilização dos cuidados pode contribuir para a existência de desigualdades no acesso. As iniquidades em saúde podem ser niveladas com a aplicação de políticas direta ou indiretamente relacionadas com a saúde que promovam a equidade de acesso a cuidados de qualidade (Miguel & Bugalho, 2002). De uma forma geral, pretende-se que para um determinado grau de necessidades em saúde exista igual oportunidade de acesso a cuidados, independentemente do rendimento, estatuto, género, entre outros (Nunes, 2011). A equidade de acesso poderá, desta forma, ser considerada um fator determinante para a eliminação de desigualdades no estado de saúde da população, sendo por isso considerada um pilar essencial nas políticas dos sistemas de saúde (Furtado & Pereira, 2010).

1.1. Procura de cuidados

O estudo de um mercado implica o conhecimento dos seus constituintes fundamentais: o objeto de escolha; o comportamento do agente da procura e o comportamento do agente da oferta. Segundo Matias (1995), quando analisamos o mercado da saúde devemos considerar o objeto de escolha - os cuidados de saúde, o agente da procura - que deverá ser o cliente dos cuidados, e, por último, o agente de oferta - os prestadores de cuidados, designadamente os profissionais de saúde. Se pretendermos focar o nosso estudo e considerar como objeto de escolha os cuidados de enfermagem, então os agentes de oferta passam a ser os enfermeiros.

Os cuidados de saúde configuram-se como um bem peculiar na medida em que, não representam um fim, mas sim um meio de obtenção de um produto final. Na verdade, a sua

procura deve-se ao desejo em restabelecer ou alcançar o nível de saúde pretendido. Deste modo, podemos considerar os cuidados de saúde “bens sem utilidade intrínseca” e cuja procura se prende com um estado de necessidade do doente/cliente - agente de procura (Matias, 1995). Contudo, já Alan Williams, em 1979, afirmava que a necessidade de cuidados de saúde, deveria ser diferenciada da procura de cuidados. Enquanto a necessidade se encontra relacionada com um estado debilitado da condição de saúde, a procura está associada à perceção da necessidade e ao desejo de obter determinado tratamento. Desta forma, Barros (2019), considera a procura de cuidados, uma procura derivada, na qual o objetivo último é a procura de saúde.

Os cuidados de saúde apresentam características que por si só influenciam o mercado: a racionalidade do consumidor, através da qual os clientes julgam o seu bem estar e a necessidade de obter cuidados; a incerteza do mercado em conseguir satisfazer as necessidades e os desejos dos clientes, no que diz respeito ao custo associado, à qualidade, ao risco moral e à incapacidade de garantir a ausência de risco de doença/recaída; e a existência de externalidades, tais como, indivíduos que sem necessidade recorrem preventivamente ao cuidados de saúde (Matias, 1995).

Para melhor compreendermos de que forma a procura de cuidados resulta de um processo de escolha individual é necessário analisarmos o Modelo de Grossman (1972) que refere que a saúde deve ser tratada como um stock associado ao capital humano, cujo processo produtivo depende da atuação conjunta entre o indivíduo e o consumo de bens e de serviços (cuidados de saúde).

Segundo Barros (2019), o Modelo de Grossman, permite afirmar que os cuidados de saúde se classificam como produtos intermédios, na medida em que os mesmos são adquiridos pelos indivíduos para produzir o nível desejado de saúde. Ainda assim, Barros (2019) considera que a produção de saúde não depende exclusivamente da aquisição de cuidados, apontando o tempo, a idade e o grau de escolaridade como fatores produtivos fundamentais. O grau de escolaridade tem uma relação positiva com a eficiência da produção de saúde, esta ideia prende-se com o facto de indivíduos com maior literacia tenderem a adotar comportamentos e estilos de vida mais benéficos, uma vez que a sua tomada de decisão será baseada em evidência e não no conhecimento empírico. Quanto à idade, este modelo prova que indivíduos com diferentes idades, utilizando iguais recursos, tendem a apresentar diferentes capacidades de produção de saúde. O tempo tem um efeito depreciativo no stock de saúde. O ser humano depara-se diariamente com a escassez de tempo disponível, sendo obrigado a tomar decisões quanto à distribuição do mesmo pelas diferentes atividades que desempenha. O Homem vê-se obrigado a dividir o seu tempo entre o trabalho, para obter receitas; as atividades de lazer; a produção de saúde e aquele que desperdiça devido à ausência de saúde.

Em segundo lugar, Grossman (1972) refere que, a saúde tratando-se de um stock, apresenta

uma duração plurianual. Neste sentido, a produção de saúde em cada período considerado representa um investimento no stock, stock esse que também se encontra sujeito a depreciação durante o mesmo período de análise. Esta taxa de depreciação varia de indivíduo para indivíduo, apresentando uma relação direta com o envelhecimento. Ainda assim, considerando a ocorrência de episódios de doença aguda, esta taxa torna-se imprevisível, não sendo por isso possível antever depreciações de stock (Barros, 2019).

Por último, o modelo considera a saúde tanto um bem de consumo, como um bem de investimento. Trata-se de um bem de consumo uma vez que induz a satisfação e de um bem de investimento na medida em que, o incremento do stock de saúde, diminui o tempo de incapacidade, aumentando o tempo passível de aplicar no trabalho e conseqüentemente o rendimento obtido, para além disso permite despende mais tempo em atividades de lazer (Grossman, 1972, citado por Barros, 2019).

De acordo com o Modelo de Grossman, podemos concluir que um indivíduo procura cuidados de saúde, porque, o investimento em saúde aumenta a sua capacidade para produzir rendimentos futuros, podendo, por isso, a procura de cuidados de saúde ser classificada como um produto intermédio na produção de riqueza.

1.2. Acesso aos cuidados

“Todas as pessoas têm direito: (...) a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde ...”

Decreto-lei n.º 95/2019 (2019, p.2)

Os sistemas de saúde vigentes baseiam-se em duas ideologias de natureza distinta: o modelo Bismarckiano e o modelo Beveridgiano. O primeiro teve origem na Alemanha, no final do séc. XIX. Tem como objetivo melhorar as relações laborais, sobretudo quanto à produtividade e reivindicações no local de trabalho. É caracterizado pela implementação de seguros sociais de carácter obrigatório para aqueles que cumpram determinados requisitos de ordem laboral. Estes seguros são financiados com recurso às contribuições quer de empregados, quer de empregadores, sendo independentes do nível de risco de doença. O Estado é responsável pela definição do quadro de benefícios, sendo a coleta das contribuições e gestão dos cuidados da responsabilidade de fundos de doença “quase” públicos e poderá, ainda assegurar, contribuições a grupos sociais desfavorecidos. São exemplos de sistemas de saúde atuais com raízes no modelo de Bismarck, o alemão, o

francês e o austríaco. Por sua vez, o modelo de Beveridge teve origem após a 2ª Guerra Mundial, no Reino Unido. É um modelo cuja filosofia serve de guia ao SNS, no qual o Estado é responsável pela saúde da população. Procura a cobertura universal de cuidados e a não discriminação. A residência configura-se como o único critério de acesso. É financiado pelos recursos do Orçamento do Estado que vê nos impostos a principal fonte de receita. O Estado atua como gestor operacional do sistema de saúde (infraestruturas e recursos humanos), incluindo a prestação de cuidados. A oferta de cuidados é tendencialmente gratuita e existe distanciamento entre o financiamento e a efetiva necessidade de cuidados. Atualmente, Portugal, Reino Unido, Espanha e Dinamarca são exemplos de sistemas de saúde baseados neste modelo (Health Cluster Portugal, 2021)

As políticas de saúde, atuais, evidenciam a preocupação dos sistemas governativos com a proteção da saúde. O direito à saúde é uma das premissas consagradas na Constituição da República Portuguesa, através da atuação de um Serviço Nacional de Saúde “tendencialmente gratuito” e cuja gestão é descentralizada e participada, cabendo ao Estado incumbir-se de:

- i) “Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- ii) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
- iii) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
- iv) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade (...)”.

(Assembleia da República, 2005, p.22)

A Lei de Bases da Saúde aprovada em setembro de 2019 veio reforçar o direito concedido à população portuguesa em “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (Decreto-lei n.º 95/2019, p.2).

O direito concedido aos portugueses de acesso aos cuidados de saúde, obriga o poder político

a intervir no sentido de proteger os seus cidadãos de fatores discriminatórios sobretudo no que concerne a este tipo de acesso.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), os sistemas de saúde têm a seu encargo a melhoria do nível de saúde da população, através da prestação de cuidados condignos e, simultaneamente a proteção contra os custos financeiros advindos desses mesmos cuidados. Tal, só é possível com o enriquecimento da capacidade e qualidade de prestação de cuidados, garantindo desta forma a cobertura e o acesso aos serviços de saúde de toda a população (Miguel & Bugalho, 2002).

A OMS, em 2014, reiterava a importância das políticas sociais e económicas como garante do acesso da população aos cuidados, afirmando que a saúde não pode ser apenas garantida pelos serviços de saúde e que o poder político deveria ter um papel ativo neste capítulo. Nesse sentido, no mesmo ano, foi desenvolvido o movimento “*Health in All Policies*”, movimento que tem como objetivo responsabilizar as abordagens políticas que, implicitamente, têm repercussões na saúde. Os decisores políticos devem tomar decisões que não comprometam o acesso, a equidade e os determinantes de saúde. Apesar da existência destas recomendações, a OMS (2014) reconhece que as prioridades dos diferentes governos não se centram na saúde, existindo outras rúbricas que reúnem maior atenção, tais como a economia e as finanças. No entanto, assume que o crescente cuidado depositado em aspetos relacionados com a saúde, permitirá alcançar benefícios e oportunidades multissetoriais no seio das sociedades.

O conceito de universalidade, inserido na génese dos sistemas de saúde mais desenvolvidos, no que concerne ao acesso aos cuidados de saúde, tem por objetivo traduzir a intenção de garantir que todos os indivíduos possam aceder aos cuidados atempadamente e com qualidade na sua plenitude, isto é, na sua vertente preventiva, curativa, paliativa e de reabilitação, sem discriminação por aspetos biológicos, sociais, culturais e financeiros (Health Cluster Portugal, 2021). Desta forma, o acesso aos cuidados de saúde deve ser encarado sob duas vertentes distintas, mas intrinsecamente associadas:

- A vertente física, isto é, a oferta de estruturas de saúde que providenciem cuidados àqueles que necessitem;
- A vertente financeira, ou seja, a capacidade para adquirir os cuidados de saúde necessários, sem que sejam criados constrangimentos do ponto de vista económico para os indivíduos que os procuram.

Este conceito é reconhecido internacionalmente por instituições de elevado impacto social, tais como a OMS, o Banco Mundial e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Estas instituições têm-se debruçado, principalmente, sobre a vertente financeira, tentando identificar quais os mecanismos que permitem diminuir o impacto financeiro associado ao acesso aos cuidados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde,

2019).

O financiamento dos sistemas de saúde é fulcral para o desenvolvimento do seu potencial, bem como para a determinação dos seus objetivos. Os modelos de financiamento são essenciais para assegurar: a capacidade de gerar recursos; a garantia da eficiência das operações; garantia da sustentabilidade e a produção de incentivos. As fontes de financiamento geralmente variam quanto à origem do financiamento (e.g. particulares, empresas, Estado); aos mecanismos de contribuição, que podem ser públicos (e.g. impostos ou contribuições) ou privados (e.g. seguros voluntários ou pagamentos *out of pocket*); aos *timings*, que podem ser contribuições prévias (e.g. prémios de seguro) ou no momento da necessidade (e.g. pagamento direto); ou quanto às entidades participantes (e.g. governos, entidades públicas, fundos de seguradoras). Os sistemas de saúde, tal como outros setores sociais, utilizam modelos de financiamento que permitem a mutualização do financiamento gerado. Quer isto dizer que, utilizam as receitas provenientes das diversas fontes (e.g. impostos, seguros voluntários) para as alocar a entidades que gerem esse capital conforme as necessidades (e.g. Ministério da Saúde, seguradoras, outros). Na prática este método permite repartir e atenuar as despesas em saúde mais acentuadas de uma franja da população enquanto o acesso generalizado da restante população é assegurado, independentemente da sua capacidade de pagamento aquando da necessidade (Health Cluster Portugal, 2020).

Em Portugal, o financiamento do sistema de saúde, é realizado através de duas diferentes vias. Através dos métodos de colheita obrigatórios, ou seja, impostos e outras contribuições sociais obrigatórias, ou através de métodos voluntários, contratualização voluntária de seguros privados, nos quais a contribuição é baseada no grau de risco, e através de pagamentos *out-of-pocket*, isto é, pagamentos diretos no momento da utilização dos cuidados. Estes pagamentos surgem no momento da procura, estando diretamente relacionados com a prestação dos cuidados, como o pagamento de taxas moderadoras ao SNS, os copagamentos na aquisição de fármacos e materiais de consumo clínico e no pagamento direto aos profissionais de saúde (Furtado & Pereira, 2010). Já em maio de 2022, o regime de cobrança de taxas moderadoras do SNS, viria a sofrer alterações com a dispensa de pagamento das mesmas sempre que exista referenciação prévia ou sempre que os episódios de urgências resultem em internamento (Decreto-lei n.º37/2022).

De acordo com Sousa (2009), o sistema de saúde português tem vindo a vivenciar sucessivas modificações quer ideológicas, quer funcionais, desde a década de 70 do século passado. As diferentes agendas políticas têm vindo a assumir um papel preponderante na configuração do sistema de saúde. A constituição do SNS, em 1979, tornou-se um marco histórico e a sua visão contemporânea rompeu com as ideologias que regiam a época, abandonando-se as ideologias corporativistas e centradas na hospitalização, passando a focar-se também, na saúde preventiva, através da reforma da saúde pública e dos centros de saúde. A sua criação foi encarada como uma resposta à necessidade de aprimorar a cobertura, tornando-a mais

alargada e equitativa. A garantia de que todos os cidadãos passariam a usufruir de um acesso efetivo aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição social, geográfica ou económica foi facilitada pela classificação do SNS enquanto serviço “gratuito”, passando anos mais tarde a “tendencialmente gratuito”.

Os anos que sucederam à criação do SNS ficaram marcados pela resposta dos setores privado e social ao estabelecimento e desenvolvimento do serviço público de saúde. O setor privado expandiu a sua presença no país, com a construção de novos hospitais, elaborou programas de atração de profissionais de saúde, tendo como intuito evidenciarem-se no ponto de vista da qualidade assistencial. No início do séc. XXI surgiu uma nova filosofia em relação aos papéis dos setores públicos e privados, a assinatura de parcerias público-privadas levou à criação de novos hospitais e à aposta crescente de grandes grupos económicos ligados à saúde (Sousa, 2009). Com o crescimento do setor privado, cresceu também a oferta de cuidados e, conseqüentemente, a concorrência resultou no aumento da preocupação com os padrões de qualidade e com a sustentabilidade financeira, com vista à melhoria da competitividade entre setores (Eira, 2010).

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2019, p.29), o nosso sistema de saúde engloba “todas as organizações, instituições e recursos devotados à produção de ações de saúde”, sendo constituído, atualmente, pelo SNS, setor social e setor privado. Apesar da presença dos setores privado e social não ser de agora, nas últimas décadas a sua presença e importância tem vindo a crescer, ocupando agora uma presença mais relevante no panorama do Sistema de Saúde Português (Eira, 2010).

A discussão sobre a atuação dos diferentes setores não é nova, sendo enaltecida pelo exponencial crescimento da atuação do setor privado nos últimos anos. No entanto, o que urge salientar é a importância inequívoca de uma cooperação cordial entre os três setores como garante da qualidade da prestação de cuidados, com acesso universal e equitativo (Health Cluster Portugal, 2020).

1.3. Equidade

O acesso aos cuidados de saúde é uma peça fundamental na melhoria dos resultados em saúde. Apesar da consagração da saúde com um direito universal, verificam-se dificuldades e assimetrias relevantes quanto ao acesso equitativo aos cuidados. Quando falamos em cuidados de saúde, implicitamente surgem diferentes conceitos e pressupostos quase todos intrinsecamente associados ao conceito de equidade. A sua operacionalização deverá assegurar um nível básico de bens e serviços a todos disponível e através dos quais é possível extrair benefícios. Falamos da capacidade em recorrer a profissionais de saúde em caso de doença, de obter fármacos em caso de necessidade, de obter cuidados de emergência em

situação aguda ou de trauma e até de ter acompanhamento e receber cuidados antes, durante e após o parto (ICN, 2011).

Uma das principais consternações relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde é a capacidade da sociedade distribuir serviços e bens de uma forma justa. No caso da saúde, a distribuição justa é influenciada por diversas variáveis, tais como, o capital de saúde de cada indivíduo, os riscos biopsicossociais e a predisposição genética (Barros, 2019).

