



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

UISEU

Instituto de Gestão e das Organizações da saúde

Mestrado em Gestão – Especialização em Gestão e Administração de
unidades de saúde

*COVID19: PERCEÇÃO DA GESTÃO DA MUDANÇA NOS ENFERMEIROS
DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS EM ANGOLA*

Elizabeth Jandira Marciano António Castelo

Orientação: Professora Doutora Ana Vanessa Antunes

Visu, novembro de 2021



CATÓLICA

INSTITUTO DE GESTÃO E DAS ORGANIZAÇÕES DA SAÚDE

VISEU

*COVID19: PERCEÇÃO DA GESTÃO DA MUDANÇA NOS ENFERMEIROS
DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS EM ANGOLA*

Dissertação apresentada na Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em Gestão, Especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde

Elizabeth Jandira Marciano António Castelo

Orientação: Professora Doutora Ana Vanessa Antunes

Viseu, novembro de 2021

Não é o mais forte quem sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças.

Leon C. Megginson, 1963

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer á Deus, pela força nesta caminhada difícil e eu declaro que a tua palavra se cumpre na vida daqueles que confiam em ti (Jeremias 29.11).

Nesta jornada difícil foram várias pessoas de quem recebi apoio e não podia deixar de expressar a minha tamanha gratidão.

Começo por agradecer ao meu esposo Domingos Castelo, pelo incentivo incondicional de voltar a estudar e pela força diária que tem me dado para a chegada deste grande dia.

Às professoras Doutoradas Ana Vanessa Antunes (orientadora) e a Doutora Célia Ribeiro (Co-Orientadora), pela forma como souberam levar-me ao caminho mais acertado para o enriquecimento deste trabalho, todas dúvidas esclarecidas da forma mais sábia possível, o meu muito obrigado.

Ao Professor Doutor Paulo Pereira (coordenador do curso de mestrado), pela disponibilidade sempre em tudo quanto precisei para a realização do estudo.

Aos meus colegas do curso em especial a Elizabeth Figueiredo pela força de incentivo, motivação, esclarecimento de todas as dúvidas que apresentei durante este processo.

A Sandrina Sobral, pelo apoio incondicional, todas as dúvidas esclarecidas o meu muito obrigado.

A minha mãe e os meus filhos pela paciência das vezes que me estressei por conta do trabalho, pelo apoio, pela força, vocês são os meus melhores tesouros aqui na terra.

Ao conselho dos serviços académicos da CSE em especial o médico chefe da unidade de cuidados intensivos Doutor Ermelindo Filipe, pela pronta intervenção na preocupação da recolha dos dados e em tudo que precisei durante esta caminhada.

Aos enfermeiros da CSE que aceitaram participar no estudo em especial o chefe de enfermagem (Botelho) e a enfermeira Vânia lenir, por tudo que fizeram para que hoje está formação se tornasse uma realidade.

Aos meus amigos, a minha família de forma geral o meu muito obrigado a todos.

RESUMO

Ciente que a comunidade científica em todo mundo está em processo de aprendizagem sobre a pandemia da Covid19 todo contributo para facilitar o esclarecimento e gestão da mudança nos serviços é importante, visto que o processo é recente por isso há necessidade de investigação (Viriato & Gonçalves, 2020).

A presente dissertação pretende perceber a experiência pessoal vivida pelos enfermeiros durante a pandemia da Covid19. Para o efeito foi realizada uma investigação qualitativa, seguindo o método fenomenológico, do tipo descritivo, exploratório e transversal, com o objetivo de caracterizar a perceção que a gestão da mudança durante a pandemia da Covid19 teve nos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos de Angola. O instrumento de recolha dos dados foi feito, através da análise documental e realização de entrevistas com perguntas semiestruturadas. A nossa amostra foi constituída por 26 enfermeiros. A análise dos dados baseou-se na análise de conteúdo recorrendo ao software Nvivo12.

Os resultados demonstram que a amostra é composta por maioritariamente mulheres, a idade média dos participantes é de 36 anos de idade, licenciados, vida conjugal ativa e com filhos, com mais de seis anos de trabalho de enfermagem e menos de cinco anos em experiência em Unidade de Cuidados Intensivos. O impacto na vida dos enfermeiros foi: financeiro, social, saúde é emocional. No contexto laboral trouxe mudanças nos seguintes aspetos: alteração nos horários e escala de trabalho, divisão da unidade de trabalho, aumento das medidas de segurança, formação continua, equipamentos novos e aumento de pessoal de enfermagem. O impacto na carreira profissional foi: medo, juramento profissional, excesso de trabalho e desafios novos.

Por fim percebeu-se que a pandemia da Covid19 teve impacto na vida dos enfermeiros de forma emocional, aumento de medidas de segurança e o juramento profissional.

Palavras-chave: Covid19, gestão da mudança, enfermagem em UCI.

ABSTRAT

Aware that the scientific community around the world is in the process of learning about the Covid pandemic19, every contribution to facilitate the clarification and management of change in services is important, since the process is recent, so there is a need for research (Viriato and Gonçalves, 2020).

This dissertation aims to understand the personal experience lived by nurses during the Covid pandemic19. For this purpose, a qualitative investigation was carried out, following the phenomenological method, descriptive exploratory, and cross-sectional, with the objective of characterizing the perception that the management of change during the Covid pandemic19 had in the nurses of an Intensive Care Unit of Angola. The data collection instrument was made through document analysis and interviews with semi-structured questions. Our sample consisted of 26 nurses. Data analysis was based on content analysis using Nvivo12 software.

The results show that the sample is mostly women, the average age of the participants is 36 years old, graduates, active married life and with children, with more than six years of nursing work and less than five years of experience in Intensive Care Unit. The impact on nurses' lives was: financial, social, health and emotional. In the work context, it brought changes in the following aspects: changes in hours and work schedule, division of the work unit, increase in safety measures, continuous training, new equipment, and an increase in nursing staff. The impact on the professional career was: fear, professional oath, overwork, and new challenges.

Finally, it was noticed that the Covid 19 pandemic had an emotional impact on nurses' lives, increased safety measures and professional oath.

Keywords: Covid19, change management, UCI nursing

SIGLAS E ABREVIATURAS

AACN - American Association of Critical Care Nurses.

CIH – Controlo de Infeção Hospitalar.

COVID19 – Doença causada por Coronavírus, 2019.

CSE - Clínica Sagrada Esperança.

ECDC - Centro Europeu do Controlo de Doenças.

EPI's - Equipamentos de Proteção Individual.

EUA - Estados Unidos da América.

MERS – Síndrome Respiratória do Oriente Médio.

MINSÁ - Ministério da Saúde (Angola).

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas.

PCR – Reação em Cadeia da Polimerase.

QV - Qualidade de Vida.

SARS -COV-2- Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus- 2.

SWAB Nasal – Método para coletar uma amostra para teste clínico de secreções nasais da parte posterior do nariz e da garganta.

SNS - Serviço Nacional de Saúde.

TC - Tomografia Computadorizada.

UE - União Europeia.

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos.

UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

WHOQOL – Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde.