A alocação de recursos em saúde é condicionada pela influência filosófica do poder político face ao conceito de justiça social. Se a ideologia governamental for de índole liberal então, tende a considerar que os indivíduos, como seres autodeterminados, não necessitam da atuação do Estado, pelo que não são considerados programas de assistência à saúde. Cingindo-se a atuação do Estado a um conjunto de políticas de saúde essenciais. Por sua vez, Estados com maior influência em filosofias de liberdade individual e de igualdade de oportunidades tendem a assumir políticas com vista ao desenvolvimento de programas que visem a proteção dos direitos individuais e a distribuição de bens de necessidade básica. Neste caso, a preocupação da esfera política centra-se na diminuição de desigualdades e na implementação de medidas que procuram melhorar a condição dos mais desfavorecidos (Folland, Goodman & Stano, 2008).

Atualmente as questões relacionadas com a equidade e a justiça fazem parte das agendas políticas de uma grande parte das políticas mundiais. No entanto as suas definições e a sua operacionalização ainda geram bastante discórdia. Esta questão assume ainda maior complexidade quando relacionada com os cuidados de saúde (ICN, 2011).

Segundo Barros (2019), o conceito de equidade encontra-se associado ao conceito de desigualdade. Para melhor compreensão destes conceitos importa refletir sobre a noção de necessidade. Em saúde, as necessidades de cuidados correspondem ao valor que maximiza a produção de saúde individual. Deste modo, perante um determinado nível de necessidade é expectável uma oportunidade de acesso a cuidados, independentemente das condições e características individuais. Assim, as desigualdades podem ser definidas como diferenças nos estados de saúde, na distribuição dos seus determinantes pelos distintos estratos da população ou na capacidade de colmatar as necessidades identificadas. Por sua vez, a equidade em saúde pode ser definida como a distribuição igual de recursos entre todos os indivíduos ou grupos sociais e pressupõe a satisfação das necessidades em saúde, em tempo oportuno, no local adequado e com qualidade e segurança independentemente do contexto biopsicossocial e económico do indivíduo. A equidade pode ser distinguida entre equidade horizontal e equidade vertical. A primeira pressupõe igual tratamento para indivíduos com iguais condições e necessidades, a segunda diz respeito ao tratamento diferente conforme necessidades diferentes. A equidade vertical vai ao encontro da teoria defendida por Rawls, na medida em que defende a discriminação positiva favorável aos mais frágeis, assumindo que a igualdade de tratamento poderá não ser equitativa.

Barros (2019) defende, ainda, que a equidade se encontra inúmeras vezes relacionada com o conceito de altruísmo. Segundo o mesmo, o conceito de altruísmo surge associado a juízos de valor, do ponto de vista da sociedade, sobre os resultados equitativos. No entanto, na perspetiva económica acentuam-se as diferenças entre os conceitos de altruísmo e equidade.

Segundo Coate (1995), a presença de altruísmo justifica racionalmente a comparticipação pública em espécies e não em dinheiro para os mais desfavorecidos. Em termos de saúde, tal pode ser traduzido pela atribuição de seguros públicos aos mais desfavorecidos, financiados pelas contribuições dos mais ricos. O argumento para tal prende-se com a crença de que os mais pobres não apresentam interesse em contratualizar seguros de saúde (necessidade de receita para outros fins), partindo do princípio de que, em caso de necessidade, os cuidados não serão negados por parte da sociedade. Barros (2019, p. 423) acredita que a atribuição de subsídios para a aquisição de seguros de saúde não é a forma adequada de garantir o acesso dos mais desfavorecidos aos cuidados de saúde, ao invés, afirma: “(...) fornecer o subsídio em espécie, isto é, providenciar os cuidados de saúde em caso de necessidade, constitui a forma mais adequada de subsidiar os pobres (...) de um ponto de vista da eficiência económica”.

De uma forma genérica, a equidade tem como objetivo a justiça na distribuição de recursos e bens pela população. Numa outra vertente, a equidade abraça a concretização de oportunidades, na medida em que, procura que os resultados particulares se encontrem ao alcance de todos os indivíduos, independentemente dos recursos e das opções de cada um (ICN, 2011).

A Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (2008) definiu dois conjuntos de indicadores, como forma de monitorizar a equidade em saúde: um sistema de vigilância mínimo de equidade em saúde; e um quadro de referência nacional para a vigilância da equidade em saúde. Os indicadores específicos que apresentam melhores resultados para a medição do acesso e equidade em saúde são aqueles que se encontram relacionados com a esperança de vida, a mortalidade, a morbilidade e a doença, sendo que, indicadores compostos que associem mais do que um dos citados acrescentam maior robustez aos resultados.

Os dados apontam para a existência, na maioria dos países, de iniquidade de acesso, relacionada com a classe etária, com a localização geográfica, o género, aspetos socio culturais, estatuto socioeconómico, nível de escolaridade, incapacidade, dieta e nutrição (ICN, 2011).

Segundo o Health Cluster Portugal (2020) os princípios que devem orientar as reformas dos sistemas de saúde, em particular o português, tendo em consideração as orientações da OMS, passam por garantir que a população tenha acesso efetivo e equitativo aos cuidados de saúde, independentemente dos seus recursos, limitações e condicionantes.

Segundo Dover e Belon (2019), as iniquidades em saúde são evitáveis e resultam das injustiças sociais, pelo que se considera necessário depositar esforços nos DSS com vista à melhoria do estado de saúde da população e à promoção da equidade em saúde.

A monitorização dos indicadores sensíveis à equidade em saúde é fulcral para a promoção de oportunidades acessíveis a todos, para a melhoria das condições de saúde e para a avaliação do progresso da saúde e das estratégias de saúde pública. A identificação das áreas de atuação responsáveis pela promoção da equidade depende da compreensão e do relacionamento entre os diferentes DSS e os resultados em saúde (Dover & Belon, 2019).

1.4. Determinantes sociais de saúde

A Declaração de Alma Ata (OMS, 1978) veio enfatizar a importância dos Determinantes Sociais de Saúde. Este investimento levou a OMS a constituir, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o objetivo de se debruçar sobre o estudo da justiça social e o impacto das desigualdades sociais na saúde da população.

A OMS (2008, p.1) define os Determinantes Sociais de Saúde como:

“São as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida diária. Essas forças e sistemas incluem políticas e sistemas económicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos”.

Os DSS são variados e podem ser classificados em três diferentes categorias: os biológicos, os controláveis e os coletivos. Dahlgren e Whitehead (2021) apresentaram um modelo no qual os DSS se estratificam em diferentes níveis em função da proximidade ao indivíduo. Apesar de ser um modelo de fácil compreensão visual, não explicita as relações entre os diferentes DSS e o seu impacto na iniquidade em saúde. Nele, o indivíduo surge no centro rodeado primeiramente pelos aspetos biológicos, ou seja, a idade, o sexo e os fatores hereditários, com maior capacidade de influenciar o potencial de saúde e sem poderem ser modificados por ação do Homem.

Imediatamente após surgem os fatores comportamentais e os estilos e opções de vida das pessoas. Sendo esta camada constituída por fatores controláveis que sofrem influência dos restantes DSS.

Posteriormente, existe menção à influência exercida pelas redes sociais e comunitárias. Esta rede de influência determina o nível de coesão social imprescindível para a saúde enquanto bem social.

O estrato seguinte diz respeito às condições de vida, de trabalho, de habitação e ambientais,

à nutrição, aos serviços essenciais como o acesso à saúde e à educação, ou seja, um conjunto de determinantes coletivos cujas disparidades sociais proporcionam repercussões na obtenção e manutenção dos níveis de saúde.

Por último, encontram-se os macro determinantes, pouco específicos, mas com elevado potencial de influência nos demais estratos. São estes, as condições económicas, culturais e ambientais.

Importa ainda referir que o crescente fenómeno da globalização intensifica a pressão económica, social e cultural nos mais diversos países, com especial impacto para as economias mais fragilizadas, onde consequentemente podemos constatar a existência de uma maior ocorrência de fenómenos de injustiça social, nomeadamente aqueles que à iniquidade no acesso a cuidados de saúde dizem respeito.



Figura 1 - Determinantes Sociais de Saúde - Modelo de Whitehead e Dahlgren Fonte: (Junior & dos Santos, 2020, p. 6)

A forte disparidade no estado de saúde da população, bem como no acesso aos diferentes serviços de saúde evidenciou a necessidade de nomear um conjunto de objetivos globais que concorressem para a melhoria do acesso e da equidade em saúde, com vista à melhoria global dos níveis de saúde. Desta forma, foram constituídos os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) (Organização das Nações Unidas, 2015), descritos pelo Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) como representações das necessidades do Homem e dos direitos essenciais de que todos deveríamos usufruir, tais como a ausência de pobreza e fome, o acesso a uma educação de qualidade, condições de trabalho adequadas, bom nível de saúde e um lar, para além disso emerge ainda a preocupação com a igualdade de direitos independentemente do género e uma especial preocupação para as questões associadas à sustentabilidade ambiental.

Os oito objetivos passam por:

1. Erradicar a pobreza e a fome;
2. Universalidade de acesso à educação primária;
3. Promoção da igualdade de género e capacitação da mulher;
4. Redução das taxas de mortalidade infantil;
5. Melhoria assistencial à saúde materna;
6. Combate ao VIH/SIDA, malária e outras;
7. Promoção da sustentabilidade ambiental;
8. Desenvolvimento de uma parceria global para o desenvolvimento.

(ONU, 2015)

Estes objetivos traduzem a necessidade que impera em abordar de uma forma multidisciplinar aspetos essenciais no contributo para a saúde e o bem-estar da sociedade. Segundo a CSDH, este compromisso assinado e que se materializa em oito objetivos reflete a interdependência entre a saúde e os indicadores de iniquidades, que se fazem representar por DSS. Desta forma a CSDH (2008, p.3), afirma que:

“as iniquidades evitáveis na saúde surgem devido às condições em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como aos sistemas implementados para lidar com a doença. As condições em que as pessoas vivem e morrem são, por sua vez, modeladas por forças políticas, sociais e económicas”.

Em Portugal, o Relatório Nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Ministério dos Negócios Estrangeiros, 2017) apresenta como principais orientações para 2030, no sentido de garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades: assegurar o acesso universal e gratuito aos cuidados de saúde; garantir a sustentabilidade e necessárias reformas do SNS; promover a saúde e o bem-estar em geral e em meio escolar, englobando a saúde mental; reduzir a taxa de mortalidade; aumentar a esperança média de vida saudável e reduzir fatores de risco associados a doenças não transmissíveis (obesidade, consumo de tabaco).

Podemos, por isso, concluir que, a situação económica, social e cultural influencia o estado de saúde da população. Deste modo, é essencial identificar e estudar os fatores que afetam os DSS, bem como as políticas e iniciativas praticadas com vista ao combate às injustiças sociais e à promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

1.5. A enfermagem e a equidade

Os enfermeiros constituem-se parte integrante na importante missão que é a promoção do acesso e da equidade em saúde. A prestação dos seus cuidados deve ser justa e equitativa, no sentido de melhorar a experiência do doente através de cuidados de excelência, dos quais devem ser erradicados os estigmas e a discriminação, estejam eles associados ao que quer que seja.

Segundo o código de ética definido pelo ICN (2012, p.2):

“É inerente à Enfermagem o respeito pelos direitos humanos, incluindo os direitos culturais, o direito à vida e à livre escolha, o direito à dignidade e a ser tratado com respeito. Os cuidados de Enfermagem são prestados com respeito e sem restrições devido à idade, cor da pele, credo, cultura, incapacidade ou doença, sexo, orientação sexual, nacionalidade, política, raça ou estatuto social”.

O referido código acrescenta que:

“ o enfermeiro promove um ambiente no qual os direitos humanos, valores, costumes e crenças espirituais do indivíduos, da família e da comunidade sejam respeitados (...) o enfermeiro partilha com a sociedade a responsabilidade pela iniciativa e apoio de ações que vão ao encontro das necessidades sociais e de saúde dos cidadãos, em particular as das populações mais vulneráveis (...) o enfermeiro, ao atuar através de um organização profissional, participa na criação e manutenção de condições de trabalho seguras e social e economicamente equitativas na Enfermagem...” (p.3).

Relativamente aos Enfermeiros Gestores, o ICN (2012) defende que estes devem “prestar cuidados que respeitem os direitos humanos e sejam sensíveis aos valores, costumes e crenças de todos”, devendo “desenvolver e monitorizar a segurança ambiental no local de trabalho”. Pelo perfil de competências deliberado pelo Regulamento n.º 101/2015, o enfermeiro gestor apresenta no desempenho das suas funções, competências que lhe permitem responder de uma forma efetiva às diversas necessidades que se vão configurando, nomeadamente, no domínio da assessoria de gestão e em particular, no que diz respeito à definição proativa de políticas de saúde (Regulamento normativo n.º 101/2015 do Ministério da Saúde, 2015). O desempenho deste papel é influenciado por diversos aspetos que naturalmente impactam numa prestação de cuidados mais ou menos equitativa.

A influência cultural é preponderante para o correto funcionamento dos sistemas de saúde. A disponibilidade dos serviços de saúde e seus atores contribui positivamente para a

prestação de cuidados de qualidade. A comunicação e a disponibilidade dos enfermeiros para com os utilizadores, melhora a experiência e o conhecimento da população, da suas fragilidades e necessidades. A formação contínua e a investigação são aspetos fulcrais na melhoria contínua do desempenho de funções dos enfermeiros, contribuindo para a eliminação dos aspetos discriminatórios através da fomentação da importância do papel que os próprios desempenham no que diz respeito à promoção da equidade de acesso aos cuidados de saúde.

Para além disso, importa salientar um aspeto que ainda não se encontra difundido no seio da sociedade portuguesa, a importância do Enfermeiro enquanto agente ativo no espetro político. Os enfermeiros possuem um conhecimento ímpar sobre a realidade quotidiana do sistema de saúde, devendo por isso fazer uso da sua voz para o desenvolvimento de políticas que impactem na prestação dos cuidados e até na reestruturação do próprio sistema de saúde. Os DSS interferem também na capacidade de acesso aos cuidados de enfermagem o que enaltece a necessidade dos enfermeiros em colaborarem com as demais áreas de interesse público (e.g. educação, finanças, economia, transportes, segurança social), no sentido de juntarem sinergias com vista à melhoria do acesso e da qualidade da saúde da população. A Ordem, associações e sindicatos de enfermeiros constituem um meio através do qual os enfermeiros, coletivamente, podem manifestar interesses e preocupações às instituições governativas e à sociedade civil. Desta forma, poderão surgir aspetos relevantes para as ordens de trabalho de debates políticos sobre preocupações relacionadas com o sistema de saúde. Além disso, o contributo dos enfermeiros poderá auxiliar no desenvolvimento dos sistemas de financiamento e na obtenção de soluções de combate às injustiças sociais, os quais são identificados e trabalhados diariamente através da constatação de consternações no acesso da população aos seus cuidados (ICN, 2012).

Os enfermeiros como parte integrante dos sistemas de saúde, têm um papel vital na promoção da equidade em saúde, mas, para tal é fundamental que desenvolvam sólidos conhecimentos relativamente ao meio através do qual os diferentes setores da saúde devem atuar para reduzir as iniquidades, para além de conhecerem o seu próprio papel enquanto prestadores de cuidados de saúde equitativos e acessíveis a quem deles necessita.

Segundo o código de ética do ICN (2012), os enfermeiros no exercício da sua prática devem promover um conjunto de ações que vão ao encontro das necessidades da população, não só no que diz respeito à saúde, como também no que concerne aos fatores sociais, sobretudo quando relacionados com populações mais vulneráveis. A prestação de cuidados deve respeitar as características pessoais e coletivas dos clientes de cuidados, com vista à promoção da equidade.

O envolvimento político e a capacidade de exercer lóbi, representam uma componente fundamental do papel da enfermagem, na medida em que, a influência cultural, o conhecimento e a investigação dotam os enfermeiros de ferramentas que permitem empoderá-los em questões relacionadas com a equidade e o acesso à saúde. Desta forma, a

academia deve reforçar a sua atuação aquando da formação dos profissionais, no sentido de os dotar de aptidões e estimular o pensamento crítico para que os enfermeiros se envolvam de uma forma mais efetiva no desenvolvimento de políticas públicas.

Ao nível dos cuidados de enfermagem, aqueles que são prestados com intuito preventivo poderão assumir particular relevo nas questões associadas ao acesso equitativo. Estes cuidados são, habitualmente, prestados na comunidade, em serviços de saúde de proximidade, por enfermeiros de família que têm conhecimento dos seus utentes, não só ao nível das necessidades em saúde, como também das suas vulnerabilidades socioeconómicas. Neste sentido, os enfermeiros poderão atuar como intermediários do sistema de saúde, procurando colmatar essas vulnerabilidades, garantindo desta forma o acesso de todos aos cuidados, com igual oportunidade e, assim, aumentar os ganhos em saúde das respetivas comunidades.

1.6. Covid-19: O vírus desigual

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, foi reportado pela primeira vez a presença do vírus SARS-CoV-2, este viria a disseminar-se rapidamente por outras regiões chinesas tendo posteriormente desencadeado a pandemia conhecida como COVID-19. As características dinâmicas desta infeção, aliadas à agressividade das complicações de saúde provocadas, impactaram de uma forma severa nas atividades económicas dos países afetados.

A globalização ameaça a coesão social de muitos países cujas economias não são suficientemente robustas para enfrentar pressões inesperadas, e estas fragilidades condicionam a eficiência dos sistemas de saúde (OMS, 2007). A pandemia da COVID-19 impactou no quotidiano da população mundial, provocando uma rutura nas estruturas económico-sociais da maioria dos países que enfrentaram surtos de transmissão comunitária. Os dados a si associados assustam não só pelo seu alcance, mas também pela velocidade com que foram atingidos.

A crise de saúde pública resultante da COVID-19, inscreveu-se diretamente nos registos históricos como um dos maiores desafios humanitários vivenciados, com especial impacto no setor socioeconómico, ultrapassando até a Crise Económica e Financeira Internacional de 2007-2008 (Sousa, 2020).

Na vertente económica, a pandemia impactou negativamente na medida em que provocou a:

- Redução do emprego e das horas de trabalho;
- Diminuição da produtividade de trabalho: resultado das manifestações da doença; impacto na saúde mental; diminuição das habilidades técnicas pela

diminuição dos períodos de trabalho; desorganização e reestruturação de processos de trabalho;

- Interrupção de cadeias de distribuição e produção;
- Diminuição do consumo familiar: provocado pela perda de rendimentos, resultado da diminuição de horas de trabalho, pelo desemprego e até pelas restrições à mobilidade.

(Sousa, 2020)

Por sua vez, do ponto de vista da saúde verificou-se, em 2020:

- Três milhões de mortos, direta ou indiretamente associados à COVID-19;
- Diminuição de 14% da cobertura em serviços de saúde materna e infantil;
- Redução de 10% na adesão aos programas de vacinação;
- Abandono na gestão de doenças crónicas;
- Diminuição de rastreios oncológicos;
- Cancelamento da atividade cirúrgica programada;
- Diminuição, significativa, de consultas de especialidade.

(Dias, 2021)

Em relação ao contexto interno, em 2021, os indicadores apontam para uma gestão eficiente da pandemia, com uma evolução percentual, das variações diárias de novos casos, muitas vezes inferior a 1% e a diminuição do número de novos internamentos e do número de óbitos, apesar de não existir ainda cura e de o combate à pandemia se concentrar na vacinação massiva, com o objetivo de ser alcançada a desejada imunidade de grupo (Dias, 2021).

Em termos económicos, as consequências indiretas da pandemia agravaram as condições socioeconómicas da população mundial. Com a queda do Produto Interno Bruto (PIB) global na ordem dos 4,4% estima-se que os DSS possam vir a assumir maior preponderância no acesso aos cuidados de saúde, ao longo dos próximos anos (Dias, 2021).

A pandemia veio evidenciar as fragilidades dos sistemas de saúde, sobretudo aqueles que servem as comunidades mais desfavorecidas. O desinvestimento criado nos sistemas de saúde ao longo das últimas décadas tornou-se por demais evidente no combate a esta pandemia, tendo sido notória a incapacidade desses sistemas em testar, rastrear e proporcionar os cuidados adequados aos indivíduos que necessitam, sendo que, desta forma não conseguiram controlar a propagação do vírus nem as taxas de mortalidade associadas ao mesmo.

Dias (2021) afirma que, a COVID-19 não se trata de um evento imprevisível apontando os

exemplos da Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS), em 2003, e da Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS), em 2012, como sinais de alarme para uma probabilidade de ocorrência de uma emergência de saúde pública com os efeitos que a COVID-19 apresentou. Para além disso acrescenta que o aumento da população mundial e a facilidade de mobilidade aliada às alterações ambientais que resultam no aumento do contacto do Homem com animais selvagens potenciam o risco de infeção por novos agentes. Apesar da evolução generalizada da medicina, Ribacke et al. (2016) referem que os sistemas de saúde não estão preparados para surtos e novas infeções emergentes, pelo que o impacto de novas epidemias tende a aumentar.

Segundo a OXFAM Internacional (2021), 90% dos países relataram ruturas na prestação de serviços de saúde essenciais durante os primeiros seis meses de pandemia, obrigando a população, totalmente dependente dos serviços públicos de saúde, a recorrer ao setor privado para obter os cuidados necessários. Em simultâneo, aqueles que possuem maior poder económico, juntamente com os que possuem seguros particulares mantiveram o acesso aos cuidados de saúde através das instituições privadas de saúde.

Na realidade considerada neste estudo, particularmente, no serviço de Consulta Externa durante o primeiro semestre de 2019, registaram-se 5570 assistências de enfermagem, enquanto que no período homólogo de 2020 ocorreram 5593 assistências, pelo que o aumento da procura de cuidados não se revelou significativo (Cunha, 2021).

Relativamente ao planeamento e às políticas de saúde pública de combate à crise de saúde provocada pela COVID-19, os países têm variado as suas abordagens. Segundo Sousa (2020), destacam-se quatro modelos de gestão neste tempo pandémico: a rutura das cadeias de transmissão (assumida pela Nova Zelândia, Islândia, Austrália, Tailândia e algumas províncias na China), o controlo das cadeias de transmissão (adotado na maioria dos países europeus, incluindo Portugal), a desvalorização da crise pandémica (EUA, Brasil e Inglaterra numa fase embrionária) e, por último, o exemplo dos países que se demonstraram incapazes de gerir as cadeias de transmissão (tais como a Índia, e uma grande parte dos países sul americanos e africanos).

As diferentes políticas de saúde adotadas foram influenciadas por aspetos socioeconómicos. Medidas como o distanciamento social, a disponibilidade de equipamentos de proteção individual, o dever de confinamento, a disponibilidade e organização dos cuidados de saúde, relacionaram-se com os DSS uma vez que, para além do combate à pandemia, os diferentes países enfrentaram simultaneamente condições como fome e pobreza extremas, conflitos bélicos, políticos e religiosos, escassez de saneamento básico e de distribuição de água potável, e tiveram que efetuar a gestão e o combate a outras epidemias previamente instaladas (Sousa, 2020) o que contribuiu para o aumento da iniquidade em saúde.

Segundo Fernandes (2015), a atividade em saúde, em Portugal, tem no setor privado uma fatia significativa da produção total, sobretudo no que diz respeito à realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, saúde oral, consultas de especialidade e

atividade cirúrgica. Carmo, Tavares e Cândido (2020) referem que, “possivelmente” a diminuição do rendimento disponível das famílias portuguesas, aliada à diminuição da prestação privada de cuidados de saúde (e.g. adesão do SAMS ao regime de *Layoff*), levou ao aumento da procura por cuidados de saúde no SNS. No entanto, também o SNS se viu obrigado a reestruturar e adaptar serviços e ofertas, suspendendo e adiando parte significativa da sua atividade programada não COVID-19, quer em contexto hospitalar, quer em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Carmo, Tavares & Cândido, 2020).

É sem estranheza que se constata que o impacto da pandemia na área da saúde afeta maioritariamente os estratos sociais mais fragilizados, tal acontece porque, os resultados em saúde são altamente determinados pelas desigualdades sociais e económicas previamente instaladas. A população mais pobre encontra-se mais exposta a este e a outros vírus uma vez que apresenta menores condições habitacionais, muitas vezes privadas de água potável e de redes de saneamento e os seus empregos e contratos precários impossibilitam o teletrabalho. Estudos comprovam que em inúmeros países, a infeção por COVID-19 e as taxas de mortalidade associadas apresentam um inequívoco gradiente social, com 10% das zonas mais desfavorecidas de Inglaterra a apresentarem o dobro da taxa de mortalidade face a 10% das áreas menos desfavorecidas, igual cenário verifica-se em França, Espanha, Brasil, Nepal e Índia (OXFAM International, 2021).

Desta forma, conclui-se que todo o sistema de saúde foi afetado pela pandemia, criando situações de discriminação social no que diz respeito ao acesso aos cuidados. Importa assim, compreender de que forma os enfermeiros, enquanto pilares do Sistema de Saúde, percecionam o impacto da pandemia da COVID-19, no acesso da população aos cuidados de enfermagem.

2. METODOLOGIA

A investigação científica é um meio através do qual é possível encontrar respostas para as questões objetivas dos diferentes trabalhos de pesquisa permitindo, desta forma, adquirir novos conhecimentos, refutar conhecimentos prévios e complementar conhecimentos existentes (Fortin, 2009).

Após a definição do estado da arte e a introdução dos conceitos basilares para o estudo, surge este capítulo no qual irá ser apresentado o procedimento metodológico.

Qualquer investigação para ser considerada científica deve obedecer a um conjunto de critérios sistemáticos recorrendo a uma metodologia característica com técnicas próprias. Esta metodologia, sistemática, assegura a fiabilidade e qualidade dos resultados e conclusões da investigação científica (Fortin, 2009).

2.1. Finalidade e Objetivo

Um trabalho de pesquisa deve apresentar objetivos específicos, realistas e sistemáticos. Estes devem corresponder ao nível de conhecimento que o estudo procura satisfazer (Fortin, 2009).

Este estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento sobre o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem e como objetivo analisar a perceção dos enfermeiros, de uma instituição privada, sobre o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem.

2.2. Desenho da investigação

O presente estudo insere-se no paradigma qualitativo, sendo de cariz descritivo e transversal.

As investigações de cariz qualitativo enquadram-se no paradigma interpretativo, este assume a existência de múltiplas crenças e realidades. As diferentes realidades prendem-se com a perceção que cada indivíduo manifesta em determinado contexto, durante um certo intervalo de tempo. Este tipo de investigação procura evidenciar o significado que determinado fenómeno representa para o indivíduo alvo do estudo. Esses fenómenos são

únicos e imprevisíveis, sendo que o investigador procura a sua plena compreensão (Fortin, 2009). Neste estudo, pretende-se que os enfermeiros, de uma instituição privada, expressem a sua perceção sobre o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem.

A investigação descritiva procura a descoberta de novos conhecimentos, a descrição de fenómenos existentes ou a determinação da ocorrência de determinado fenómeno. Este tipo de estudos é utilizado em situações nas quais existe pouco ou nenhum conhecimento relativo ao fenómeno em estudo. Assim, a colheita de dados deve ser realizada com recurso à observação, à entrevista, a questionários ou a inquéritos para que desta forma se construam as características do fenómeno (Fortin, 2009). O presente estudo é um estudo de índole descritiva uma vez que, com a sua realização se procura conhecer a dimensão e o impacto que o fenómeno COVID-19 teve no acesso aos cuidados de enfermagem.

Foi realizado num período temporal único, pelo que se considera ser de cariz transversal.

2.3. População e amostra

Segundo Fortin (2009), a população pode ser definida como um conjunto de elementos com características semelhantes entre si. Por sua vez, a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos. Numa investigação de cariz qualitativo, a seleção dos participantes deve respeitar aspetos como a experiência, a cultura, os conhecimentos e outros fenómenos de interesse (Streubert & Carpenter, 2011). No presente estudo a população integra os enfermeiros, sendo que a população alvo abrange os enfermeiros a trabalhar numa instituição privada do Norte de Portugal.

Relativamente à amostragem, considerando a opção por um estudo de índole qualitativa, a opção mais usual é optar por um tipo de amostragem não probabilística uma vez que, estes estudos não apresentam como finalidade a generalização dos resultados obtidos, mas sim, a exploração de experiências e perceções com vista à produção de conhecimentos (Fortin, 2009). Assim, a amostra é não probabilística accidental ou por conveniência.

Quanto aos critérios de inclusão, foram definidos os seguintes:

- Enfermeiros e enfermeiros em funções de gestão (coordenadores e responsáveis) que exerçam funções em exclusividade numa instituição privada do Norte de Portugal, há pelo menos três anos;
- Enfermeiros que aceitem participar no estudo.

Com a definição destes critérios de inclusão, pretendeu-se obter um conjunto de participantes que possuísse conhecimento sobre o funcionamento da instituição previamente à pandemia. Por outro lado, colher informação junto de enfermeiros gestores é relevante

pois têm uma responsabilidade acrescida relativamente a aspetos como a equidade, o acesso e os fatores organizacionais associados a estas temáticas. A questão da exclusividade de funções prende-se com o facto de enfermeiros com vínculo de acumulação de funções, na maioria das vezes, exercerem a sua atividade profissional primária em serviços de saúde públicos, onde o impacto da COVID-19 poderá ter sido distinto, essa outra perspetiva poderia enviesar a perceção dos participantes sobre o impacto da COVID-19 numa instituição privada.

Segundo (Fortin, 2009) o número de participantes deve ser definido tendo em vista a saturação dos dados recolhidos, isto é, sempre que os dados colhidos se repetem e/ou se confirmam dados previamente recolhidos. Neste estudo, foram ouvidos doze participantes até se obter a saturação de dados.

2.3.1. Caraterização dos participantes

Na Tabela 1, apresenta-se a caraterização sociodemográfica dos participantes do corrente estudo.

Tabela 1: Caraterização Sociodemográfica dos Participantes

| Dados Sociodemográficos | | <i>n</i> | % |
|-------------------------|----------------|----------|--------|
| Sexo | Masculino | 4 | 33,33% |
| | Feminino | 8 | 66,67% |
| Idade (anos completos) | 20-25 | 2 | 16,67% |
| | 26-30 | 2 | 16,67% |
| | 31-35 | 2 | 16,67% |
| | 36-40 | 2 | 16,67% |
| | 41-45 | 2 | 16,67% |
| | 46-50 | 1 | 8,33% |
| | 51-55 | 1 | 8,33% |
| Estado Civil | Solteiro | 6 | 50% |
| | Casado | 4 | 33,33% |
| | Divorciado | 1 | 8,33% |
| | União de Facto | 1 | 8,33% |

A caraterização académica e profissional dos participantes é exposta na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização Académica e Profissional dos Participantes.

| Dados Profissionais | | <i>n</i> | % |
|---|---------------|----------|--------|
| Formação Académica | Licenciatura | 4 | 33,33% |
| | Mestrado | 1 | 8,33% |
| | Pós-Graduação | 6 | 50% |
| | MBA | 1 | 8,33% |
| Tempo de exercício profissional (anos completos) | 3-5 | 3 | 25% |
| | 6-10 | 1 | 8,33% |
| | 11-15 | 4 | 33,33% |
| | 16-20 | 2 | 16,67% |
| | 26-30 | 2 | 16,67% |
| Tempo na Categoria Atual (anos completos) | 0-5 | 3 | 25% |
| | 6-10 | 2 | 16,67% |
| | 11-15 | 4 | 33,33% |
| | 16-20 | 1 | 8,33% |
| | 26-30 | 1 | 8,33% |
| Formação em Gestão | Sim | 3 | 25% |
| | Não | 9 | 75% |
| Experiência na área da gestão (anos completos) | 0 | 6 | 50% |
| | 1-5 | 3 | 25% |
| | 6-10 | 1 | 8,33% |
| | 11-15 | 1 | 8,33% |
| | 16-20 | 1 | 8,33% |
| Competências acrescida avançada na área de gestão | Sim | 1 | 8,33% |
| | Não | 11 | 91,67% |

2.4. Instrumento de colheita de dados

Fortin (2009) preconiza que na conceção de uma investigação científica, o investigador avalie a tipologia de instrumento de colheita de dados que melhor se adapte ao estudo a desenvolver. Neste caso, considerando a opção por uma investigação de cariz qualitativo focalizada na perceção dos enfermeiros, a escolha do instrumento de recolha de dados, recaiu sobre o guião de entrevista.

Aires (2011) afirma que a entrevista constitui uma das técnicas de colheita de informação mais utilizada, assumindo importante destaque em estudos que visam a compreensão do comportamento humano. Tal prende-se com a possibilidade de aceder de igual forma a factos objetivos, como frequências absolutas, informação observável, mas também a dados

subjetivos como crenças, opiniões, percepções e explicações. A seleção do método e instrumento de colheita de dados empregue numa investigação qualitativa deve respeitar determinados pressupostos, tais como: o desenrolar da investigação no ambiente natural dos intervenientes; a utilização de métodos e estratégias interativas, na obtenção dos dados, que promovam a participação ativa dos participantes; a construção contínua do processo de investigação, ou seja, a formulação metodológica afina-se com o desenrolar do estudo; a abertura à interpretação (subjetividade) dos objetos de estudo, enaltecendo-se temas e/ou categorias de análise suscetíveis à definição de conclusões; o investigador assumir um papel de observador ativo, intervindo sempre que necessário e tendo uma visão holística dos fenómenos envolvidos (Fortin, 2009).

Além disto, geralmente, em metodologias de cariz qualitativo que recorrem à entrevista como estratégia de colheita de dados, opta-se por modelos não estruturados, uma vez que a possibilidade de se colocarem questões abertas permite a expressão de pontos de vista e a descrição de fenómenos, sendo quase como um convite ao participante para exprimir livremente o seu pensamento relativo ao objeto em estudo (Fortin, 2009), o que possibilita a captação mais abrangente de vivências, opiniões, sensações e emoções.