Índice

Lista de abreviaturas	VII
Índice de figuras	XII
Índice de tabelas	XIII
Introdução	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
CAPÍTULO 1 - A Pandemia da COVID19.....	4
1.1. Conceito de Pandemia	4
1.1.1. Origem da COVID19 e Disseminação	5
1.2. Impacto da COVID19 na Saúde Pública e nos Sistemas de Saúde	7
1.2.1. Impacto na economia e finanças dos serviços públicos e saúde mundial.....	9
1.3 Impacto da Covid19 na Saúde Pública de Angola	10
1.3.1. Despacho presidencial de Angola no combate á pandemia da Covid19.....	13
1.3.2. Saúde pública em Angola em tempo de Pandemia da Covid19.....	14
CAPÍTULO 2- Gestão da Mudança e Os Sistemas de Saúde	15
2.1. Gestão da Mudança	15

2.1.1. Tipologia de mudança organizativa	18
2.1.2. Modelos e implementação na gestão da mudança numa organização	18
2.1.3. Níveis de mudança organizativa	20
2.1.4. Mudanças implementadas nas empresas da UE durante a pandemia da Covid19.....	23
2.1.5. Fatores que desencadeiam a resistência á mudança	23
2.1.5.1. Fatores psicológicos resistência á mudança.....	25
2.1.5.2. Fatores organizacionais a resistência á mudança.....	26
2.2. Reorganização dos Sistemas e Serviços de Saúde	28
2.2.1. Medidas implementadas em serviços de saúde pública	30
2.2.2. Medidas implementadas para as consultas presenciais no SNS.....	32
2.3. O Caso de Angola	33
2.3.1. Medidas de mitigação no SNS de Angola.....	33
2.3.2. Clínica sagrada esperança e a Pandemia	34
CAPÍTULO 3- A Qualidade e Vida dos Enfermeiros durante a Pandemia da COVID19.....	36
3.1. Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos	36
3.1.1. Trabalho de enfermagem em UCI em tempo de pandemia	42
3.1.2. Decisões clínicas na prática de enfermagem	46
3.1.3. Tipos de doentes admitidos na UCI da CSE.....	47
3.2. Dimensões da Qualidade de vida	49

3.3 Fatores que Influenciam a Qualidade de Vida dos Enfermeiros	52
3.3.1. Realização pessoal e profissional dos enfermeiros durante a pandemia	53
3.3.2. Desenvolvimento da carreira de enfermagem em tempo de pandemia	54
3.3.3. Reconhecimento e valorização de enfermagem em tempo de pandemia	55
PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	58
CAPÍTULO 4 – A Investigação e Metodologia	59
4.1. Objetivos e questão de investigação	59
4.1.1 Questão de investigação.....	60
4.2. Tipo de estudo.....	61
4.3. População e amostra	63
4.4. Instrumentos de colheita dos dados.....	65
4.5. Tratamento dos dados	67
4.6. Considerações Éticas	70
CAPÍTULO 5 – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	71
5.1. Apresentação dos Resultados e sua análise	71
5.1.1. Caracterização da Amostra	71
5.2. Análise de conteúdo	73
5.3. Discussão dos Resultados	87
REFLEXÕES CONCLUSIVAS	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICES.....	115

Índice de figuras

Figura 1 – Modelo de mudança organizacional de Burke-Litwin.....	20
Figura 2- Modelo de níveis organizacionais	21
Figura 3- Modelo de razões psicológicas à resistência á mudança	25
Figura 4 – Medidas implementadas para as consultas presenciais no SNS.....	32
Figura 5- Dimensões da qualidade de vida	51
Figura 6 – Modelo de influência da qualidade de vida dos enfermeiros	53
Figura 7- Desenho do percurso metodológico da investigação	60
Figura 8- Nuvem de palavras das entrevistas	73
Figura 9- Perceção da Gestão da Mudança durante a Pandemia da Covid19 na Vida dos Enfermeiros da UCI.....	101

Índice de tabelas

Tabela 1 – Grelha de categoria e subcategoria de análise de conteúdo das entrevistas	69
Tabela 2- Composição e caracterização de amostra	71
Tabela 3- Impacto na vida pessoal dos enfermeiros	74
Tabela 4- Impacto da mudança no local de trabalho	78
Tabela 5- Impacto na carreira profissional dos enfermeiros	84

INTRODUÇÃO

A china foi o 1º país a nível mundial a ser alvo e notificar a existência de uma pneumonia estranha e passou a ser recorrente nas notícias, e no dia 10 de janeiro é registado, oficialmente, o primeiro morto em Wuhan, e no dia 13, aparece o primeiro caso de infeção fora da china, na Tailândia, a 15 de janeiro no Japão, a 21 de janeiro surge o primeiro doente no Estados Unidos de América (EUA), a 24 deste mês surgem os primeiros casos na Europa, mais propriamente em França, e a 25 de janeiro surge o primeiro caso na Austrália daí então começamos a ver e a perceber que esta nova doença estava a dar a volta ao mundo (Quintas & Quemba ,2020).

A unidade de cuidados intensivos, desempenha um papel crucial na assistência ao paciente com Covid19. Os pacientes com infeção causada pelo novo coronavírus necessitam de uma assistência de enfermagem qualificada, devido ao manejo da doença em si, e isto tem sido desafiante nas unidades de cuidados intensivos; alguns procedimentos específicos das UCI como auxílio e controle de ventilação mecânica, realização de manobras prona e a prevenção e tratamento de delírios são alguns pontos desafiadores para a equipe de enfermagem (Nunes, 2020).

Durante a pandemia, os profissionais de enfermagem têm vivenciado desafios importantes no que se refere a assistência e a qualidade dos serviços de enfermagem, países como China, Itália apresentaram maiores desafios na assistência aos pacientes com Covid19, e as organizações precisou de equipas treinadas e capacitadas e aumento de pessoal, trabalhou na gestão de insumos e equipamentos e atenção a saúde mental destes profissionais (Nunes, 2020; Vicente, 2020).

Selzlein (2021) descreve que as organizações estão a adaptar-se de acordo as necessidades provenientes da situação, para encontrar os melhores resultados, como dinamismo e inovações, a gestão da mudança vem ganhando relevância nestes últimos tempos, principalmente nesse contexto tão repentino, com fins de segurança das organizações e alcance de bons resultados com metas pré-estabelecidas.

Sanches (2020) valida a ideia de que a crise gera mudança, que altera a rotina das pessoas e instituições, e com isso modifica as relações interpessoais dentro do trabalho.

Sendo assim, e ciente que a comunidade científica em todo mundo está em processo de aprendizagem sobre a pandemia da Covid19 todo o contributo para facilitar o esclarecimento e gestão da mudança nos serviços é importante (Viriato & Gonçalves,2020). Visto que o processo é recente, há necessidade de investigação e escolha do tema nesta vertente, pretendendo-se com esta investigação perceber a experiência pessoal vivida pelos enfermeiros durante a pandemia da Covid19.

Para tal, formulou-se o objetivo geral: caracterizar a perceção que a gestão da mudança durante a pandemia da Covid19 teve nos enfermeiros de uma UCI em Angola.

A investigação desenvolve-se segundo a metodologia qualitativa, o método escolhido foi a fenomenológica este método tem objetivo compreender um fenómeno, identificar a essência do ponto de vista das pessoas que o viveram ou que tiveram a experiência, tipo de estudo descritivo, exploratório e transversal. A recolha de dados foi feita, através da análise documental e realização de entrevistas, a nossa amostra foi constituída por 26 enfermeiros de uma UCI de Angola. A análise dos dados baseou-se na análise de conteúdo recorrendo ao software Nvivo12.

A investigação é constituída por duas partes: enquadramento teórico e a investigação empírica.

O enquadramento teórico está composto por três capítulos. O primeiro capítulo faz uma breve contextualização da pandemia da Covid19, o impacto na Saúde Pública e nos Sistemas de Saúde e impacto da Covid19 na Saúde Pública de Angola. De seguida aborda-se a gestão da mudança, conceito e evolução, reorganização dos sistemas e serviços de saúde e o caso de Angola. E por último aborda-se aspetos voltados a enfermagem em UCI, dimensões da qualidade de vida e fatores que influenciam a qualidade de vida dos enfermeiros.

A investigação empírica é constituída por dois capítulos. O quarto capítulo é explicado e fundamentado todo o percurso metodológico que inclui: objetivos e questão de investigação, tipo de estudo, população e amostra, instrumento de recolha de dados e tratamento dos dados. No último capítulo faz-se a apresentação, análise e discussão dos resultados e a comparação da literatura. Por fim segue-se as reflexões conclusivas, as limitações e futuras linhas de investigação, referências bibliográficas e os apêndices.