O guião da entrevista elaborado inclui duas partes. A primeira agregava um conjunto de nove questões que visavam a caracterização sociodemográfica e profissional do participante e, a segunda um conjunto de treze questões, que visavam recolher informação que permitisse perceber qual a percepção dos participantes sobre o impacto do COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem. Esta segunda parte integrava os Blocos Temáticos: Legitimação da entrevista; Percepção sobre o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem; Percepção sobre o impacto da COVID-19 na prática dos cuidados de enfermagem; Expectativas futuras relacionadas com o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem; Término da entrevista. Cada um destes blocos tinha um objetivo específico. No Término da entrevista era oferecida a possibilidade ao participante de expressar comentários e opiniões adicionais (Anexo I).

2.5. Procedimento de recolha e análise de dados

A recolha de dados, como referido anteriormente, foi efetuada por entrevista. As entrevistas foram agendadas e programadas de acordo com a disponibilidade dos participantes, tendo sido realizadas no período temporal compreendido entre 25 de junho e 29 de julho de 2021. Durante a realização das mesmas, apenas se encontravam presentes o investigador e o enfermeiro participante.

Antes da implementação das entrevistas, foram realizadas duas entrevistas pré teste a dois enfermeiros de contextos distintos, ou seja, de outras instituições de saúde pertencentes

ao setor privado. Estas entrevistas tiveram como objetivo validar a clareza, objetividade e pertinência das questões orientadoras, treino do investigador e aprovar os instrumentos de recolha de áudio e transcrição de texto automático. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a execução de pré testes possibilita afirmar a clareza, imparcialidade e utilidade de um instrumento de colheita de dados para a produção de informação pertinente. Os dados colhidos no pré teste realizado não se configuram parte integrante deste estudo uma vez que, os enfermeiros participantes não pertenciam ao contexto considerado para a realização do mesmo. Com a realização destas entrevistas de pré teste não foi evidenciada a necessidade de procederem a alterações na estrutura ou conteúdo do guião e, os métodos de recolha e transcrição de texto automático demonstraram ser práticos e fiáveis, tendo sido, por isso, posteriormente utilizados em todas as entrevistas realizadas.

De acordo com as orientações de Quivy e Campenhoudt (2005) a gravação das entrevistas permite guardar a informação na sua plenitude, evitando perdas de dados. No presente estudo optou-se por gravar as entrevistas. Recorreu-se ao gravador de um *Smartphone* e à funcionalidade “Ditar Voz” do Microsoft Office Word para a gravação e consequente transcrição automática, para texto, dos discursos dos participantes. As entrevistas tiveram uma duração média de doze minutos.

Na sua transcrição, para facilitar o processo de análise de conteúdo e o anonimato dos participantes, cada entrevista foi codificada em E1 (entrevista 1), E2 e assim sucessivamente.

O número final de entrevistas foi estabelecido após ter sido considerada a existência de saturação de dados.

A análise dos dados, em estudos de cariz qualitativo, deve acompanhar o processo de colheita da informação (Streuber & Carpenter, 2011). De acordo com Bardin (2016), a análise de dados qualitativos requer a utilização de uma técnica de análise conhecida por análise de conteúdo. Desta forma, o investigador deve organizar conceptualmente a informação recolhida, categorizando-a e formulando as temáticas subjacentes (Bardin, 2016).

Segundo o mesmo autor, a análise de conteúdo caracteriza-se por um:

“(…) conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (…)” (p.37).

A análise contempla as seguintes etapas: pré análise (organização intuitiva dos dados, como forma de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais); exploração de material (descrição

analítica, codificação, enumeração e criação dos quadros de referência que permitem a organização da informação em categorias e subcategorias); tratamento dos resultados, inferência e interpretação (atribuição de significados aos dados resultantes do tratamento, com recurso a quadros ou esquemas, com o intuito de sistematizar a informação) (Bardin, 2016).

A excelência da análise de conteúdo depende de um conjunto de tarefas que compreende: a leitura atenta de todos os enunciados, da seleção de passagens que se relacionam diretamente com o objeto de estudo, a tradução do significado dos enunciados selecionados, a identificação de temas comuns e a procura da descrição do fenómeno em estudo tendo em conta as diferentes experiências recolhidas (Fortin, 2009).

Neste estudo, a categorização temática respeitou a metodologia dedutiva, com a definição das categorias de análise a ser realizada previamente à análise dos resultados. Esta definição fez-se tendo por base a revisão de literatura efetuada, os objetivos da investigação e foi auxiliada pela estrutura da entrevista (objetivos específicos das questões). As unidades de registo (UR) foram, posteriormente, alocadas às categorias pré-definidas. São também consideradas unidades de enumeração (UE), que dizem respeito à frequência com que surgem as UR nos diferentes discursos submetidos a análise. A análise temática consiste na atribuição de significados aos trechos patentes no discurso dos participantes, suportando-se nos critérios emanados pelas teorias que alicerçam a construção do estudo, “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento (...) com critérios previamente definidos.” (Bardin, 2016, p.145). O mesmo autor enaltece, ainda, cinco princípios essenciais ao processo de categorização sendo estes a: homogeneidade (cada categoria deve corresponder apenas a uma dimensão); exaustividade (a análise deve ser completa e pormenorizada); exclusividade (cada unidade de significado deve corresponder apenas a uma categoria); objetividade (codificação igual para informação igual); pertinência e adequação (as diferentes unidades devem enquadrar-se no conteúdo e objetivos do estudo).

Para acrescentar maior rigor à análise de conteúdo recorreu-se ao *software ATLAS.ti 22*. Este recurso permitiu identificar as UR de uma forma mais eficiente através da procura automatizada das categorias previamente definidas.

2.6. Considerações éticas

A ética é a ciência da moral e a arte de orientar a conduta (Fortin, 2009).

Uma investigação científica pressupõe que seja assegurada a responsabilidade do ponto de vista pessoal e profissional de conduzir um estudo íntegro moral e eticamente, pelo que,

para a concretização desta pesquisa foi solicitada autorização ao Conselho de Administração da instituição, ao departamento de formação (responsável pela condução de estudos científicos e formação da instituição) e aos enfermeiros coordenadores dos diferentes serviços. Todas as partes envolvidas deram parecer positivo à concretização do estudo. Todos os participantes assinaram um documento de consentimento informado (Anexo II).

Durante a concepção e elaboração do estudo procurou-se sempre atender às questões éticas.

As entrevistas foram realizadas no meio natural dos participantes, isto é, no contexto de trabalho dos enfermeiros participantes. Com esta medida procurou-se reduzir o desconforto e as possíveis interferências (Streubert & Carpenente, 2011).

Durante a realização das mesmas, apenas se encontravam presentes investigador e enfermeiro participante, por forma a manter a confidencialidade.

Foi preservado o anonimato dos participantes, tendo estes sido identificados por E1 a E12, na transcrição das entrevistas, não se apresentando, no relatório e em nenhuma publicação, ou qualquer outro tipo de disseminação de resultados do estudo, nenhum dado que permita a sua identificação.

Tal como fora acordado com os participantes, os dados recolhidos destinam-se exclusivamente à elaboração deste estudo e serão eliminados após o seu término.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedeu-se à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Foram definidos três domínios para análise, com recurso à metodologia dedutiva, cuja análise se deu de forma independente: Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem; Impacto da COVID-19 na prática de cuidados de enfermagem; Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem: expectativas futuras. Para cada domínio, com base nos dados colhidos foram identificadas categorias e subcategorias.

Tabela 3: Tabela de resultados

| Domínio | Categoria | Subcategoria |
|--|---|---|
| Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem | Reorganização dos serviços | |
| | Aumento dos custos com os cuidados | |
| | Incerteza associada a uma doença desconhecida | Medo, ansiedade e stress nos clientes dos cuidados |
| Impacto da COVID-19 na prática de cuidados de enfermagem | Medo na prestação de cuidados | |
| | Qualidade e segurança dos cuidados | Qualidade e Segurança na prestação de cuidados |
| | | Formação como um contributo para a qualidade e a segurança dos cuidados |
| Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem: expectativas futuras | Melhoria na oferta de cuidados de enfermagem | Apoio domiciliário |
| | | Videoconsulta |
| | | Parceria de cuidados |
| | Aumento da procura de cuidados | |
| | Autonomia dos enfermeiros | |

3.1. Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem

A consagração do direito à saúde materializado pela atuação do SNS contribui significativamente para a melhoria do acesso aos cuidados de enfermagem, no entanto, verificam-se dificuldades e assimetrias de elevado impacto neste acesso e na equidade de todo o sistema de saúde, sobretudo no que concerne a aspetos de índole financeira e geográfica. Com efeito, o setor privado assume um papel complementar no panorama do sistema de saúde visando colmatar as insuficiências do SNS. O aumento da procura de cuidados privados e convencionados salienta a sua importância na prestação de serviços não cobertos pelo SNS ou cobertos de uma forma não satisfatória pelo mesmo (e.g. inexistência de determinado cuidado na área geográfica, tempo de espera elevado para o cuidado, participação efetiva no agendamento do serviço, escolha do profissional de saúde) (HCP, 2020).

Segundo Dias (2021), a pandemia aproveitou as fragilidades da nossa sociedade para alterar profundamente o quotidiano da população, testando a capacidade de resiliência do sistema de saúde. A crescente pressão provocou a disrupção de serviços de saúde fundamentais, tais como os vocacionados para a gestão da doença crónica e a vacinação, cuidados de saúde onde a classe de enfermagem assume particular importância. Para além disso, a COVID-19 evidenciou desigualdades, com especial impacto nas comunidades mais desfavorecidas.

O domínio Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de saúde agrega as perceções dos enfermeiros sobre o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de saúde, na instituição privada em estudo. Nele, circunscrevem-se as categorias: Reorganização dos serviços; Determinantes económicos; Incerteza associada a uma doença desconhecida.

3.1.1. Reorganização dos serviços

Um dos principais desafios da pandemia por SARS-CoV-2 prendeu-se com o teste à capacidade de resiliência dos sistemas de saúde. O elevado número de infeções, com cerca de 15 a 20% a exigirem hospitalização e 5 a 15% a requererem internamentos em unidade de cuidados intensivos, pressionou a capacidade de resposta do sistema de saúde. Pressão essa que conduziu à disrupção de serviços de saúde essenciais como a programação cirúrgica e a gestão da doença crónica (Dias, 2021).

Os participantes do estudo percecionaram essa disrupção no hospital onde exercem funções, referindo nos seus depoimentos:

“(...) as cirurgias programadas foram canceladas em todas as áreas, ficando restritas às situações de urgência.” (E2).

Tratando-se de um hospital cujo *core business* se foca na produção cirúrgica, o cancelamento das cirurgias programadas condicionou a sua atividade:

“(...) todos nós fomos obrigados a parar porque, na realidade, nós vivemos de produção. (...) a consulta externa está vocacionada para produção cirúrgica e não médica (...)” (E3).

Limitando-a, a certa altura, à prestação de cuidados de medicina geral:

“(...) no hospital em que temos um serviço de medicina e cirurgia, as cirurgias ficaram suspensas, na fase inicial, porque são só cirurgias programadas. E, tínhamos doentes a nível de medicina que procuravam os nossos serviços evitando ir para os serviços públicos, porque numa fase inicial os serviços públicos estavam muito direcionados para receber doentes COVID. Aumentou a procura pelo internamento a nível da medicina.” (E6).

Relativamente aos cuidados de enfermagem, a reorganização centrou-se em alterações a nível da gestão do serviço, e do método e da organização do trabalho:

“(...) tivemos que mudar a maneira como gerimos o nosso serviço, a nossa maneira de trabalhar, os nossos horários (...)” (E1).

Considerando a maioria dos sujeitos que estas mudanças levaram a uma mudança:

“[mudança] (...) no paradigma da saúde e da enfermagem em concreto.” (E7).

A reorganização dos serviços salientada pelo Conselho Nacional de Saúde (2020) como um importante aspeto com vista a dar “(...) uma eficaz resposta a pessoas com COVID-19 e com outras patologias, em segurança.”, para isso “(...) implementaram-se alterações de procedimentos, inclusive na prática clínica (...)” (p.7).

Os resultados obtidos vão ao encontro das orientações emanadas pela Sr^a. Ministra da Saúde que, em despacho, determinou que para as instituições do setor público:

“(...) tal suspensão, pela sua natureza ou prioridade clínica, não implique risco de vida para os utentes, limitação grave do seu prognóstico e ou limitação de acesso a tratamentos periódicos ou de vigilância, designadamente no âmbito do acompanhamento da gravidez, exacerbação das doenças crónicas ou outros (...)” (Despacho nº574-A de 13 de janeiro de 2021 do Gabinete da Ministra da Saúde, p.1).

Esta medida procurava mobilizar recursos com vista ao reforço da resposta ao doente crítico.

Um outro despacho salienta a necessidade de: “(...) *os recursos humanos e materiais afetos à prestação de cuidados de saúde devem ser reorganizados de forma a dar resposta ao tratamento de doentes COVID-19.*” (Despacho do Gabinete da Ministra da Saúde, 2020 p.1). Esta reorganização, segundo o mesmo despacho, sugeria que a atividade assistencial, no âmbito da Consulta Externa, se cingisse apenas a situações “imprescindíveis, prioritárias e muito prioritárias”. Por sua vez, no contexto cirúrgico, a indicação destacava a importância de suspender as intervenções cirúrgicas “eletivas ou programadas, exceto as consideradas clinicamente fundamentais”.

Depreende-se assim que, a resposta da instituição privada em questão, no que respeita à reorganização dos serviços, foi ao encontro das orientações dadas ao setor público, procurando aumentar a oferta de cuidados às condições urgentes, em detrimento da oferta de cuidados programados e não urgentes. Por consequência, tais alterações, resultaram na mudança de paradigma de uma instituição anteriormente centrada na produção cirúrgica (não urgente) e que com os efeitos da pandemia se viu obrigada a centrar esforços na oferta de cuidados de medicina interna e intensiva. Esta mudança provocou, naturalmente, impacto no acesso aos cuidados de enfermagem, pela reestruturação dos diversos serviços e respetiva oferta de cuidados.

3.1.2. Aumento dos custos com os cuidados

A saúde e a economia são conceitos que, com a evolução da humanidade se tornaram indissociáveis. A pandemia por COVID-19 tornou ainda mais estreita a relação entre estes dois mundos.

Existe uma interdependência tal que levanta inúmeras questões do ponto de vista ético e de justiça uma vez que a saúde é consagrada universalmente como um direito do Homem. No entanto, uma grande parte dos sistemas de saúde de diferentes países apenas assegura uma cobertura “*tendencialmente gratuita*”. Por outro lado, sabemos hoje que a saúde é um setor central no panorama económico dos diferentes países, estimando-se que seja responsável por “*cerca de um terço do crescimento geral do PIB per capita no século passado*” (Dias, 2021, p.24), representando seis mil milhões de euros, o equivalente a 10% do PIB global, em 2015. Segundo o mesmo autor, a pandemia por COVID-19 veio salientar a importância do investimento em saúde enquanto garante de retorno a longo prazo, e que o desinvestimento em saúde tem um potencial efeito devastador nos aspetos sociais e económicos.

Segundo a *American Hospital Association* (AHA) (2020) a COVID-19 obrigou os sistemas de saúde a enfrentar desafios financeiros sem precedentes. Tais desafios predem-se com:

- o efeito da hospitalização por COVID-19 e os custos associados;
- o efeito do cancelamento e adiamento da atividade programada, nas receitas hospitalares;
- os custos adicionais relativos à aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's);
- os custos adicionais com os colaboradores.

De um modo geral, a pandemia provocou uma diminuição da receita das instituições hospitalares com o cancelamento e adiamento das cirurgias eletivas e também com a diminuição de consultas de especialidade. Por outro lado, as despesas aumentaram devido à necessidade de aquisição de EPI's para garantir a segurança de clientes e colaboradores; aumento do custo do material de consumo clínico e farmácia (consequência da falência industrial e do setor de transporte); aumento das despesas com recursos humanos (necessidade de contratação, pagamento de horas extraordinárias, aumento salarial pela elevada procura); despesas provocadas pela especificidade da doença que obrigou à aquisição de ventiladores, configuração total de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), testes de despiste, reorganização e expansão de serviços, entre outros. Se a estas despesas associarmos o facto da incerteza quanto à duração desta pandemia, conclui-se que a saúde financeira das instituições hospitalares se encontra ameaçada (AHA, 2020).

No sentido de dar resposta a esta situação, os participantes referiram que houve orientações para os profissionais de saúde terem o máximo rigor na cobrança dos cuidados prestados:

“(...) Fomos pressionados para ser rigorosos nos débitos cobrados aos clientes (...)”
(E6).

Este aumento do rigor no registo de consumíveis prende-se com a faturação do material de higienização e desinfeção de superfícies e o pagamento dos EPI's utilizados (resguardos, luvas, aventais). A instituição procura recuperar o investimento exercido na aquisição destes materiais através da sua cobrança ao cliente, aquando da prestação dos cuidados. Sendo esta nova realidade, também, entendida como um fator dificultador do acesso aos cuidados de enfermagem:

“(...) o aspeto económico pode ter influenciado o acesso [aos cuidados]. E depois ainda havia pessoas que tinham o teste participado, enquanto outras não.”
(E11).

De facto, inserindo-se a instituição em análise no contexto privado o financiamento dos cuidados é executado através de duas distintas possibilidades: por via da contribuição prévia voluntária (seguros de saúde) ou pagamentos *out of pocket* (pagamentos formais, informais, copagamento) (HCP, 2020). Esta particularidade resulta na imediata perceção dos custos em saúde por parte do cliente.

Durante a pandemia por COVID-19, no sentido do controlo de infeção aquando da prestação de cuidados, foi necessária a utilização de EPI's, material que passou a ser cobrado aos clientes nos diversos serviços prestados nas instituições privadas. Esta nova situação não foi precedida, no imediato, pela atualização das participações dos seguros e subsistemas, pelo que, teve um impacto direto na despesa dos clientes. Nos depoimentos, os participantes referiram:

“(…) da perspetiva do utente, acho que eles começaram a pagar mais porque acrescentaram a taxa de limpeza (…) sempre que iam a uma consulta ou até no bloco, tinham que pagar um pack à parte.” (E11).

Desta forma, os cuidados de saúde e de enfermagem em particular assumiram um maior custo não só, devido à taxa que a instituição cobrava pela utilização de EPI's, mas também devido à necessidade de realização de testes de despiste à COVID-19 e até mesmo pelo tratamento da doença que, em algumas situações implica internamentos prolongados, recurso a ventilação mecânica e outros procedimentos especializados e com custos avultados associados.

O aumento do custo com os cuidados constituiu-se um aspeto dificultador do acesso aos cuidados, tal como referido pelos participantes e, acentuou o fosso entre aqueles que possuem maior capacidade para pagar e aqueles com dificuldades financeiras. Em suma, urge enfrentar as desproporcionalidades em saúde e garantir a saúde e segurança das comunidades mais vulneráveis (AHA, 2020).

3.1.3. Incerteza associada a uma doença desconhecida

O acesso equitativo à saúde é altamente condicionado pelos determinantes sociais e económicos. A pandemia provocada pela COVID-19 expôs as desigualdades sociais, políticas e económicas existentes, tendo provocado impactos mais nefastos nas comunidades mais vulneráveis. As desigualdades económicas e de saúde promovem a propagação do vírus e, a falta de capacidade de saúde pública em países subdesenvolvidos dificulta o rastreamento global da COVID-19. A compreensão dos determinantes sociais de saúde ajuda a entender a incidência e os resultados da maioria das doenças e a abordar a fonte das desigualdades no domínio da saúde (Antequera et al., 2021).

Considerando o modelo de Dahlgren e Whitehead (2021), que diferencia os DSS em três níveis distintos, de macro a micro, a pandemia poderá ter gerado um novo determinante de cariz individual, que tem vindo a condicionar o acesso aos cuidados de saúde. Trata-se do medo, da ansiedade e do stress provocados pela incerteza associada a uma doença desconhecida pela comunidade científica e que, em pouco tempo transpôs fronteiras e se disseminou pelo mundo, sendo responsável por taxas de mortalidade elevadas.

A OMS (2004, p.11) define saúde mental como: “um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a sua comunidade”.

Segundo Santos et al. (2021), não foi só nos indivíduos expostos à COVID-19 que se verificaram afeções quanto à saúde mental, pois aspetos como o carácter imprevisível e incerto da doença, o distanciamento físico e o isolamento social, a perda de rendimentos, a interrupção de projetos de vida, o aumento do sedentarismo, a solidão e a limitação de acesso a serviços básicos potenciaram alterações significativas ao nível da saúde mental da população.

3.1.3.1. Medo, ansiedade e stress nos clientes dos cuidados

As consequências da COVID-19 na saúde da população são evidentes. Para além dos sintomas físicos, largamente descritos, importa atender às consequências associadas à saúde mental da população.

Segundo Sampaio et al. (2021) uma parte significativa da população vivenciou sintomas de ansiedade, stress, depressão e medo, associados à pandemia por COVID-19. Santos et al. (2021) acrescentam que o carácter imprevisível e incerto da doença e o conjunto de medidas para controlo pandémico que resultaram no distanciamento físico, isolamento social, diminuição de rendimento económico, inatividade, alteração das rotinas, limitação de acesso a serviços básicos, facilidade de acesso a alimentos, álcool e outras substâncias nocivas, propiciaram o desenvolvimento de patologias do foro psiquiátrico.

O reconhecimento do impacto da COVID-19 na saúde mental da população, levou à criação de instrumentos para aferição e compreensão desse mesmo impacto como são exemplo: a *Fear of COVID-19 Scale*, a *Coronavirus Anxiety Scale*, a *Obsession with COVID-19 Scale* ou a *COVID-19 Stress Scale*. Da aplicação destas, resultou que: “(...) o medo de contrair COVID-19 correlaciona-se (...) com os sintomas psicopatológicos de ansiedade, depressão e stress.” (Ramos et al., 2021, pp. 3 - 4).

O medo pode ser definido como: “(...) um mecanismo adaptativo, fundamental para a sobrevivência, e que envolve vários processos biológicos de preparação para uma resposta a eventos potencialmente ameaçadores (...)” (Ramos et al. (2021, p.3), referindo os mesmos autores que se trata de uma resposta emocional à interpretação individual perante situações perigosas que pode desencadear apreensão, nervosismo, ansiedade, preocupação e é passível de se perpetuar a longo prazo.

O medo foi mencionado pelos participantes como um dos fatores que contribuiu para diminuir a procura dos clientes pelos cuidados de enfermagem:

“(…) E grande parte dos doentes com doenças crónicas acabaram por largar os tratamentos ou deixaram de tratar as suas doenças com medo da COVID. Os doentes com COVID muitos, a maioria, tinham nos olhos o medo (…)” (E10).

A constatação do medo associado à COVID-19 levou os autores a denominarem “Coronofobia” ao medo em massa provocado por esta pandemia, devido ao seu carácter incerto e de curso imprevisível, ao risco percecionado de contração da infeção, responsável pela geração de respostas psicopatológicas negativas (Santos et al, 2021).

Em tempo de pandemia, o medo pode desencadear ansiedade e stress em seres saudáveis e agravar os sintomas naqueles que já manifestavam este tipo de perturbações. Ainda assim, é importante referir que o medo enquanto mecanismo de perceção do risco constitui-se um aspeto promotor de comportamentos protetores, nomeadamente, nesta situação, da adoção das medidas de controlo de infeção (Ramos et al., 2021).

A ansiedade pode ser definida como uma característica de adaptação que permite a manutenção do estado de alerta dos indivíduos, no entanto, quando em excesso pode originar medos irracionais, tristeza e confusão. Desta forma, pode promover alterações ao nível do bem-estar do indivíduo que culminam em perturbações sociais, profissionais, académicas e ocupacionais (Ramos et al., 2021).

Os participantes, percecionaram, também a ansiedade e o stress como fatores condicionantes do acesso aos cuidados de saúde e de enfermagem:

“(…) quantos doentes não deixaram de vir, porque tinham receio de vir fazer um procedimento ou uma consulta ?! pelo risco de poderem ser infetados no próprio hospital. Eu acho que sim, que é mais o receio, a ansiedade (…)” (E8);

“(…) no fundo, o medo e o stress foram a única diferença, a única condicionante no que diz respeito ao acesso a cuidados de enfermagem (…)” (E9).

A análise destes testemunhos permite constatar que, tal como sugere a literatura, a ansiedade provocada pela pandemia promoveu, nos clientes, um medo exacerbado de contraírem a infeção aquando da deslocação aos hospitais. No entanto, importa salientar que a instituição em estudo procurou, precocemente, mitigar os riscos de transmissão da COVID-19 entre clientes e também entre clientes e profissionais, através da criação de circuitos respiratórios e da promoção da utilização de EPI's, da higienização das mãos e da adoção de medidas de etiqueta respiratória. Não obstante, estas medidas parecem não ter sido suficientemente eficientes para que todos os clientes sentissem segurança ao procurar cuidados, resultando assim, numa condicionante ao acesso aos cuidados.

3.2. Impacto da COVID-19 na prática de cuidados de enfermagem

A COVID-19 trouxe novos e mais complexos desafios à humanidade, mudando a forma de viver, de trabalhar, de aprender, de interagir e de comunicar. Novos métodos de trabalho surgiram. Nos locais onde era possível, o teletrabalho foi a solução encontrada para manter os postos de trabalho e assegurar a continuidade das atividades económicas. Nos serviços essenciais, em particular na saúde, o teletrabalho nem sempre se configura como uma alternativa viável, pois o cuidar e o salvar vidas implica a presença física, o toque. Como tal, foi necessário repensar, reestruturar e adaptar processos, métodos, recursos materiais e humanos, para que desta forma os sistemas de saúde pudessem combater os efeitos da pandemia.

O combate ao vírus fez-se através da implementação de medidas de saúde pública suportadas no controlo da transmissão por via do confinamento, distanciamento social, utilização de EPI, higienização das mãos e medidas de etiqueta respiratória (Dias, 2021).

Nos serviços de saúde, as mudanças surgiram como resultado de reformas relacionadas com a segurança e o controlo de infeção e, devido ao encerramento de serviços e mobilização de profissionais para serviços prioritários.

Estas mudanças levaram a alterações na prática dos cuidados de enfermagem, agregadas nas categorias “Medo na prestação de cuidados” e “Qualidade dos cuidados”.

3.2.1. Medo na prestação de cuidados

A insegurança sentida durante a prestação de cuidados relacionou-se com as mudanças no quotidiano provocadas pela pandemia como a pressão vivida diariamente, o distanciamento social e o confinamento, que promoveram o aumento dos níveis de ansiedade e de depressão da população (Dias, 2021). Para além disso, o desconhecimento da doença, o elevado número de mortes direta ou indiretamente associadas à COVID-19, e o mediatismo causado pela comunicação social, levaram a que os profissionais de saúde sentissem medo na prestação de cuidados.

Segundo Santos et al. (2021), o medo da COVID-19 é enfatizado pelo carácter incerto e curso imprevisível da doença e pela perceção dos profissionais sobre o elevado risco de contraírem a infeção no decurso da sua atividade profissional, o que produz respostas, que do ponto de vista psicológico, são entendidas como negativas, levando a comportamentos desadaptativos, sofrimento emocional e tendência para reações de evitamento. Como agravante destaca-se o esforço acrescido exigido a um conjunto de profissionais cuja prática

diária já era demasiado exigente e que, por via da pandemia tiveram que lidar com o aumento exponencial de horas extraordinárias, carência de equipamento de proteção, solidão, fadiga, separação dos familiares e amigos e o risco latente de poderem ser infetados e infetar os seus familiares e amigos (Frawley et al., 2021).

O depoimento dos sujeitos permitiu comprovar que o medo existia, não só por se poderem infetar, mas sobretudo, por poderem ser um vetor transmissor do vírus para os seus lares e núcleos mais próximos:

“(...) apesar do medo estar sempre lá presente. Às vezes, não só por nós, mas pelos nossos. E todos estes fatores pesavam durante a prestação dos cuidados.” (E5);

“(...) não acredito que não houvesse um, que não tivesse medo de sair do local de trabalho e infetar quem está em casa (...)” (E8);

“(...) aquele receio que nós tínhamos: ‘será que nos vai acontecer a nós, o que está a acontecer, aquela pessoa que está à nossa frente?’, ou será que eu vou para casa e será que eu vou ter que sair de casa e não vou ficar com o meu marido, com meus filhos ... muita gente sofreu, a nível dos profissionais.” (E9).

A sobrecarga horária, a utilização prolongada de EPI's e a exposição permanente ao risco, contribuíram, segundo os participantes, ainda mais para o aumento do stress e da ansiedade:

“(...) Pese embora a ansiedade e instabilidade emocional que todos nós vivemos [por causa desta situação de COVID-19].” (E4);

“(...) pelo stress da equipa, acho que nos afetou bastante, o medo constante de trabalhar (...)”. (E12).

Estes depoimentos parecem corroborar os resultados encontrados por Sampaio et al. (2021), que referiram que os profissionais de saúde da linha da frente do combate à pandemia enfrentaram desafios significativos à sua saúde mental, vivenciando situações consideráveis de stress, ansiedade, depressão e insónia, devido ao risco de se infetarem e de infetarem terceiros, às dificuldades de acesso a EPI's e devido às mudanças organizacionais e laborais (*turnover*, carga horária excessiva, entre outros).

3.2.2. Qualidade e segurança dos cuidados

Quando a dois de março de 2021, o primeiro caso de COVID-19, em Portugal, foi notificado os enfermeiros estavam longe de imaginar a pressão que iriam enfrentar. O SARS-CoV-2,

vírus responsável pela doença COVID-19 caracteriza-se pela sua alta transmissibilidade, e apesar de a maioria dos infetados permanecerem assintomáticos ou apresentarem sintomas ligeiros, o aumento exponencial da taxa de infeções resultou num crescente número de hospitalizações.

Não existindo, inicialmente, evidência científica sobre este novo vírus, o desconhecimento veio mudar o paradigma da saúde. Os gestores das organizações de saúde, para dar resposta a esta nova necessidade, foram obrigados a redesenhar a estrutura dos serviços, delinear novos planos, redigir normas e guias de orientação, tendo como base as informações emanadas pela OMS e pela DGS, com vista a implementar uma estratégia multidisciplinar de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) como a correta utilização de EPI's, o reforço da higiene das mãos, a recomendação para adoção de etiqueta respiratória e a criação de planos de higiene ambiental (e.g. descontaminação de equipamentos, manuseamento seguro de roupa, recolha e triagem de resíduos, atuação perante a exposição vírica) (Parreira et al., 2020).

Estas alterações foram operacionalizadas pelos profissionais de saúde, o que levou a um aumento da pressão, testando a sua capacidade de resiliência, isto é, a sua capacidade de resistir, sem rutura, a um evento adverso (Dias, 2021).

No que respeita aos enfermeiros, estes foram obrigados a adotar novas rotinas, realizar novos procedimentos, além de, como referido anteriormente, serem mobilizados para novos serviços. As mudanças surgiram como resultado de reformas relacionadas com a segurança e o controlo de infeção, e também com as provocadas pelo encerramento de serviços e pela mobilização de profissionais para serviços prioritários.

A qualidade dos cuidados, mais do que nunca, aliou-se à segurança dos cuidados e à atualização atempada do conhecimento. Neste sentido a prioridade dos serviços passou por cuidar em segurança e promover a formação dos enfermeiros, de tal forma que atendendo aos testemunhos, mas também à evidência encontrada, é possível afirmar que os cuidados de enfermagem viram o seu papel reforçado no bom funcionamento dos serviços de saúde, por se revelarem imprescindíveis para a capacidade de resposta dos mesmos (Parreira et al., 2020).

3.2.2.1. Qualidade e Segurança na prestação de cuidados

A prática dos cuidados de enfermagem, como referido, sofreu alterações, desde a utilização de EPI's, ao reforço da importância da higienização das mãos e das superfícies, passando pela adoção de medidas de etiqueta respiratória. Nos serviços foram criados circuitos respiratórios para doentes suspeitos através da disponibilização de serviços de atendimento especializado e de salas de isolamento, a atividade cirúrgica programada foi cancelada de forma a priorizar recursos materiais e humanos e foram criados centros e equipas para

testagem e para a campanha de vacinação (Dias, 2021).

De acordo com os testemunhos dos inquiridos, a principal alteração na prática dos cuidados de enfermagem, na instituição, prendeu-se com a implementação de intervenções que tinham como finalidade o controlo de infeção:

“(...) houve um aumento do rigor e da atenção na prática de cuidados (...). Houve um maior cuidado com a assepsia das feridas, com a limpeza dos locais de trabalho, com a desinfeção das mãos.” (E1);

“A utilização dos EPI’s, os procedimentos de limpeza das salas e de desinfeção (...) No início, como não sabíamos propriamente se o vírus ficava nas paredes, no teto, no chão, ou seja, a sala era toda limpa de doente para doente (...)” (E8).

Referiram, também, que se verificou uma mudança dos processos de trabalho:

“Acho que passámos a trabalhar de uma forma, mais rigorosa em relação ao que era o dito normal (...)” (E1).

Alteração essa que por alguns enfermeiros foi percecionada como um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem:

“(...) Na realidade, acho que a pandemia veio ajudar. Porquê? Porque havia uma série de cuidados que nós deveríamos ter, nomeadamente a utilização de máscaras em determinado tipo de procedimentos e que vamos sempre facilitando e agora por imposição, da pandemia, acabamos por usar sempre (...)” (E7);

Segundo Parreira et al. (2020) algumas mudanças provocadas pela resposta à pandemia podem ser vistas como oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente: atualização e informação constante sobre precauções básicas de controlo de infeção, melhoria dos processos e canais de comunicação, trabalho e envolvimento multidisciplinar, desenvolvimento de ferramentas de controlo de EPI’s, fortalecimento da capacidade de liderança e autonomia na resolução dos problemas por parte das equipas no terreno, desenvolvimento e utilização de ferramentas de *telehealth* e monitorização remota, e o reforço das equipas e dos rácios.