PARTE I – ENQUADRAMENRO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – A Pandemia da COVID19

Sumário

1.1. Conceito de Pandemia

1.2. Impacto da Covid19 na Saúde Pública e nos Sistemas de Saúde

1.3 Impacto da Covid19 na Saúde Pública de Angola

1.1. Conceito de Pandemia

Durante muito tempo o termo pandemia era única exclusivamente para os entendidos da área da saúde e investigação, e numa época em que vivemos toda a comunidade a nível mundial de certa forma consegue definir ou passar uma ideia do que é pandemia. Para os autores (Vicente & Gomes, 2020) definem que uma pandemia é a disseminação rápida e mortífera de uma doença por vários continentes, ou mesmo pelo mundo inteiro, de forma sustentada, de pessoa para pessoa.

A Covid19 é uma temática que tem merecido atenção nos últimos dois anos diante de pesquisadores, cientistas e a nível da população em geral. A área responsável pelo controlo e disseminação da Covid19 definem como uma síndrome respiratória (SARS) pertencente á família ou grupo dos coronaviridae (causadores de doenças respiratórias gastrointestinal, hepáticas em animais) (Uzunian, 2020); desde 2012-2020 as síndromes respiratórias do oriente médio (MERS) têm apresentado grandes desafios para o público da saúde, pesquisas e comunidade (Anthony, Fauci, Clifford Lane, Robert, & Redfield, 2020).

Falar da Covid-19 é descrever -lhe como doença respiratória aguda, que pode ter um curso assintomático ou com sintomas ligeiros, dos quais se destacam o mal-estar geral, febre, tosse, rinorreia, cefaleias, dor de garganta, dificuldade em respirar, em alguns casos sintomas gastrointestinais e, mais recentemente, tem-se verificado que alguns doentes têm também, ou somente, perda de olfato e / ou paladar, sintomas, no fundo, muito idênticos aos de uma gripe,

que na esmagadora maioria dos casos, tem um tratamento meramente sintomático, sem necessidade de internamento (Vicente & Gomes, 2020).

A ciência afirma que existe sete coronavírus que provocam enfermidades aos humanos, e na sua maioria, quatro dos sete conhecidos provocam apenas sintomas de gripe comum, causando raramente infecções do trato respiratório inferior, como pneumonia, e nestes casos, sempre em crianças, idosos, e doentes imunodeprimidos; os outros três coronavírus que provocam enfermidades aos humanos são responsáveis por infecções respiratórias graves e provocaram grandes surtos, no século XXI, de pneumonias ou síndromes respiratórias agudas (SARS). (Vicente & Gomes, 2020).

1.1.1. Origem da COVID19 e Disseminação

A china foi o 1º país a nível mundial a ser alvo e notificar a existência de uma pneumonia estranha e passou a ser recorrente nas notícias, e no dia 10 de janeiro é registado, oficialmente, o primeiro morto em Wuhan, e no dia 13, aparece o primeiro caso de infeção fora da china, na Tailândia, a 15 de janeiro no Japão, a 21 de janeiro surge o primeiro doente no Estados Unidos de América (EUA), a 24 desse mês surgem os primeiros casos na Europa, mais propriamente em França, e a 25 de janeiro surge o primeiro caso na Austrália daí então começamos a ver e a perceber que esta nova doença estava a dar a volta ao mundo (Quintas & Quemba, 2020).

O SARS CoV-2 ao que tudo indica mostrou vantagem em fazer sua transição de animais para humanos no mercado de frutos do mar de Huanan em Wuhan, na china; entretanto os esforços para identificar potenciais hospedeiros intermediários parecem ter sido negligenciados em Wuhan e a rota fidedigna de contágio precisa ser esclarecida com urgência (Thirumalaisamy, Velavan & Meyer, 2020).

Thirumalaisamy et al (2020) relatam que o primeiro sinal clínico da doença relacionada com a SARS-CoV-2 que permite a detetar e a pneumonia; estudos mais recentes também descrevem sintomas gastrointestinais e infecções assintomáticas, especialmente em crianças; quanto às crianças, elas podem ser maioritariamente assintomáticas, o que as torna excelentes veículos de transmissão da Covid19, até pela incompreensão que têm em cumprir o distanciamento social ou usar máscara.

É comum a pneumonia aparecer fundamentalmente na segunda ou terceira semana no decurso da infeção sintomática; sinais proeminentes de pneumonia viral incluem diminuição da saturação de oxigénio, desvios dos gases sanguíneos, alterações visíveis por meio de

radiografias de tórax e outras técnicas de imagem, com anormalidades em vidro fosco, consolidação irregular, exsudatos alveolares e envolvimento interlobular, eventualmente indicando deterioração (Thirumalaisamy et al,2020).

Estudos recentes indicam que pacientes > 60 anos de idade estão em risco maior do que as crianças que podem ter menos probabilidade de se infectar ou, se for o caso podem apresentar sintomas mais leves ou até mesmo infecção assintomática; e um número significativo apresenta sintomas leve, dificilmente têm sintomatologia grave, que as pode levar ao internamento (Vicente & Gomes, 2020).

Embora a maioria dos pacientes acometidos pelo Covid19 cerca de 80% apresentarem apenas sintomas leves, outro grupo 20% devido aos seus antecedentes evoluem de forma negativa, e estes fatores aumentam com a idade e doenças preexistentes como: doenças respiratórias; doença pulmonar obstrutiva crónica, tabagismo, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes mellitus, neoplasias ou doença oncológica ou imunodepressão (totalmente desvantajoso) salientando-se que os doentes com estes problemas preexistentes não têm mais risco de contrair a infecção do que o resto da população, mais se o contraírem, a probabilidade de evolução negativa é muito maior, pelo que se consideram grupos de risco (McIntosh, McIntosh, Hirsch, & Bloom,2020).

Entretanto um baixo número (5%) de casos evolui negativamente, surgindo sintomas de compromisso respiratório ou mesmo pneumonias graves, havendo necessidades de internamento hospitalar, por vezes, mesmo em unidades de cuidados intensivos, com necessidade de recorrer á utilização de ventiladores, que se apresentam como último e derradeiro recurso para salvar os doentes (McIntosh et al ,2020).

Muito embora a taxa de mortalidade variar de 3 a 4 % na maioria dos países, este vírus é altamente transmissível atingindo, assim, mais pessoas e mantendo-se mais tempo em circulação na comunidade, acabando por fazer um número maior de vítimas do que se fosse uma doença com uma taxa de mortalidade elevada, pois estas últimas são rapidamente autolimitadas, logo menos duradouras, fazendo dessa forma, um número menor de vítimas, sendo exemplo disso surtos de ébola (Vicente & Gomes, 2020).

O SARS-CoV-2 acaba sendo mais transmissível do que o coronavírus que assolou a Ásia em 2002, embora tendo a propagação idêntica aos vírus da gripe, por meio de secreções contaminadas ou contacto com partículas respiratórias em suspensão no ar ou assentes em superfícies, a disseminação aérea, por meio de partículas em suspensão no ar, provenientes de tosse espirros ou mera expiração de doentes infetados, parece ser a forma de propagação mais comum e eficaz, por isso é importante o uso de máscara e do distanciamento social. Todos os locais onde seja difícil manter o distanciamento social e exista um elevado número de pessoas acaba sendo um propício para o alto risco de infeção (Vicente & Gomes, 2020).

Para Anthony et al (2020) afirmam que o processo indica um número de reprodução básico estimado ($R_0 = 2,2$), o que significa que, em média, cada pessoa infetada transmite a infeção a mais duas pessoas, os autores afirmam até que esse número caia abaixo de 1,0, é provável que o surto continue a se espalhar; relatos recentes de altos títulos de vírus na orofaringe no início do curso da doença despertam preocupação sobre o aumento da infeção durante o período de sintomas mínimos.

1.2 Impacto da Covid19 na Saúde Pública e nos Sistemas de Saúde

Independente das dificuldades encontradas nos serviços e sistemas públicos, existem princípios que podem ser adotados, os quais não significam alterações bruscas na atual estrutura dos serviços públicos (Rocha,2011). O aumento de infeções por Covid19 resultou num crescente número de pessoas hospitalizadas e em cuidados intensivos que pressionaram a capacidade de resposta do sistema de saúde (Dias,2021).