Para além disso, os enfermeiros referiram, ainda, que as mudanças contribuíram para a segurança dos cuidados:

“Para além dos EPI’s que nós tínhamos para nos proteger dos doentes com COVID, também tínhamos EPI’s entre doentes, para não provocar infeção cruzada (...)” (E9);

“(...) foram reestruturados muitos protocolos com isto da COVID-19 e isso foi bastante bom (...) tem toda a lógica e acho que é mais seguro até para as crianças, para todos os clientes. Como tinha dito no início, foi difícil, mas agora penso que torna tudo muito mais organizado e muito mais seguro (...)” (E12)

A segurança dos profissionais de saúde foi vista pelas organizações de saúde como uma prioridade pois, estes profissionais, pilares do sistema, tinham de se manter saudáveis para persistir na famosa “linha da frente”, contribuindo para a sustentabilidade do sistema.

De um modo geral, a prática de cuidados de enfermagem foi afetada pela pandemia, no entanto, segundo os participantes, as mudanças proporcionadas pela instituição com vista ao controlo pandémico tiveram em consideração a qualidade e a segurança dos cuidados e dos profissionais de saúde. Com efeito, atendendo ao papel preponderante dos enfermeiros na prestação de cuidados foi necessário investir na sua segurança para que estes pudessem desempenhar o seu papel com qualidade e em segurança, tal como enfatizam Parreira et al. (2020).

3.2.2.2. Formação como um contributo para a qualidade e a segurança dos cuidados

Perante todas as mudanças provocadas pela pandemia, sobretudo no que diz respeito à prática de cuidados, o Hospital, onde decorreu o estudo, viu-se obrigado a promover a atualização do conhecimento sobre esta nova doença e sobre as práticas mais adequadas ao seu tratamento, aos profissionais. A formação teve como objetivos melhorar o conhecimento sobre a COVID-19, ajudar os profissionais a melhorar os processos de integração em novos serviços, promover a implementação de novos procedimentos e dessa forma a qualidade e segurança dos cuidados. Para a sua concretização a instituição utilizou várias estratégias, disponibilizadas via presencial e/ou online.

A realização de formações em serviço contribuiu para a minimização do impacto da COVID-19 na prática de cuidados de enfermagem ao dotar os profissionais de mais conhecimentos como referem os participantes, que salientaram o aumento da frequência de ações de formação, bem como da divulgação de informação benéfica para a adaptação a todo o contexto pandémico:

“(...) houve um aumento muito grande do número de formações que foram feitas no hospital (...)” (E1);

“(...) Fizemos formação nessa área, dos circuitos (...)” (E7);

“(...) começámos a ter muito mais pósteres, muito mais, os avisos, muito mais

formação sobre a desinfeção das mãos e da etiqueta respiratória (...)” (E11).

A formação disponibilizada pela instituição não foi só presencial, via online, o Hospital disponibilizou uma plataforma de formação que reunia conteúdos relacionados com o controlo de infeção, a higienização das mãos, a correta utilização de EPI's, como refere um dos participantes:

“(...) foi-nos dada através da plataforma interna, a possibilidade de realização de cursos, nomeadamente sobre a colocação de EPI, higienização de estruturas e essas coisas todas.” (E3).

Segundo Parreira et al. (2020), o conhecimento demonstrou ser uma das principais armas no combate à COVID-19, o trabalho desempenhado pelas equipas dos Programas de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) em conjunto com as diretrizes publicadas pela DGS permitiram que os profissionais de saúde desempenhassem as funções tendo por base um leque de informação devidamente validada e atualizada. Nesse sentido, tal como salientado pelos enfermeiros, a comunicação e a partilha de conhecimento provou ser fulcral na prestação de cuidados em tempos de COVID-19, com as diferentes instituições de saúde a promoverem formações presenciais e à distância de forma a que as equipas obtivessem as orientações necessárias à sua prática, em tempo útil, e de forma uniformizada e verificada (Parreira et al., 2020).

3.3. Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem: expectativas futuras

Todo o sistema de saúde terá de saber lidar com o impacto da COVID-19, para isso o investimento em saúde deverá ser reforçado para combater os custos associados a uma possível recessão à escala global. A crise pandémica resultou, em 2020, na queda do PIB Global na ordem dos 4,4%, sendo que na Zona Euro a recessão atingiu os 8,3%. No espectro da saúde verificou-se, a redução de 14% da cobertura dos serviços de saúde materna e infantil e de 10% de cobertura dos programas de vacinação (Dias, 2021). Adicionalmente, deve considerar-se as cirurgias que foram adiadas, as falhas no acompanhamento e gestão de doentes crónicos, o desinvestimento em programas de rastreio em oncologia.

No entanto, como em qualquer crise a pandemia pela COVID-19 poderá ser julgada por duas vertentes distintas: o desafio e a oportunidade. O desafio foi vivido e sentido por todos sem exceção, mas em particular pelos doentes e profissionais de saúde. A oportunidade reside na possibilidade de podermos refletir e procurar soluções efetivas dando resposta a estes desafios e aumentando a robustez do sistema para contrariar desafios futuros.

Neste sentido, importa analisar a perceção dos enfermeiros sobre o impacto futuro da

pandemia, no que concerne ao acesso aos cuidados de enfermagem. Foram então encontradas três categorias relacionadas com este domínio: Melhoria na oferta de cuidados de enfermagem; Aumento da procura de cuidados; Autonomia dos enfermeiros.

3.3.1. Melhoria na oferta de cuidados de enfermagem

A COVID-19 desencadeou diversas alterações na utilização dos serviços de saúde, maioritariamente devido às políticas de confinamento. As principais alterações resultaram na diminuição da oferta de cuidados, sobretudo os que se relacionam com atividade assistencial não urgente e em contexto de ambulatório, por outro lado, estudos reportam um aumento significativo da oferta das opções de telemedicina (Moynihan et al., 2021).

Os participantes deste estudo relacionaram o impacto da pandemia no que concerne ao acesso aos cuidados de enfermagem com a oferta de cuidados. Deste modo, relativamente às expectativas futuras do acesso da população aos cuidados de enfermagem, os enfermeiros apontaram como uma oportunidade de melhoria, o aumento do leque de oferta de cuidados de enfermagem:

“ Acho que era fundamental e é uma das coisas que falha um bocadinho (...) as assistências de enfermagem limitam-se a cuidados de penso e injetáveis e as consultas de enfermagem são fundamentais (...) as pessoas não estão, se calhar, a própria sociedade não está habituada a isto, (...), mas é mesmo uma coisa que acho que é muito importante (...) temos muito para oferecer, temos mais disponibilidade, temos mais tempo para estar com as pessoas para explicar as coisas (...)” (E5).

Na perceção destes enfermeiros o atual paradigma da saúde em Portugal, potenciado pela pandemia, restringe o potencial de ação da enfermagem. Acreditando estes participantes que existem áreas de atuação pouco exploradas, nas quais os enfermeiros poderiam ser significativos para as pessoas e desta forma contribuir para a melhoria da oferta de cuidados, tais como o apoio domiciliário, as teleconsultas de enfermagem e a parceria de cuidados, serviços que a instituição onde decorreu o estudo não apresenta.

Segundo Frawley et al. (2021), a pressão exercida sobre os sistemas de saúde irá, muito provavelmente continuar, tendo em consideração o impacto, ainda desconhecido, que a COVID-19 poderá provocar em termos físicos, mas também psicológicos no seio das populações e, assim a oferta de cuidados terá que acompanhar as necessidades em saúde, mas também deverá precaver possíveis barreiras de acesso, nomeadamente, com recurso à tecnologia (e.g. Teleconsultas), tal como foi apontado por este participante:

“(...) agora temos a videoconsulta, esta consulta acabou por aparecer um pouco tarde, devia ter sido mais cedo porque isso foi bom (...)” (E12).

3.3.1.1. Apoio domiciliário

Como fora salientado anteriormente, os condicionamentos à circulação impactaram no acesso aos cuidados de enfermagem (Moynihan et al.,2021). Desta forma, o apoio domiciliário foi apontado como uma oportunidade de melhoria da oferta de cuidados que poderia ter impacto ao nível do próprio acesso, uma vez que, os clientes receberiam os cuidados necessários no conforto do lar mais resguardados de possíveis infeções propiciadas pelo contacto com o elevado número de profissionais e clientes que se encontram diariamente nas instalações hospitalares:

“(...) se fosse possível, ... dar apoio ao domicílio a estas pessoas (...) devíamos poder ter uma equipa que pudesse ir a casa e, se calhar até tinha alguma vantagem (...) em termos de reabilitação eu acho (...) era uma das coisas que hospital podia apostar. Acho que devia mesmo a reabilitação respiratória é fundamental. Numa pós infeção, temos muitos doentes com comorbilidades graves, em termos respiratórios e reabilitação é mesmo fundamental e seria uma das coisas em que o hospital poderia apostar (...)” (E5).

Conforme o descrito por Parreira et al. (2020) e corroborado pela afirmação supracitada, os cuidados domiciliários, sobretudo durante os períodos de quarentena, demonstraram ser a única forma de acesso dos clientes aos cuidados de saúde. Para além das condicionantes na deslocação aos prestadores de cuidados previamente existente, neste contexto, também os familiares e cuidadores deixaram de ser uma alternativa para assegurar o transporte e acompanhamento aos serviços de saúde, uma vez que, em diversas situações também esses familiares e cuidadores se encontravam em condições de isolamento. Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem ao domicílio constitui-se o único meio para assegurar as necessidades em saúde dos clientes com constrangimentos na deslocação aos serviços de saúde por via da COVID-19.

Parreira et al. (2020) acrescenta que, a aposta em equipas de prestação de cuidados ao domicílio potenciaria a possibilidade de altas precoces, o que perante casos de maior procura de cuidados permite aos sistemas de saúde uma melhor gestão das suas unidades físicas. Na instituição onde decorreu o estudo, serviços como os de oncologia, saúde materna e obstetria e pediatria adotaram esta medida, com equipas de enfermagem em funcionamento 24 horas/7dias por semana, que após a prestação de cuidados domiciliários,

triavam a necessidade de encaminhamento para as unidades físicas de prestação de cuidados.

3.3.1.2. Videoconsulta

O modelo de resposta à pandemia passou pela promoção da utilização autónoma dos serviços de saúde por parte dos clientes. Os avanços tecnológicos, particularmente ao nível da telemedicina, aproximaram os serviços das pessoas, mesmo sem estas necessitarem de sair de casa. Este tipo de cuidados poderá reduzir custos e assegurar de igual forma o acesso a serviços de saúde de qualidade (Dias, 2021).

Segundo os participantes, o serviço de videoconsulta surgiu tardiamente no leque de serviços do hospital, no entanto, este deverá continuar a ser uma solução e, no futuro, ser diversificado na sua oferta:

“(...) agora temos a videoconsulta, esta consulta acabou por aparecer um pouco tarde, devia ter sido mais cedo porque isso foi bom. Nós tivemos algumas videoconsultas, acho que os clientes se sentiram seguros com isso (...) perspetivo que comecemos outra vez a conseguir chamar as pessoas, para voltar principalmente para os cuidados de saúde primários e não só para os urgentes e emergentes que também foram, assim, um bocadinho deixados para trás na pandemia. Penso que devia ser nisso que o hospital devia trabalhar.” (E12).

3.3.1.3. Parceria de cuidados

Uma das limitações impostas pela pandemia foi a impossibilidade dos clientes se fazerem acompanhar pelos seus familiares e cuidadores durante a prestação de cuidados intra-hospitalares. No contexto dos cuidados de enfermagem a parceria de cuidados saiu fortemente prejudicada com a pandemia, pois o facto dos clientes se encontrarem sozinhos no momento de uma alta hospitalar, ou numa consulta de enfermagem, por vezes, dificultava a compreensão dos cuidados, da gestão terapêutica e de todas as intervenções prescritas. Neste sentido, com o alívio das medidas e restrições para controlo pandémico, é esperado que os familiares e cuidadores possam, novamente, acompanhar os clientes durante a prestação de cuidados e desta forma se desenvolva uma parceria de cuidados que potencie os ganhos em saúde dos clientes:

“Penso que será mais fácil de futuro, principalmente porquê? porque há algumas

restrições que ainda são colocadas, por exemplo: na entrada dos acompanhantes, no facto de ter que vir uma pessoa sozinha (...) Quando esse género de restrições acabar, quando já não houver tanto risco em termos de medo de uma infeção respiratória etc... penso que isso vai facilitar porque será mais fácil os enfermeiros estarem a trabalhar em conjunto com o cliente e com a sua família (...)" (E1).

Segundo Frawley et al. (2021) a prestação de cuidados multidisciplinares e centrados na pessoa, isto é, focados no conjunto de necessidades, crenças e características individuais é fundamental para uma resposta eficaz à pandemia, mas também para a resposta às necessidades em saúde advindas à COVID-19.

As restrições elencadas no discurso anteriormente citado, de os clientes verem impossibilitada a presença dos seus familiares e cuidadores aquando da prestação de cuidados em contexto hospitalar, pode colocar em risco a manutenção de saúde dos clientes. Segundo Martins et al. (2012) a prestação de cuidados de enfermagem deve adotar uma visão holística na qual importa compreender que a doença afeta não só o indivíduo como também a sua família, pelo que se entende como essencial que os cuidados de enfermagem se dirijam não só ao indivíduo como também à sua família. Os mesmos autores referem que quando se envolver a família na promoção, manutenção ou restauração da saúde, a eficácia dos cuidados de saúde individuais é enfatizada.

Compreende-se assim que, a prestação de cuidados e a sua continuidade poderá ser otimizada assim que for possível retomar o modelo de oferta de cuidados em parceria com as famílias dos clientes, considerando que esta é essencial para a obtenção de melhores resultados em saúde.

3.3.2. Aumento da procura de cuidados

Com o progressivo regresso à normalidade, alavancado pela campanha de vacinação e pelo aumento da capacidade de testagem, os serviços de saúde conseguiram reestruturar-se para retomar a oferta de cuidados. No caso em estudo, a retoma da atividade cirúrgica, ainda que com todas as precauções recomendadas pelas autoridades de saúde e, a retoma das consultas de especialidade, fizeram com que os participantes percecionassem que o acesso aos cuidados de enfermagem tem vindo a retomar os níveis pré pandémicos:

"(...) o acesso e a procura têm vindo a aumentar (...) Então sim, houve um aumento ao nível de medicina, mas principalmente cirurgia, a produção aumentou." (E6);

"Eu acho que temos tudo para que corra bem, sinceramente. A verdade é que os

números é que falam. Nós somos procurados cada vez mais.” (E7);

“O que se nota é que já há um aumento da procura de cuidados de saúde, sejam de fisioterapia, cuidados médicos, cuidados de enfermagem, tudo. Já se nota que há uma maior procura por parte das pessoas.” (E9).

Acrescentando que esse aumento está intimamente ligado à manutenção de cuidados seguros:

“Acho que o facto de transmitirmos aos utentes uma sensação de segurança faz com que eles venham cá (...)” (E7);

“(...) acho que se mantivermos estes cuidados e os tornarmos rotina, as pessoas vão perder o receio e voltar a procurar os cuidados de enfermagem em maior número.” (E11).

Ao nível dos serviços de internamento, a perspetiva dos inquiridos é que aumente o número de internamentos, pois, o facto de alguns clientes terem enfrentado condicionantes no acesso aos cuidados durante os meses mais severos de pandemia, fez com que, nos casos dos doentes crónicos a sua condição de saúde se tivesse agravado, potenciando uma maior necessidade de cuidados:

“(...) os doentes deixaram de fazer os seus tratamentos (...) o tempo de internamento deve aumentar, porque esses doentes deixaram de fazer os seus tratamentos ... estão a começar a entrar na urgência (...)” (E10).

Conforme salientado pelos participantes, a procura de cuidados começou a aumentar e tenderá a aumentar, esta ideia vai ao encontro do postulado por Frawley et al. (2021) que afirmam que a procura de cuidados irá aumentar devido aos múltiplos impactos da COVID-19 na saúde da população, destacando as consequências ao nível da saúde mental, quer dos infetados, quer dos não infetados e até dos profissionais de saúde que vivenciaram este período pandémico com uma carga emocional sem precedentes.

3.3.3. Autonomia dos enfermeiros

A autonomia profissional dos enfermeiros tem sido, ao longo dos anos e da evolução da enfermagem, um tema importante para a compreensão e definição de objetivos e desafios impostos quer pelos sistemas de saúde, quer pela sociedade em geral. O desenvolvimento do regulamento do exercício profissional e a criação da ordem dos enfermeiros, com os seus

estatutos e código deontológico, constituíram-se como um marco na conquista da autonomia dos enfermeiros. A inclusão do curso de enfermagem na rede de ensino superior e universitário, o constante investimento na investigação e na procura pela melhoria da evidência científica e a predisposição para a frequência dos enfermeiros em graus académicos de maior diferenciação contribuíram para uma maior afirmação, tanto na dimensão académica como na dimensão profissional. No entanto, nos dias que correm os enfermeiros enfrentam dificuldades na justificação e no exercício da sua autonomia. Os sistemas de saúde parecem estar cada vez mais voltados para a produção de receita e obtenção de lucro, afastando-se do doente e do cuidado, sendo os tratamentos de cariz médico (cirurgias e consultas) os principais indicadores de produtividade e resultado. A transformação de papéis, funções, competências, responsabilidades e saberes pode ter causado algum desconforto no seio das equipas de saúde, uma vez que, os enfermeiros deixaram de estar sob alçada de outras classes profissionais. Ainda assim, há um longo percurso a percorrer e, cuja responsabilidade se centra nos próprios enfermeiros, de modo que abandonem os velhos hábitos associados ao modelo biomédico, onde a prática de enfermagem se centrava em intervenções interdependentes, resultantes de prescrições médicas, contrastante com o modelo de cuidados onde se pretende que os enfermeiros desenvolvam intervenções autónomas e sejam responsáveis pelos seus atos e prescrições. (Ribeiro, 2009).

Os enfermeiros participantes no estudo consideraram que no futuro poderão assumir uma posição de maior autonomia profissional que poderá contribuir para um aumento da oferta de cuidados e melhorar o acesso daqueles que se encontram em condições mais desfavorecidas.

Para além das intervenções interdependentes, os sujeitos referem que possuem competências para a prestação autónoma de cuidados. A maior oferta de consultas de enfermagem com vista a dar resposta às necessidades dos clientes é um desejo expresso, como se pode concluir dos testemunhos:

“Eu penso que é importante nós pensarmos que de facto os doentes podem vir a nós, a enfermagem, sem ter uma referenciação médica, acho que isso deve continuar, mas isso acrescenta responsabilidade ao enfermeiro (...)” (E2);

“Acho que era fundamental e é uma das coisas que falta um bocadinho no privado é o acesso às consultas de enfermagem. (...) nós temos a consulta da diabetes, mas acaba por ser a única consulta que temos aqui disponível e temos muito para oferecer” (E5).

Segundo Rosa et al. (2020), o ano de 2020, classificado pela OMS como o Ano Internacional

do Enfermeiro e da Enfermeira de Saúde Materna e Obstétrica (*International Year of the Nurse and the Midwife*), foi efetivamente um ano no qual os enfermeiros enfrentaram desafios sem precedentes no que concerne à prática segura e equitativa de cuidados. Na mesma publicação é referido que os enfermeiros, em diversas partes do mundo, constituem-se como a única referência acessível em termos de cuidados de saúde. Dada a sua importância, os enfermeiros têm procurado ao longo dos últimos tempos expandir a sua autonomia e o impacto no seio da saúde, alargando horizontes através da sua prática, investigação e educação. Mas também, ao nível da tomada de decisão, da reestruturação dos serviços de saúde com a introdução de novos e inovadores serviços que potenciem a sua contribuição e que lhes permitam atingir o seu pleno potencial.

Esta posição é salientada por Costa et al. (2021, p.3) que definem que:

“(...) autonomia profissional representa a liberdade que uma profissão tem, em relação a outros grupos, para controlar uma determinada área do conhecimento e executar o trabalho da maneira que achar conveniente, sem depender de outras profissões para a sua prática rotineira (...) é deste tipo de autonomia que se extrai o poder profissional, sendo necessário que ela seja articulada com outros aspetos que garantam a sua preservação e eficácia (...)”.

No entanto, os autores afirmam que a autonomia profissional de enfermagem se encontra limitada no seio das organizações devido à elevada carga de trabalho, à relação de conflito com o trabalho interdependente, às normas hospitalares pré-instaladas e às deficiências administrativas existentes. Para além disso, um outro entrave à autonomia profissional é o atual modelo de saúde que se centra na figura médica que leva a sociedade a não enaltecer de igual forma as restantes profissões.

O discurso dos participantes evidência que a autonomia profissional dos enfermeiros, na instituição onde se realizou o estudo, poderá ser potencializada.

A pandemia pela COVID-19 fortaleceu e impulsionou a profissionalização e a visibilidade de enfermagem, com a sociedade em geral e o poder político, em particular, a enaltecerem o papel dos enfermeiros na gestão pandémica. Esta demonstração da eficácia dos enfermeiros em contextos complexos, poderá ser o mote para o desenvolvimento contínuo da autonomia profissional.

CONCLUSÃO

A pandemia por COVID-19 ficará, com toda a certeza, marcada na história da humanidade, não só pela elevada mortalidade, mas também por tudo o que implicou em termos de reestruturação social, económica, política e, obviamente no campo da saúde. A “nova normalidade” resulta de um radical processo de alterações sistémicas e estruturais nas mais diferentes áreas quotidianas. A pandemia serviu para expor as fragilidades patentes nos sistemas de saúde nacionais e internacionais, demonstrando o verdadeiro custo do desinvestimento sucessivo de que o setor da saúde tem vindo a ser alvo.

A consagração da saúde como um direito humano, implica que os Estados governem com o objetivo de garantir o acesso das populações aos serviços de saúde sem que os determinantes sociais e económicos da saúde interfiram nesse mesmo acesso. No entanto, sabemos que as desigualdades de acesso persistem e que a equidade está ainda distante de se constituir uma característica presente nos diversos sistemas de saúde. No caso nacional, a materialização do acesso universal à saúde é concretizada através da ação do SNS, no entanto são identificadas dificuldades e disparidades no que diz respeito à equidade do mesmo, particularmente, ao nível financeiro e geográfico. Tais disparidades resultam no aumento da procura pelo setor privado cuja oferta visa colmatar as fragilidades do SNS, sobretudo ao prestar serviços indisponíveis no setor público ou, disponíveis em condições não satisfatórias (e.g. ausência de um cuidado numa determinada área geográfica; elevado tempo de espera), mas que, no entanto, não está acessível a todos os portugueses.

A COVID-19 enfatizou a necessidade de investimento na cobertura universal de saúde, ao demonstrar que perante uma situação de emergência pública, as necessidades em saúde da população não respeitam as fronteiras da oferta pública e privada. No caso desta pandemia, as condicionantes de acesso aos serviços de saúde expuseram não só os indivíduos diretamente afetados pela COVID-19, como também os restantes clientes de cuidados de saúde que viram o setor da saúde sobrecarregado e limitado em termos de resposta às suas necessidades. A cobertura universal poderá maximizar a segurança e o nível de saúde da população. Para tal, é necessário refletir sobre o atual conceito de Sistema de Saúde e maturá-lo com vista a um sistema que funcione enquanto rede prestadora de cuidados centrados no cliente, próxima das comunidades e que assegure a continuidade dos cuidados ao longo do tempo de tal forma que se evitem fragmentações, perdas ou até duplicações de cuidados.

Esta pandemia evidenciou a urgência de definição de abordagens sistémicas para desafios tão ou mais complexos quanto a COVID-19, que considerem a relação intrínseca entre a saúde e as suas consequências sociais e económicas. Os sistemas de saúde devem, por isso, fomentar a articulação entre os setores público, privado e social com vista ao alargamento

da cobertura enquanto garante do acesso equitativo à saúde, minimizando a ação dos DSS. Urge reformar o paradigma da saúde, com vista à criação de um sistema centrado no cliente, nos seus interesses e necessidades individuais e coletivas, alinhado com as características demográficas e epidemiológicas do país.

Os sistemas de saúde enfrentam hoje uma série de desafios que colocam em causa a sua eficiência e sustentabilidade, desafios esses potenciados pela pandemia da COVID-19. A nível demográfico o aumento da esperança média de vida acompanhado pelo aumento da prevalência de doenças crónicas, traduz-se na diminuição de contributos face às despesas com os beneficiários do sistema de saúde. Ao nível socioeconómico, o fenómeno da globalização acentua os níveis de concorrência internacionais, com aumento da despesa em saúde provocado pela disseminação de doenças mais complexas (e.g. disseminação de doenças tropicais) e pelo aumento de concorrência nos mercados de trabalho (e.g. profissionais qualificados). Ao nível clínico, os progressos científicos na área da saúde têm vindo a transformar doenças fatais em doenças passíveis de tratamento que consequentemente acarretam despesas maiores durante períodos de tempo mais duradouros. A resposta a estes desafios deverá passar pela reforma dos sistemas de saúde, apostando em sistemas híbridos que conjuguem os modelos bismarckiano e beveridgiano. Ou seja, por um lado o Estado deverá assumir maior importância no financiamento e na gestão operacional, assegurando o acesso aos mais desfavorecidos e a sustentabilidade do sistema, ao passo que o setor privado deverá apostar na descentralização de serviços, sobretudo a nível local, promovendo modelos e dinâmicas concorrenciais que estimulem a eficiência de todo o sistema. Com efeito, as reformas nos sistemas de saúde devem visar a garantia universal de acesso, assegurando que toda a população acede de uma forma equitativa aos cuidados de saúde, isto é, independentemente dos seus recursos e condições todos os indivíduos devem beneficiar de cuidados de saúde atempados e de qualidade sempre que necessário.

Relativamente ao impacto no acesso aos cuidados de enfermagem, naturalmente que, a perceção não difere muito do panorama mais abrangente da saúde. As alterações provocadas pela pandemia na organização e planeamento da saúde repercutiram-se nos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros perceberam o aumento e o agravamento de doenças crónicas provocados pelas restrições no acesso às consultas de enfermagem que, contribuem para gestão da doença e do regime terapêutico, como uma das principais consequências da alteração no acesso aos cuidados de saúde provocada por esta pandemia, uma vez que os recursos existentes foram maioritariamente alocados à sua debelação. Por outro lado, referiram que as orientações, que se concretizaram no adiamento da atividade cirúrgica programada, provocaram uma diminuição acentuada da atividade dos hospitais do setor privado, cujo “*core business*” se centra precisamente na atividade cirúrgica não urgente, com consequência direta na prestação de cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros afirmaram, ainda, que o acesso aos cuidados de enfermagem foi afetado

pelo medo que os clientes tinham em deslocar-se ao hospital. De uma forma genérica, o ser humano desenvolve o sentimento de medo perante o desconhecido e incerto, neste caso tratando-se de uma pandemia provocada por um agente desconhecido pela comunidade científica e que em tão pouco tempo assumiu uma dimensão tão devastadora propiciou, naturalmente o sentimento geral de medo. Apesar de todos os esforços realizados pelo hospital para potenciar a segurança dos cuidados, através da reestruturação dos serviços (e.g. separação da urgência geral e urgência de sintomas respiratórios); da implementação de circuitos (e.g. implementação de circuitos internos e equipas de gestão de circuitos); da triagem de sintomas compatíveis e antecedentes nas entradas do hospital, os clientes levados pelo medo de ao procurem cuidados estarem mais suscetíveis ao contacto com indivíduos infetados com a COVID-19 parecem ter optado por adiar a procura de serviços de saúde, com repercussões ainda não totalmente previsíveis, mas que se pensa poder originar um aumento do número de patologia oncológica e crónica não diagnosticada e tratada atempadamente, com previsível aumento da morbilidade e da mortalidade a curto e longo prazo.

Para além disso, um outro aspeto referido pelos participantes no estudo, como fator condicionante do acesso aos cuidados de enfermagem foi o impacto económico da COVID-19 nos clientes que recorrem ao setor privado. Como sabemos, estes clientes, quanto ao financiamento, utilizam seguros privados voluntários, seguros sociais ou recorrem a pagamentos “*out-of-pocket*”, característica que, por si só, já condiciona o acesso à saúde, uma vez que uma parte da população não possui seguros privados ou sociais, nem tem capacidade para assumir a totalidade das despesas em saúde. Mas, este impacto económico sobre os clientes deveu-se, por um lado, ao facto das instituições de saúde aumentarem os custos com os cuidados devido à utilização de EPI, à necessidade de realização de testes de despiste da doença e, também, às características da doença que proporcionava, habitualmente, internamentos mais prolongados, implicando, muitas vezes, a utilização de intervenções dispendiosas, como a ventilação mecânica. Por outro, a recusa ou demora na atualização das participações destas despesas pelos seguros levou ao aumento das despesas aquando da procura por cuidados. Assim, os clientes viram-se obrigados a assumir os encargos relativos aos *packs* de EPI utilizados pelos profissionais de saúde aquando da prestação dos cuidados, os custos dos testes PCR obrigatórios em caso de cirurgia ou internamento e também em episódios de urgência quando a sintomatologia apresentada era sugestiva da infeção pela COVID-19. Este aumento dos custos associados à insegurança terá feito com que os clientes repensassem a sua procura por cuidados de saúde privados, levando à diminuição da procura dos cuidados de enfermagem.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, no exercício da sua atividade profissional vivenciaram sentimentos de medo, stress e ansiedade, apontados pelos participantes como sentimentos e sensações predominantes no seio das equipas. Estes profissionais lidam, desde março de 2020, com uma doença que, numa fase inicial, ninguém sabia o que era, o que poderia causar e sobretudo como a tratar. Esta incerteza provocou

medo e ansiedade nos profissionais que, no entanto, continuaram a exercer a sua profissão, expostos ao vírus, à dor e ao sofrimento dos doentes, sendo mesmo a única visita destes durante largos períodos. Segundo os participantes o fator que mais os desgastou durante o combate à pandemia foi a possibilidade de se infetarem e conseqüentemente de infetarem os familiares conviventes. Na tentativa de atribuir mais conforto e aumentar a segurança dos profissionais de saúde e seus familiares, a instituição de saúde em estudo, disponibilizou residências para aqueles que necessitassem.

Apesar de todo o impacto negativo provocado pela pandemia, os enfermeiros referiram que foi possível extrair aspetos positivos do combate à COVID-19. Estes afirmaram que graças à reorganização vivida nos diferentes serviços, à atualização do conhecimento promovida pela instituição e à implementação de normas e circuitos, os cuidados prestados melhoraram, em particular no que respeita ao controlo de infeção, com a implementação de procedimentos como o cuidado com a higienização das mãos, a assepsia durante a prestação de cuidados, as medidas de etiqueta respiratória, o respeito pela utilização de EPI. Estas medidas, para além de se terem configurado imprescindíveis no controlo eficaz da pandemia poderão também surtir efeitos benéficos na prevenção de outras infeções iatrogénicas pelo que, são práticas que os profissionais de saúde adotaram e que agora devem manter com vista à prevenção de situações futuras.

Relativamente ao futuro, os intervenientes acreditam que com a “nova normalidade” que vamos vivendo a produção do hospital irá regressar ao nível pré pandémico. Afirmaram, ainda, que consideram que a procura por cuidados irá superar os valores pré pandémicos. Esta afirmação é sustentada pela quantidade de cirurgias que foram canceladas e adiadas durante o último ano e meio e que à data já poderão ser realizadas. Como referido anteriormente, os cuidados de enfermagem, em contextos privados são altamente dependentes da produção médico-cirúrgica, pelo que se adivinha que a retoma da atividade cirúrgica conduza ao aumento da prestação de cuidados de enfermagem.

Por último, os enfermeiros apontaram que os cuidados de enfermagem são subvalorizados no seio dos cuidados de saúde. Estes participantes acreditam que o enfermeiro deve ter mais autonomia na medida em que possui as condições necessárias (conhecimentos e competências) para assumir cuidados autónomos. Os enfermeiros como agentes de saúde e peça fulcral do sistema de saúde poderão atuar como meio promotor de saúde. O incremento dos cuidados autónomos poderá resultar num aumento da oferta de cuidados, e na redução das disparidades no acesso, contribuindo para uma resposta atempada às necessidades em saúde.

Cumprе salientar que, após a concretização das entrevistas fica patente que a generalidade dos enfermeiros não está ciente do potencial que possui, enquanto agentes de saúde para a promoção do acesso equitativo aos seus cuidados. Muitos inquiridos não dominam os conceitos de equidade, oferta e acesso aos cuidados, o que se verificou ser um fator dificultador da consciencialização do seu papel na promoção da equidade de acesso a

cuidados de saúde, especificamente aos cuidados de enfermagem autónomos. Esta situação compromete a concretização de um papel ativo e promotor do desenvolvimento quer da profissão, quer do sistema de saúde. O enfermeiro é responsável para com a comunidade de promover a saúde e responder adequadamente às suas necessidades em cuidados de enfermagem, pelo que, considero essencial o domínio destes conceitos com vista à garantia de um acesso equitativo aos cuidados de enfermagem.

Desta forma, considerando o objetivo deste estudo, importa referir que, a nível desta instituição privada, a COVID-19 foi responsável pela diminuição da procura de cuidados de enfermagem. Esta procura foi condicionada por diferentes aspetos. Do ponto de vista do cliente, o medo em contrair a infeção ao procurar cuidados de saúde numa instituição hospitalar e o aumento dos custos associados aos cuidados provocados pelo aumento das despesas hospitalares relacionadas com o controlo de infeção (e.g. EPI, higienização, testagem, distanciamento social) comportaram-se como verdadeiros fatores condicionantes do acesso aos cuidados de enfermagem. Por outro lado, as orientações das entidades que regulamentam a saúde em Portugal obrigaram à diminuição da oferta, uma vez que, numa fase inicial do combate à pandemia, a atividade cirúrgica programada foi suspensa de forma que todos os profissionais se centrassem no tratamento e diagnóstico de doentes COVID-19.