Até o início de dezembro de 2019 o mundo parecia estar longe da existência de um novo vírus que viria mudar drasticamente os sistemas e as políticas públicas de saúde, económica, social de todo o mundo. Strabelli & Uip (2020) declaram que nas primeiras horas do dia 23 de janeiro, a OMS ainda não havia decidido declarar uma situação de emergência de saúde pública, mas o centro Europeu do controlo de Doenças (ECDC). Durante o dia 27 de janeiro, pede-se aos estados-membros da União Europeia (UE) que adotem medidas rigorosas para controlo do novo coronavírus.

Definitivamente no dia 30 de Janeiro de 2020, a OMS declara o surto como uma emergência de saúde global, com bases no aumento de taxas de notificação de casos locais chineses e internacionais; e a seguir decidiu-se dar nome a doença da COVID-19 (em inglês

significa: doença do coronavírus e o 19 indica o ano em que surgiu, Dezembro de 2019) á infecção provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) (Vicente & Gomes, 2020). Com isso uma taxa de constatação diária de casos muda e pode ser controlada e supervisionada quase em tempo real no site fornecido pela Johns Hopkins University e outros fóruns (Thirumalaisamy et al, 2020).

Thirumalaisamy et al (2020) afirmam que nos meados de fevereiro de 2020, a china carregava grande peso de morbidade, e crescia a incidência em outros países asiáticos. Anunciados 78.191 casos confirmados por laboratório foram identificados na china em 26 de Fevereiro de 2020, um total de 2.918 casos foram confirmados em 37 outros países ou territórios ; em 26 de Fevereiro de 2020, havia 14 casos detetados nos Estados Unidos envolvendo viagens para a china ou contatos próximos com viajantes, 3 casos entre cidadãos americanos repatriados de um navio de cruzeiro onde a infecção tinha se espalhado; no entanto dada a eficiência da transmissão conforme indicado no relatório atual, devemos estar preparados para que o COVID19 ganhe posição em todo mundo, inclusive nos Estados Unidos porque na Europa e na América do Norte os casos ainda eram baixos .

Leite (2020) afirma que os países não têm os meios nem as estruturas organizativas, infraestruturas, recursos humanos ou competências necessárias para prevenir e responder a ameaças biológicas desta natureza; e é necessário reformar as nossas respostas no campo da saúde pública, e em particular a nossa capacidade de prevenção e resposta a emergências sanitárias, seja a nível nacional ou multilateral porque a COVID19 mostrou as insuficiências crónicas dos sistemas existentes e trouxe ao de cima outras deficiências que carecem igualmente de respostas .

Bernardino (2017) afirma que para garantir a obtenção de resultados em saúde é indispensável uma qualificação do parque de equipamentos de saúde como: agrupamentos de centro de saúde, unidades locais, hospitais, centros hospitalares unidades de UCI, etc.,

Dias (2021) afirma que o impacto na saúde envolveu diferentes níveis de curto, médio e longo prazo, a primeira onda, em que a resposta imediata passou por segurar a resposta ao crescente número de pessoas hospitalizadas e em UCI; na segunda onda de doenças crónicas, não Covid19, que não foram devidamente prevenidas geridas e tratadas na primeira onda e por último envolve as consequências económicas e danos na saúde mental da população.

1.2.1 Impacto na Economia e Finanças dos Serviços Públicos e Saúde Mundial

Sousa (2020) analisa a gestão da crise que já era de se esperar que assim que foi anunciado pela OMS que estamos diante de uma pandemia mundial e com o encerramento do comércio, viagens de um país para o outro. Um conjunto de medidas estava a ser analisado fortemente e pela queda da atividade económica; a semelhança desta crise e que acaba produzindo de forma transversal aos vários setores económicos, muito embora alguns deles são mais afetados.

Dias (2021) afirma que a interdependência entre a economia e a saúde não é um conceito novo, contudo a pandemia tornou esta relação clara, em virtude a aspetos de desenvolvimento económico em saúde, com a pandemia reforça a evidência existente de que os investimentos em saúde têm retornos a longo prazo, enquanto os sub investimentos tem efeitos sociais e económicos devastadores que podem durar anos.

Nos SS (Escoval, 2009, como referido Bernardino, 2017), defendem que o modelo atual de organização dos sistemas de saúde, centrado na oferta está esgotado, deve-se introduzir a mudança de paradigma, que passa por pensar o sistema na perspetiva da procura, pelo reconhecimento indiscutível do papel dos cidadãos e pelo respeito as opiniões, perceções e necessidades.

A economia europeia propriamente Portugal já estava inserido em planos de contingência e mitigação da crise que havia se instalado nas economias que operava em vários canais, como no lado de produção, a sua atividade e dar a conhecer mais o direito está associada á inviabilidade de certos compromissos de produção de serem explorados, no quadro das limitações sanitárias impostas (Sousa ,2020).

Embora que temporário , mais o que mais se ouviu no primeiro momento após o anúncio da pandemia da Covid19 foi o encerramento de unidades considerados não essências, quer a limitação na locomoção dos cidadãos, resultando assim numa baixa no exercício económico, com impacto significativo a nível mundial, dado o plano horizontal ao enquadramento económico existente e a importância das cadeias de produção mundial, as quais são

identificados por uma gestão adaptada, mas uma configuração dos diversos estágios de produção geograficamente dispersos por diversos países e regiões (Sousa ,2020).

Dias (2021) defende que a recuperação da economia é impossível sem controlar antes a pandemia, embora que á medida que a economia começa a reabrir, aumenta a probabilidade de transmissão da Covid19 na comunidade e assim o complemento entre políticas económicas e de saúde torna-se fundamental para enfrentar a pandemia e iniciar o processo de recuperação económica.

Por um lado, tínhamos o canal de produção e sem as vendas, condicionadas pelo encerramento dos comércios e do outro lado temos a procura, este que é o meio de comunicação mais direto e que está relacionada á baixa dos lucros e da confiança das famílias e empresas. Com o isolamento desencadeou mudanças de estilos de consumo das famílias, o que por sua vez, levou a que parte das empresas que permaneciam em funcionamento tinham que procurar ajustar o seu comercio através de alterações ou modificação da produção ou alterando os seus canais de repartição (Sousa ,2020).

As empresas começaram a receber cancelamentos de encomendas, aumento dos prazos dos pagamentos e era inevitável os pagamentos de salários e outras despesas concorrentes originaram necessidades liquidez aumentadas. As economias principalmente o sector privado começou a viver um ambiente de grandes incertezas quanto á expansão e duração da crise, a pouca ou baixa confiança pelas empresas e famílias poderá estender-se elevando assim os impactos da crise avançada ou mesmo paralisando determinados investimentos e consumo e podendo afetar o aumento potencial da economia (Sousa ,2020). A pandemia tornou claro que as desvantagens que se acumularam ao longo da vida deixaram a vulnerabilidade de algumas pessoas e estamos cada vez mais na mesma tempestade, mas navegamos em barcos diferentes; contudo toda essa recessão a nível mundial pode induzir ao aumento da pobreza global em três décadas e com a natureza regressiva da pandemia pode ser ampliada pelo aumento de preços dos alimentos, causado pela disrupção das cadeias de abastecimento e pelos padrões de migração da mão de obra agrícola (Dias,2021) .

1.3 Impacto da Covid19 na Saúde Pública de Angola

O SNS de Angola vivência dois momentos distintos em todo o seu processo evolutivo, no primeiro período é o período colonial que contemplava um sistema de saúde acessível a um

grupo muito ínfimo, e isso afetava a produtividade económica da colónia; após a criação e implementação das reformas políticas da lei nº21-B/92, de 28 de agosto, administrativas e económicas o Estado deixou de ter a exclusividade na prestação de cuidados de saúde, é posteriormente começou a surgir o setor privado, seguros de saúde, e assim também se implementou a coparticipação dos angolanos nos custos de saúde com objetivo final de ter um SNS universal e gratuito (Vicente, M.T.C., Raimundo R. D., Azzalis L.A., Junqueira, V. B. C., Fonseca, F. L. A, 2016).

Angola tem uma estimativa populacional de mais de trinta (30) milhões de residentes, a mesma está localizada na África Subariana. A República de Angola, é um país da costa ocidental da África, cuja extensão principal é restrita a norte e a Nordeste pela República Democrática do Congo, a Leste pela Zâmbia, a Sul pela Namíbia e a Oeste pelo Oceano Atlântico; porém se enquadra o território de cabinda, através do qual delimita-se com a República do Congo, a norte; para além das proximidades referidas, Angola é o país mais imediato da colónia Britânica de Santa Helena (Livre Enciclopédia; s.d).

Angola tem uma área aproximadamente de 1.242.700 km², o território angolano possui dezoito (18) províncias, e cada província está organizada em partes maiores que são os municípios, que somam 164; as partes menores dos municípios são denominadas por comunas que no total são 518 comunas e que elas podem ter uma ou mais cidades, vilas e aldeias em seu interior (Livre Enciclopédia; s.d).

Aproximadamente 70% dos habitantes sobrevive com uma renda inferior a dois dólares por dia; enquanto as qualificações de probabilidade de vida e mortalidade infantil no país permanecem entre as péssimas do mundo, além da presença proeminente da inconstante desigualdade financeira, sendo que a predominância da riqueza do país esta concentrada numa parte desproporcionalmente ínfima dos habitantes (diante da ONU, Angola é vista como um dos países que tem um atraso no seu crescimento e é considerado um dos mais corruptos avaliado pela transparência Internacional) (Livre Enciclopédia; s.d).

O SNS de Angola está dividida em três níveis: cuidados primários onde está inserida os postos de saúde, centros, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos; o segundo destaca-se o nível secundário ou intermediário onde encontramos os hospitais gerais, aqui também pode ser considerado o nível de referência para os serviços primários e por ultimo

temos o nível terciário onde temos os hospitais de referência mono e polivalentes das mais diversas especialidades e serviços e é o nível de referência para dos serviços secundários (Vicente et al 2016) .

Vicente et al (2016) garantem que apenas cerca de 40% da população angolana e que tem acesso aos SNS, e por este motivo muitos recorrem ao setor privado para obtenção de tratamento ou mesmo para o exterior do País; e a qualidade dos SNS ainda está a quem do desejado mais mesmo assim o setor público ainda é o principal prestador de serviço de saúde a nível nacional e os problemas que se vive neste sector como falta de qualidade, salários baixos, com a pandemia só veio aumentar mais a débil qualidade no funcionamento .

Na segunda quinzena de março de 2020, o Ministério da Saúde confirmou os dois primeiros casos positivos da Covid19; ambos importados de Portugal; o primeiro caso foi um funcionário da Sonangol que voou de Lisboa para Luanda; o segundo caso tinha vindo do Porto e também se encontrava em observação em luanda; (Muondo & Oliveira, 2020).

Nesta altura o país ainda gozava da falta de conhecimento e experiências voltadas a Pandemia da Covid19 que obrigou as autoridades angolanas buscar experiências de um plano horizontal de outros países, a fim de lidar com o fenómeno; e com auxílio recebido Angola majestosamente providenciou medidas adequadas e profundas para a prevenção, o controlo e tratamento da Pandemia da Covid19, para tornar fácil a contenção da multiplicação da doença em toda área nacional como: nova organização no aparelho governativo: como objetivo á redução da desigualdades sociais; acréscimo de atos de solidariedade para as pessoas mais necessitadas (repartição de bens alimentares, produtos de higiene e limpeza, criação de espaços de hospitalidade para crianças, jovens e adultos sem abrigo e outras formas de ajuda realizadas) (Muondo & Oliveira, 2020).

No dia 29 de março foi registado as duas primeiras mortes relacionadas ao coronavírus, enquanto o número total de casos confirmados subiu para sete; no dia 30 de março, foi registado o primeiro caso de recuperação da Covid19; no final do mês houve 7 casos confirmados, 1 recuperação e 2 mortes, deixando 4 casos ativos. Em maio de 2021 o país registava um total de 34.551 casos confirmados, 766 mortos e 28.079 casos recuperados e 5.706 casos ativos (Wikipédia, 2021).

1.3.1 Despacho Presidencial de Angola no Combate a Pandemia da Covid19

No primeiro momento após a OMS declarar que estávamos perante a uma nova Pandemia causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, já era esperado um pronunciamento por parte do presidente da república, que por sua vez anunciou o despacho presidencial no dia 18 de março de 2020 a fim de adotar medidas de contingência para se evitar a importação de casos e providenciar a saúde dos habitantes em geral (Diário da República, 2020).

Carta de Aprovação nº1/20: aprovado o acordo entre o governo da república e o governo da república portuguesa sobre a evidência mútua de aplicação de capitais;

Decreto Legislativo Presidencial Provisório nº.1/20: suspenso todos os voos comerciais e privados de passageiros de Angola para o exterior e vice-versa, alongáveis por igual período de tempo, em função do procedimento mundial da pandemia da Covid19, proibida a movimentação de pessoas nas fronteiras terrestres, a atracagem e o desembarque de navios de passageiros e respetivas tripulações, originários do exterior do país, em todos os portos nacionais, por 15 dias, a partir das 0:00 horas do dia 20 de Março de 2020;

Despacho Presidencial nº.43/20: oficializa o acordo de financiamento denominado 1ª fase do programa de eficiência e expansão do sector da energia (PEESE), entre a república de Angola, representada pelo ministério das finanças, o banco africano de desenvolvimento (BAD) no valor global de USD 530 000 000,00, no âmbito da conceção do programa “reforçar o Sistema de transmissão e Distribuição de Eletricidade em Angola”;

Despacho Presidencial nº44/20: consente a ministra das finanças a remeter títulos de Dívida Soberana nos comércios internacionais sob a forma de *Euro Bonds* até ao montante de USD 3 000 000 000 ,00, a comemorar entre a república de angola e uma das instituições que participa na emissão de *Euro Bonds*;

Despacho Presidencial nº45/20: encerra as deslocações em missão de serviço ao exterior do país dos membros da função executiva da administração central e local do estado (Diário da República, 2020).

1.3.2 Saúde Pública em Angola em tempo de Pandemia da Covid19

Oliveira e Artmann (2009) caracterizam o sistema nacional de saúde de Angola tutelada pelo Ministério da Saúde (MINSA) como entidade máxima quer para tratado público como o privado, e seus profissionais que desempenham atividades de promoção, prevenção e tratamento da área da saúde; muito embora esta prestação de cuidados no SNS é considerada de pouca qualidade, resultado de muitos fatores condicionantes como: retraimento dos serviços devido a ausência de segurança, extinção ou saque e renúncia pessoal no interior do país e escassez de recursos financeiros; também encontramos desmotivação do pessoal resultado de salários baixos, carência de formação continua nos serviços, insuficiência na conjuntura de trabalho e repartição descontrolada do pessoal entre zonas rurais e urbanas das desigualdades regionais e entre as diferentes subdivisão das instituições de saúde .

Luamba, M. (2020) aponta dentre outros problemas voltados a Saúde Pública de Angola, a OMS aponta que até julho angola estaria na casa de 10 mil infetados com a Covid19 e se isso vir acontecer o SNS de Angola não esta preparado para fazer face a pandemia; devido a insuficiência de material gastável, falta de treinamento das equipas para dar a resposta a pandemia.

Nenhum país estava preparado para lidar com uma pandemia e com Angola não foi diferente, a ministra da saúde Silvia Lutucuta afirma que todos os países estavam praticamente desprevenidos e reconhece que Angola não está preparado para uma eventual contaminação comunitária do vírus e que está a tomar-se medidas para que o pior cenário não chegue ao nosso país (Luamba,2020).