Como dita a ciência, esta investigação não cessa em si mesma, pretendendo-se que seja apenas o ponto de partida para futuros estudos. Sugere-se o aprofundamento do impacto provocado pela COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem noutras instituições, bem como uma possível comparação entre o impacto causado no setor privado e público. Ficou patente ao longo da realização deste estudo a insuficiência de dados e estudos relativos aos cuidados de enfermagem o que leva a sugerir, numa tentativa de estimular a comunidade científica, que futuros estudos se debrucem sobre o acesso aos cuidados de enfermagem, fator essencial para a garantia da sustentabilidade e eficiência dos sistemas de saúde, como ficou comprovado durante o combate à COVID-19.

A realização deste estudo enfrentou diversas limitações. Como já referido, a ausência de estudos nesta área dificultou o enquadramento necessário para um estudo deste cariz. Por outro lado, a própria pandemia conseguiu condicionar este processo de investigação quer pela novidade causada, quer pelo seu impacto que desajustou a capacidade de resposta de todos os intervenientes. Para além disso, considerando a natureza qualitativa deste estudo, não é possível generalizar resultados, atendendo às características e dimensões da amostra utilizada. Contudo, como é sabido o foco de uma investigação de cariz qualitativo não é a generalização de resultados, mas antes a compreensão profunda de problemáticas relativas à temática em análise.

A presente investigação pretendeu contribuir para melhorar o conhecimento sobre o impacto desta pandemia que marca a história moderna. Este trabalho visou também atribuir reconhecimento ao conjunto de profissionais, que mesmo condicionado, contribuiu de forma incessante para o combate à pandemia, procurando estar ao lado daqueles que mais

necessitavam, de resto, tal como já faziam antes da COVID-19.

O aprofundamento desta temática, numa era em que muito se teoriza sobre o futuro dos sistemas de saúde, evidencia a importância da gestão em enfermagem, como forma de organizar, estruturar e conduzir equipas e serviços à melhoria da prática, contribuindo para a excelência do exercício profissional que deverá ter como missão a prestação equitativa de cuidados de enfermagem significativos para as pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta. https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%20%281%c2%aa%20edi%c3%a7%c3%a3o_atualizada%29.pdf.
- American Hospital Association. (2020). Hospitals and health systems face unprecedented financial pressures due to COVID-19. <https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/05/aha-covid19-financial-impact-0520-FINAL.pdf>
- Antequera, A., Lawson, D., Noorduyn, S., Dewidar, O., Avey, M., Bhutta, Z., Chamberlain, C., Ellingwood, H., Francis, D., Funnell, S., Ghogomu, E., Greer-Smith, R., Horsley, T., Juando-Prats, C., Jull, J., Kristjansson, E., Little, J., Nicholls, S., Nkangu, M., ... Welch, V. (2021). Improving social justice in COVID-19 health research: Interim guidelines for reporting health equity in observational studies. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 18(9357). <https://doi.org/10.3390/ijerph18179357>
- Assembleia da República. (2005). Constituição da República Portuguesa, VII Revisão Constitucional. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barros, P. (2019). *Economia da saúde: Conceitos e comportamentos*. Edições Almedina, S.A.
- Carmo, R., Tavares, I., & Cândido, A. (2020). *Um olhar sociológico sobre a crise Covid-19 em livro*. Observatório das Desigualdades, CIES-Iscte. <https://www.observatorio-das-desigualdades.com/observatoriodasdesigualdades/wp-content/uploads/2020/12/UmOlharSociolo%CC%81gicoSobreaCriseCovid19emLivro.pages.pdf>
- Coate, S. (1995). Altruism, the Samaritan's Dilemma, and Government Transfer Policy. *The American Economic Review*, 85(1), 46–57. <http://www.jstor.org/stable/2117995>
- Conselho Nacional de Saúde. (2020). *Portugal e a resposta à Covid-19: A posição do*

Conselho Nacional de Saúde e o contributo das entidades que o constituem.
https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/CNS_Reflexao-Conselho-Nacional-Saude-resposta-COVID-19.pdf

Costa, R., Santos, R., & Costa, L. (2021). Autonomia profissional da enfermagem em tempos de pandemia. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 42.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200404>

Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.*
https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

Cunha, A. (2021, janeiro). *Consulta Externa 2020* [Apresentação]. Porto, Portugal.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199. 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>

Decreto-lei n.º 37/2022 de 27 de maio, da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 103/2022 – Série I, 3-4.
<https://files.dre.pt/1s/2022/05/10300/0000300004.pdf>

Decreto-lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 169/2019 – Série I, 55-66.
<https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
<https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Despacho de 2020 do Gabinete da Ministra da Saúde.
<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765130394e4c7a6c445579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a566d4e3251304d6d566c4c54466b4e6a51744e44426a596931695a54557a4c545a6c4d4459794d44566b597a6b324e6935775a47593d&fich=5f7d42ee-1d64-40cb-be53-6e06205dc966.pdf&Inline=true>

Despacho n.º 574-A de 13 de janeiro de 2021 do Gabinete da Ministra da Saúde. Diário da República: II série, N.º 8.
<https://files.dre.pt/2s/2021/01/008000001/0000300004.pdf>

Dias, C. (2021). *Pandemia Resiliência do Sistema de Saúde*. Almedina.

- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
- Dover, D., & Belon, A. (2019). The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. *International journal for equity in health*, 18(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0935-0>
- Eira, A. (2010). *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados* (Tese de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26931/2/A%20saude%20em%20Portugal%20%20A%20procura%20privada%20de%20cuidados%20de%20saude%20%20A%20na%20Eira.pdf>
- Fernandes, A. (2015). *A Combinação Público-Privado em Saúde: impacto no desempenho do sistema e nos resultados em saúde no contexto português* (Tese de doutoramento, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/11624/4/ACF%20Tese.pdf>
- Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2008). *The economics of health and health care*. Pearson Education, Inc.
- Fortin, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Frawley, T., Van Gelderen, F., Somanadhan, S., Coveney, K., Phelan, A., Lynam-Loane, P., & De Brún, A. (2021). The impact of COVID-19 on health systems, mental health and the potential for nursing. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 38(3), 220-226. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.105>
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/EA1.pdf>
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health.

Journal of Political Economy, 80, 223-255.
<https://mgrossman.ws.gc.cuny.edu/files/2017/06/conceptofhealthcap.pdf>

Health Cluster Portugal. (2020). *Estudo sobre a organização e financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*.
<https://pt.surveymonkey.com/r/EstudoHCPsumario-executivo>

International Council of Nurses. (2011). *Combater a desigualdade: Melhorar o acesso e equidade*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8907/kit_die_2011_net.pdf?fbclid=IwAR3RiH0aGTLL2zQojXGBIwKcmFXcgzW31FgC4QfpYbANKUHd5t2DSdq77R4

International Council of Nurses. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*.
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

Junior, A., & dos Santos, P. (2020). A experiência de um curso sobre saúde do trabalhador em uma perspectiva ampliada para estudantes de um curso técnico integrado ao ensino médio. *Revista Brasileira Da Educação Profissional E Tecnológica*, 2(19). <https://doi.org/10.15628/rbept.2020.9596>

Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 370(9593), 1153–1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)

Martins, M., Fernandes, C., & Gonçalves, L. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 685-690. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400020>

Matias, A. (1995). *O Mercado de cuidados de saúde*. https://apes.pt/wp-content/uploads/2015/05/dt_051995.pdf?fbclid=IwAR0yOGUpTKjaPy3u1IhrvzbZoi3uFBNXzyHrDtz-h2Tc18EJ-rsnY-qnkMU

Miguel, J. & Bugalho, M. (2002). Economia da saúde: novos modelos. *Análise Social*, 38 (166), 51-75.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/28441/1/Economia_saude.pdf

Ministérios dos Negócios Estrangeiros. (2017). Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/Portugal2017.pdf>

- Moynihan, R., Sanders, S., Michaleff, Z. A., Scott, A. M., Clark, J., To, E. J., Jones, M., Kitchener, E., Fox, M., Johansson, M., Lang, E., Duggan, A., Scott, I., & Albarqouni, L. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ open*, 11(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045343>
- Nunes, J. (2011). Os mercados fazem bem à saúde? O caso do acesso aos cuidados. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 95, 137-153. <https://doi.org/10.4000/rccs.4427>
- Organização das Nações Unidas, (2015). *The Millennium Development Goals Report*. [https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Cuidados primários de saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *The World Health report 2000: Health systems: Improving performance*. https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practise: A report of the World Health Organization*. https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Everybody business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *What are the social determinants of health?*. www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement: Framework for country action*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Saúde um direito humano Relatório primavera 2019*. <https://www.adeb.pt/files/upload/artigos/relatorio-primavera-saude-mental->

2019.pdf?fbclid=IwAR2iuYjFOj5OkDROwYl2N_LM_UAoldGco-
XyjfDhxumnACdTEjAwg77rlY

- Oxfam International. (2021). *The inequality virus*. <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621149/bp-the-inequality-virus-250121-en.pdf>
- Parreira, S., Ribeiro, G., Coelho, J., & Borges, L. (2020). Cuidados de Enfermagem em Tempos de Pandemia: Uma Realidade Hospitalar. *Gazeta Médica*, 7(2), 165-170. <https://orcid.org/0000-0001-9426-9200>
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. Artmed
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva Publicações
- Ramos, M., Galhardo, A., Cunha, M., & Massano-Cardoso, I. (2021). Medo de contrair COVID-19: Estudo de validação da Fear of Contracting COVID-19 Scale em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 7(2), 1-16. <https://doi.org/10.31211/rpics.2021.7.2.215>
- Regulamento Normativo n.º 101/2015d do Ministério da Saúde*. (2015): Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário Da República, 2.a Série, n.º 48, 5948–5952. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2015/06/04/p/dre/pt/html>
- Ribacke, J., Saulnier, D., Eriksson, A., & von Schreeb, J. (2016). Effects of the West Africa Ebola virus disease on health-care utilization - A systematic review. *Frontiers in public health*, 4(222). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00222>
- Ribeiro, J. (2009). *Autonomia profissional dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20083/2/AUTONOMIA%20PROFISSIONAL%20DOS%20ENFERMEIROS%20%20JORGE%20RIBEIRO.pdf>
- Rosa, E., Binagwaho, A., Catton, H., Davis, S., Farmer, E., Iro, E., Karanja, V., Khanyola, J., Moreland, J., Welch, C., & Aiken, H. (2020). Rapid Investment in Nursing to Strengthen the Global COVID-19 Response. *International journal of nursing studies*, 109. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103668>

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2021). Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. *ELSEVIER*, 194(110620). <http://hdl.handle.net/10400.26/35073>
- Santos, C. (2012). *Disparidades na Distribuição Geográfica de Recursos de Saúde em Portugal*. (Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20740/1/C%C3%A1tia%20de%20Brito%20Gon%C3%A7alves%20dos%20Santos.pdf>
- Santos, P., Saraiva, J., Mesquita, E., & Silva, M. (2021). *O impacto da Covid-19 na saúde mental da população portuguesa*. https://www.ordendopsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_e_saaod_e_mental.pdf
- Simões, J., & Fronteira, I. (2019). Ciclos políticos, em Portugal, e papel do estado e dos setores privado e social, na saúde. *e-Pública*, 6(1), 4-14. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/epub/v6n1/v6n1a02.pdf>
- Sousa, D. (2020). *A crise do COVID-19 e a importância de uma política europeia de saúde*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130379/2/431621.pdf?fbclid=IwAR3Lx1xwsJ0lraMngdT9g7qgfar0pj_zvN7nPCYW8EmvCMukulgh_EkcOlw
- Sousa, P. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700009>
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. Lusodidacta.
- Williams, A. (1979). One Economist's View of Social Medicine. *Epidemiology and Community Health*, 33(1), 3-7. <http://www.jstor.org/stable/25566063>

ANEXO I - GUIÃO DA ENTREVISTA



Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Saúde

Tema: Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem, numa instituição privada: perceção dos enfermeiros

Objetivos:

- Identificar a perceção dos enfermeiros sobre o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem, na instituição.
- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre impacto da COVID-19 na prática dos cuidados de enfermagem
- Identificar as expectativas futuras relacionados com o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem, na instituição.

Guião de entrevista

| | |
|---------------|-----------|
| Entrevista nº | Data: / / |
| Início às: | Fim às: |

PARTE I

Caraterização sociodemográfica e profissional do participante

- A. Idade: ____anos completos
- B. Sexo: Feminino / Masculino
- C. Estado civil: Solteiro(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Viúvo(a) / Outro
Qual? _____
- D. Habilitações literárias: Licenciatura / Mestrado / Doutoramento
- E. Experiência profissional: ____anos completos
- F. Tempo na categoria atual: ____anos completos
- G. Experiência na área da gestão: ____anos completos

H. Formação em gestão: Pós-Graduação / Pós-licenciatura /Mestrado
 Doutoramento / Outra Qual? _____

I. Competência acrescida avançada na área da Gestão: Sim /Não
 Porquê? _____

PARTE II

Blocos Temáticos

| Designação dos blocos | Objetivos Específicos | Ações/ Perguntas orientadoras | Observações |
|----------------------------------|------------------------------|---|---|
| Legitimação da Entrevista | Legitimar a entrevista | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do investigador; • Esclarecer o tipo de estudo; • Esclarecer sobre o objetivo da entrevista; • Pedir autorização de áudio-gravação. | Esclarecimento de dúvidas. |
| | Motivar o entrevistado | <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre a importância da participação do participante. | Garantir a ausência de juízos de valor. |
| | Utilizar os dados recolhidos | <ul style="list-style-type: none"> • Garantir que os dados recolhidos serão analisados de forma a manter a confidencialidade e o anonimato; | Assinatura do consentimento informado. |

| Designação dos blocos | Objetivos Específicos | Ações/ Perguntas orientadoras | Observações |
|---|--|--|-------------|
| I- Caracterização do participante | Caraterizar os participantes do estudo | Recolher dados para a caraterização sociodemográfica e profissional do participante. | |
| II. Perceção sobre o impacto da COVID 19 no acesso aos cuidados de enfermagem | Identificar a perceção dos enfermeiros sobre o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem, na instituição. | <ol style="list-style-type: none"> 1. O que entende por COVID-19? 2. Como é que esta pandemia modificou a organização do serviço onde exerce funções? 3. A reorganização do serviço foi um fator facilitador ou dificultador do acesso aos cuidados de enfermagem? 4. Pensa existirem diferenças no acesso aos cuidados de enfermagem antes e durante a pandemia? 4.1 e sim, quais? | |

| Designação dos blocos | Objetivos Específicos | Ações/ Perguntas orientadoras | Observações |
|--|--|--|---|
| III- Impacto da COVID-19 na prática de cuidados de enfermagem | Analisar a perceção dos enfermeiros sobre impacto da COVID-19 na prática dos cuidados de enfermagem; | <ol style="list-style-type: none"> 5. Na sua perspetiva o que mudou na sua prática de cuidados durante esta pandemia? 6. Que fatores organizacionais considera terem contribuído para a mudança da prática de cuidados? <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Como é que esses fatores interferiram na sua prática de cuidados? 7. Na sua perspetiva que fatores não organizacionais interferiram na prática de cuidados? <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Como é que esses fatores interferiram na sua prática de cuidados? 8. Que oportunidades de melhoria propunha para os fatores intervenientes na prática de cuidados de enfermagem? | Atender ao limite de tempo da entrevista. |

| Designação dos blocos | Objetivos Específicos | Ações/ Perguntas orientadoras | Observações |
|---|---|--|---|
| IV. Expectativas futuras relacionadas com o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem | Identificar as expectativas futuras relacionados com o impacto da COVID- 19 no acesso aos cuidados de enfermagem, na instituição. | 1. Como perspectiva o futuro no que respeita à melhoria do acesso aos cuidados de enfermagem na instituição? | Atender ao limite de tempo da entrevista. |

| Designação dos blocos | Objetivos Específicos | Ações/ Perguntas orientadoras | Observações |
|------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------|
| Término da entrevista | Recolher informações complementares | 1. Gostaria de comentar ou adicionar mais algum aspeto sobre o tema abordado? | Esclarecer dúvidas |
| | Agradecer a participação | Apresentar um agradecimento final | |

ANEXO II - CONSENTIMENTO INFORMADO



Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

Declaração de Consentimento

Designação do estudo: “Impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de enfermagem, numa instituição privada: perceção dos enfermeiros”

Eu abaixo-assinado,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter prejuízo na minha prática.

Por isso, consinto que me seja efetuada a entrevista proposta pelo investigador.

Data: __/_____/20__

Assinatura do enfermeiro: _____

O Investigador responsável:

Nome: Luís Miguel Oliveira da Silva Lachado

Assinatura: _____