A base fragilizada que acarreta os serviços de saúde de angola começa a preocupar a comunidade angolana e analistas consideram a possibilidade de começar a pensar no apoio diplomático devido a estrutura do saneamento bastante débil e além da escassez de hospitais, centro de saúde, material técnico e humano e problemas com recursos financeiros (Luamba,2020).

Resumindo, destaca-se uma relação positiva e vantajosa entre a pandemia da Covid19 e as mudanças durante a pandemia nas organizações de saúde e sistemas públicos e privados. Neste sentido para um conhecimento mais aprofundado desta relação, apresenta-se no capítulo seguinte o conceito da gestão da mudança.

CAPÍTULO 2- Gestão da Mudança e Os Sistemas de Saúde

Sumário

2.1. Conceito e Evolução

2.2. Reorganização dos Sistemas e Serviços de Saúde.

2.3. O Caso de Angola

2.1 Conceito e Evolução

Muito fala-se acerca de gestão da mudança principalmente em organizações e o seu conceito embora que antigo, mais cada dia há sempre um incremento novo na sua definição. Soto (2002) define que a mudança é o caminho eterno, permanente, sem retorno possível e somente aqueles que aprendam a evitá-la e a estimular ou tirar proveito poderão ser seus aliados para viver de forma inovadora. Cunha et al (2016) afirmam que os textos de gestão tendem a presumir que a mudança é prioridade da organização ou seja as organizações mudam quando querem mudar e gerem a mudança.

Os líderes de uma organização têm que ter competências e comportamentos chaves para conduzir uma mudança em sua organização; os gestores têm o papel ou função estimuladora com mensagens positivas sobre a mudança visto que essas competências deverão ser ensinadas, praticadas e aplicadas, de modo a influenciar para o sucesso de um esforço de mudança como: criatividade, orientação da equipa, capacidade de estudar, aptidões de coaching, obrigações e saber reconhecer (Galpin ,2000).

António (2015) refere que gerir a qualidade deve ser entendida como uma jornada sem fim, porque exige muitos sacrifícios e muita paciência.

Camara, Guerra e Rodrigues (2007) afirmam que, para a transformação ocorra de forma consentida, quer seja imposta por forças externas que a empresa não controla e a forcem a enquadrar-se, o ponto de partida define sempre numa posição presente (*status quo*) que é desgostoso e que cria um estado de frustração necessariamente forte para gerar uma massa de censura que faça desprender a mudança.

Martinez e Ferreira (2008) relatam que a mudança deve ser vista sempre como um meio de sobrevivência das empresas, é fundamental para o desenvolvimento organizacional, já que recorre às inovações das ciências do comportamento como facilitadoras, acrescentando o desempenho organizacional e individual e a inovação surge cada vez mais associada com a transformação. Os autores afirmam, para que a mudança ocorra conforme a organização deseja passa pelas seguintes fases: leitura dos antecedentes da mudança, quebrar as resistências e remover obstáculos, constituição da equipa, comunicação organizacional, estabelecimentos de objetivos e solidificar a mudança.

Cunha *et al* (2016) implementam uma categorização das escolas de análise da mudança organizacional e especificam quatro que são:

Escola Teleológica (tem como objetivo a causa final do movimento de qualquer referência; ela tem propósito e pode ser vista como uma estimulação levada a cabo com o propósito explícito de mover a organização de um estado baixo para um estado acima, e o seu critério de avaliação baseia-se no sucesso da mudança que normalmente é agrupada em dois tipos de grandes grupos: desempenho organizacional e desenvolvimento humano; nesta escola podemos ver uma mudança controlada pelo topo e tem o mérito do poder prescritivo porque ela prescreve como se pode gerir a mudança e limita-se apenas pelo facto de não captar as mudanças não planeadas e indesejadas);

Escola Dialética (esta já é bem distinta porque aqui a mudança decorre das inevitáveis tensões entre as forças opostas que necessariamente coexistem nas organizações, de um modo abrangente as organizações buscam estabilidade e mudança, eficiência e eficácia, inovação e rotina integração e diferenciação e as mudanças ocorrem porque as forças que a mesma contém a forçam, nem sempre é baseado no desejo dos seus dirigentes);

Escola Evolucionista (é voltado no sistema ecológico, ou seja, analisa a mudança como ocorrendo ao nível da população, a mudança ocorre na introdução de inovações por novos concorrentes porque tem a consciência que as organizações com novidades positivas constituem uma ameaça para os concorrentes mais velhos e estabelecidos; assim sendo esta mudança ocorre porque as variações trazidas para a arena competitiva, da seleção das alternativas mais adaptadas e da retenção);

Ciclo de vida (indica que as organizações percorrem um ciclo de vida previsível: nascem, crescem amadurecem, declinam e inevitavelmente morrem; as organizações bem-sucedidas têm dificuldades em eliminar as tecnologias, produtos e processos que levaram ao sucesso por isso muitas delas tornam-se inertes e vulneráveis aos ataques de novas organizações criativas em *statu quo*, muitas conseguem reinventar-se e outras acabam percorrendo o seu ciclo de vida de acordo este modelo).

Baudin, Ozier-Kalogeropoulos, Denovel, Lacroute e Cullim, C. (1993) já sustentavam a teoria do ciclo de vida da implementação da mudança dizendo que são exatamente as mesmas e conseqüentemente são independentes de uma tecnologia particular que esteja sendo introduzida passando pelo seguinte processo: identificar a necessidade; selecionar os produtos candidatos; avaliar os produtos apresentar; reunir informações; planejar; implementar; terminar a implementação.

Sirkin, Keenan e Jackson (2017) debruçam sobre o lado estrutural da mudança na qual resumem que que dois em cada três programas de transformação falham, porque as empresas enfatizam demasiado o lado comportamental da mudança: como o estilo de liderança, cultura corporativa, motivação de colaboradores. Apesar de estes elementos serem críticos para o sucesso, os projetos de mudança não podem ser lançados a menos que as empresas abordem os elementos estruturais.

Os elementos estruturais essenciais são:

- Duração (o tempo entre as revisões das etapas – quanto menor, melhor);
- Integridade (a competência das equipas de projeto);
- Compromisso (a dedicação dos quadros de topo e dos gestores de linha de programa);
- Esforço (o trabalho extra que os colaboradores devem fazer para adotarem os novos processos- quanto menos, melhor) (Sirkin, Keenan & Jackson, 2017).

2.1.1 Tipologia de Mudança Organizativa

As mudanças dentro das organizações podem assumir diversas transformações mais existem principais quatro tipos que são detetáveis, e que não se eliminam reciprocamente e que vamos abordar;

- Mudança Organizacional Planeada: consiste na implementação de distinção entre um ou mais elementos da configuração organizacional sejam elas as mais *hard* (estrutura, estratégia e sistemas) ou as mais *soft* (processo, propósito e pessoas);
- Mudança Estratégica: trabalha na transformação do andamento da organização face á envolvente ou podemos dizer que afeta a organização como um todo ou que tem impedimentos profundos;
- Mudança Emergente: é subentendida pela teoria de aparecer com respostas a problemas concretos não premeditados; concretizando acomodações, adaptações e alterações que podem conduzir a uma transformação intensa, mas de forma não intencional;
- Mudança Organizacional Improvisada: caracteriza-se pela forma peculiar da mudança emergente, uma vez que se distingue pelo facto de funcionar em tomadas de decisões em tempo oportuno ou seja não preparada e não de decisões proativas ou refletidas (Cunha *et al* ;2016, pág. 670).

2.1.2 Modelos e Implementação na Gestão da Mudança numa Organização

Galpin (2000) caracteriza o processo de mudança em nove etapas do modelo de gestão que exige uma gestão da organização e que é compreendida e aplicada em várias características dos dois tipos de mudança (estratégica e operacional); e durante estas etapas, a gestão hierárquica da organização define as prioridades e desenvolve a visão para a mudança, e alguns eleitos efetuam a análise da situação atual da organização, planeia-se as recomendações, analisam-nas para as testar; por contraste, por último as etapas do modelo, possuem um aumento de atenção concernente a aspetos ligados á transformação de nível operacional. Muitas pessoas através da organização são envolvidas nos testes-piloto e no caminho á prática, enquanto o

pessoal médio e as chefias diretas analisam e estimulam continuamente as mudanças sob testagem e postas em prática, de forma a garantir um enquadramento bem-sucedido.

Chiavenato (2014) esclarece dizendo que a cultura varia de cada país, e as instituições são conhecidas pelas culturas organizacionais exclusivas e específicas, cada organização tem a sua própria cultura organizacional, para se distinguir uma organização é importante conhecer a sua cultura da organização, fazer parte e assimilar a sua cultura.

Para muitos gestores há decepção porque a mudança não ocorre em grandes saltos, mesmo que o esforço de mudança esteja exclusivamente focado nos procedimentos operacionais, nos processos de fabrico, na reestruturação organizacional, na gestão pela qualidade total, nos processos financeiros ou na redução dos custos administrativos, os esforços necessários para uma mudança eficaz passam por várias etapas-chave de um longo caminho (Galpin, 2000).

Existe vários modelos de mudança implementado nas organizações, e um deles é o modelo de Burke-Litwin, ela aborda em duas formas de mudança é analisada de acordo a respetiva profundidade e as mudanças da primeira ordem (transacional) encarrega-se de mudanças que não alteram nada de substancial e mantém o *statu quo* (como: substituição de um sistema de comunicação interna por ferramentas eletrónicas, no essencial, não muda a forma de participação, apenas introduz maior velocidade). E as mudanças de segunda ordem altera a forma consciente os esquemas atuais (quando a organização procura transitar de uma prática decisória tradicional para uma lógica participativa) (Cunha *et al*, 2016).

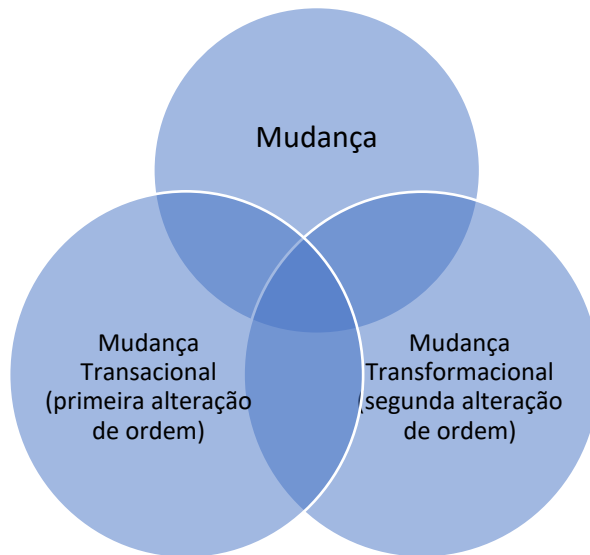


Figura 1- Modelo de Mudança Organizacional de Burke - Litwin (Ladeira, 2015)

2.1.3 Níveis de Mudança Organizativa

Galpin (2000) argumenta dizendo para que o desempenho de mudança organizacional seja bem-sucedido, é necessário ter em conta dois níveis de mudança: o nível estratégico e o nível operacional; tal como definido neste texto, o termo *mudança estratégica* não é usado para representar uma mudança radical e em grande escala, tal como *mudança ao nível operacional* não pretende representar uma pequena melhoria incremental, os termos referem-se antes, aos dois níveis de mudança que têm lugar no decorrer do esforço de mudança no interior de uma organização.

A liderança pode dar continuidade inserindo tanto executivos seniores, quadros médios ou chefias de linha de frente, durante o processo da mudança operacional, são conhecidos os objetivos pessoais e de equipa, desenvolvidos os processos de avaliação, as pessoas são capacitadas e formadas em novas técnicas, procedimentos e tecnologias, os sistemas de reforço são estabelecidos e as mudanças são realizadas (Galpin,2000).

De acordo com o conteúdo, amplitude e nível organizacional, o planeamento pode ser classificado em estratégico, tático e operacional conforma a figura 2 abaixo (Gordeeff,2020).



Figura 2- Modelo de Níveis Organizacionais (Gordeeff,2020).

Quando se fala de mudança estratégica é identificado pelo esforço inicial, que envolve executivos, gestores seniores, um menor conjunto de empregados e, recorre-se com frequência aos consultores, que disponibilizam uma perspectiva externa; a mudança estratégica abrange e expande-se por toda a organização; e subsiste dois objetivos de primeira importância durante o processo de transformação estratégica: primeiro objetivo técnico ou analítico, e aquilo a que chamo o objetivo do lado soft que tem as seguintes funções: envolve a organização como um todo; traça diretrizes, missão, valores e visão; faz o diagnóstico dos fatores ambientais externos e internos; foco a longo prazo; objetivos globais; orientação ampla e abrangente para abranger o maior número de pessoas durante o processo de mudança, as equipas de progresso podem ser implementada em todos os níveis de uma instituição, da gestão de topo até aos colaboradores de primeira linha; as equipas devem ser bem estruturadas e coordenadas, não é a quantidade de pessoas dentro de um grupo que permitirá alcançar o sucesso, mas antes a sua organização e ação (Galpin, 2000) .

Como explanação de exemplo foi o caso de uma empresa fabril que começou um esforço de mudança pela criação de mais de trezentas equipas em toda a empresa, não existia qualquer ligação organizada entre elas, os respetivos membros não dispunham de formação e os seus métodos de ação eram fortuitos, apenas lhes foi decretada pela direção a seguinte função: *“identificar o máximo de oportunidades para a redução dos custos “*. Esta situação provocou muita á frustração por parte da direção, uma vez que se obtiveram resultados muito fracos. Para piorar as coisas, ocorreu na verdade uma subida de custos em várias áreas do negócio, decorrente do facto de os gestores e o seu pessoal se terem alheado das suas tarefas quotidianas, situações como essas podem ser facilmente evitadas pelas organizações (Galpin ,2000).

A mudança estratégica começa a ser caracterizada durante o desempenho na mudança, pelos líderes da gestão de topo, pelo comprometimento relativamente ao número reduzido de pessoas dentro da organização e por análises muito genéricas; pretende-se que todas as incumbências resultem em mudança e na criação da força motivadora para o esforço da transformação (Galpin,2000).

Gordeeff (2020) afirma que o planeamento tático faz a gestão mediana entre os gestores e chefes de departamento de uma gestão e trabalha geralmente num período de 1 á 3 anos, fica condicionada na transformação e interpretação das orientações do planeamento estratégico com finalidades e objetivos que posteriormente serão acompanhados pelas unidades organizacionais no nível operacional, adaptando-se ao plano individual de cada departamento, detalhando toda atividade e responsabilidades a todas as unidades ou divisão da organização conforme as suas respetivas especificidades .

Galpin (2000) afirma que o nível operacional abrange a supervisão que dirige a transformação ao “coração” da organização; enfatiza a execução ao nível local, o objetivo imprescindível da fase da mudança ao nível local é o de implementar e sustentar as modificações desejadas. Para uma gestão eficiente aos níveis estratégico e operacional pode estabelecer a distinção entre o sucesso e o fracasso; pode poupar milhões de contos e levar a um aumento dos lucros; as exigências, o nível de envolvimento e a finalidade de cada nível de mudança, são essencialmente distintos; que detalha as tarefas e atividades isoladamente; objetivos específicos da execução; e foco no curto prazo (Gordeeff,2020).

A mudança operacional corresponde em levar avante o desempenho na transformação, no comando dos quadros médios e supervisores e no comprometimento das pessoas aos vários níveis da organização, pretende-se que resulte na realização das mudanças e nas metas dos objetivos visados, a dimensão da estrutura das equipas na organização deverá ser determinada pela ambição da visão de mudança, isto é, quanto mais ambiciosa for a visão de mudança mais alargada deverá ser a estrutura de equipas, por exemplo, um esforço de mudança centrado numa divisão ou função tal como na área financeira ou administrativa, muitas vezes necessita apenas de uma ou duas equipas oriundas dessa função. Mas uma mudança organizacional que envolva várias funções, requer a criação de equipas de cada área (Galpin ,2000).

2.1.4 Mudanças Implementadas nas Empresas da UE durante a Pandemia da Covid19

Todas as medidas de eficiência e eficácia dependerão de certa forma do tempo de duração da pandemia, a gravidade e profundidade das interrupções ao nível da oferta e procura de bens e serviços poderá ser adotada para o aperfeiçoamento do nível de segurança das famílias e empresas (Sousa ,2020).

Vale ressaltar que medidas que muitas empresas adotaram tem como objetivo principal dividir os custos da redução do exercício económico tanto no sector público como privado; minimizar a destruição de capacidade produtiva de forma permanente e a perda de emprego e evitar a redução brusca de rendimentos:

Os Países membros da UE criaram um programa de estabilização económica e social com a finalidade de recuperar a atividade económica devido as medidas prolongadas como: moratória nos pagamentos dos créditos: facilitando os créditos e concedendo a suspensão durante o tempo em que vigorar a medida, do pagamento do capital e dos juros com vencimento previsto até ao final desse período e as linhas de crédito a empresas com garantia individual do Estado (esta dívida potencializa o choque positivo nas atividades económicas porque a prerrogativa pública não deixa de construir uma obrigação contingente do Estado para um endividamento das organizações), potencializando a exposição acrescida numa conjuntura de grandes incertezas ,por isso é fundamental avaliar a disponibilidade económica e financeira das empresas e selecionar mecanismos mais convenientes para o financiamento, muito embora as medidas traçadas para a operacionalização e o alargamento das funções do banco de Fomento ,e a constituição de um veículo financeiro tem como objetivo principal facilitar o acesso das Pequenas Médias Empresas ao mercado de capitais, este lançamento nas obras públicas e a alteração do período pandémico visa prestar assistência social que venha a refletir no impacto da Pandemia da Covid19 (Sousa,2020).

2.1.5. Fatores que Desencadeiam a Resistência á Mudança

Cunha *et al* (2016) caracterizam esta temática como antiga quando em 1940 houve uma publicação com dois textos proeminentes e desde então o número de trabalhos voltados a resistência a mudança tem crescido com preocupação principal entender as razões que determinam o seu desenvolvimento e as consequências, por vezes perniciosas ou seja os motivos pelas quais as pessoas persistem á mudança são prolixas.

Silva, Varanda e Nóbrega (2004) defendem que uma das medidas para vencer a resistência pressupõe o envolvimento das pessoas afetadas pela solução, o apoio e a participação dos responsáveis, com esta medida conduz a reações das pessoas uma dignidade e respeito, a comunicação clara e positiva das soluções e o tempo necessário para que as pessoas modifiquem opiniões, atitudes e comportamentos.

Sales e Siva (2015) analisando a ideia do autor Herzog (2000) que afirma que a persistência a mudança não vem simplesmente por parte das pessoas a nível individual, as próprias organizações também conservam-se; as mudanças podem afetar diretamente a harmonia ou o *status quo* e quem permanece até nos dias de hoje, controvérsias culturais sejam elas organizacionais ou sociais impulsionam na resistência, com discursos de que quando pensamos acerca da resistência á mudança a nível cultural pegamos a perspectiva de Fleury *apud* Fischer (2001) que analisa com grande relevância a identidade organizacional “como resultado de valores e pressupostos básicos, manifesto em elementos simbólicos, que em sua competência de ordenar, atribuir significações e construir a identidade organizacional que tanto agem como ambiente de comunicação e consenso, assim como não revelam e mecanizam as relações de dominação.

Cunha *et al* (2016) descrevem a temática das razões dos falhanços dos processos da mudança como plural porque divide em fatores psicológicos (inclui: incertezas, as práticas defensivas, o interesse próprio e a falta de confiança na mudança do próprio individuo) e os organizacionais (está relacionada com uma condução errada dos métodos de mudança como abordagem incompletas, lacunas de comunicação e o uso inadequado processos e técnicas) “ aqui os gestores podem influenciar negativamente porque usam estratégias inadequadas quando por exemplo não comunicam de forma franca e aberta alguma informação por temerem que ela seja mal interpretada ou abusivamente utilizada contra a empresa”.

Assim sendo Cunha *et al* (2016) mencionam os impedimentos psicológicos á persistência a mudança de forma clara e abrangente as quatro principais fatores á resistência que são: predisposição para afastar os riscos e incertezas; as práticas defensivas, entendimento de que a mudança colide com os interesses individuais e a descrença em relação á transformação.

2.1.5.1 Fatores Psicológicos Resistência à Mudança

O modelo dos motivos pelas quais as pessoas resistem à mudança apresentado na figura 3, transborda a ideia contruída por Stanislão e Stanilão (1983) e melhorado pelo Smith (2014) e repassada pelos autores Cunha *et al* (2016) quando se analisa os obstáctulos psicológicos do próprio indivíduo.



Figura 3: Modelo de Razões Psicológicas á Resistência á Mudança (Cunha *et al* 2016, p.683)

No modelo conseguimos destacar os fatores psicológicas fundamentais a resistência á mudança nas organizações e baseando-se na teoria dos autores Cunha *et al* (2016) quando se fala do evitamento de incerteza á resistência á mudança, ou seja, aversão ao risco, este motivo acaba sendo relevante porque o indivíduo acaba olhando para experiências negativas anteriores e fica receoso como pode levar os trabalhadores a sentirem-se constrangidos pela simples menção a execução de mudança porque entende que para a simples inversão dos riscos não basta apenas prometer um futuro mais promissor entre (1) uma surpresa menos boa mais segura e (2) um porvir risonho mais duvidoso e por isso muitas pessoas preferem a primeira opção.

Também analisando a resistência colocando os motivos e rotinas defensivas os autores Cunha *et al* (2016) caracterizam como vantajosas em organizações com uma história de tomadas de decisões unilaterais (autocráticas) e para ultrapassar estas defesas, as organizações podem investigar um conjunto de práticas como: tornar desejável para os indivíduos o investimento em novas experiências; impulsionar o sentido de identificação com a organização e introduzir gradualmente as mudanças.

O autointeresse na resistência à mudança também é um ponto a ser destacado nos fatores psicológicos porque Cunha *et al* (2016) evidenciam que os indivíduos assumem uma percepção de que os seus interesses pessoais estão condicionados a ameaças com este processo; e muitas delas estão acompanhadas pela estratégia de operacionalização de comportamentos políticos (as manobras políticas responsabilizam-se, em muitos casos, grande subtileza apontam a esconder o autointeresse).

Na descrença em relação à mudança aqui Cunha *et al* (2016) respondem as questões como falta de confiança genuína e quanto a finalidade, as ideias e aquilo que se espera do processo da mudança atua essencialmente à adesão das pessoas à mudança, deve induzir as pessoas a participar e a necessidade de criar ligação estruturais, relacionais e sociais que introduzem a ideia de participação no centro da vida organizacional.

2.1.5.2 Fatores Organizacionais a Resistência à Mudança

Para as organizações os autores Cunha *et al* (2016) afirmam que muitas vezes os obstáculos podem ser categorizados em três níveis:

- **Abordagens Incompletas:** muitas vezes está associada a uma possível explicação para o fracasso radical na ausência de integração entre os esforços desempenhados aos níveis psicológicos, formal e social.
- **Deformação de Comunicação:** acontece sempre parece que uma barreira durante o processo de transmissão de informação, para Cunha *et al* (2016) é insuficiência durante a esclarecer os empregados sobre os benefícios da mudança; existe uma necessidade clara durante a comunicação e que provavelmente que é a inércia propicie a continuação das rotinas instituídas e para se poder ultrapassar por parte dos gestores deve-se insistir com mensagens de necessidade de mudança, bem como reforçar a mesma mensagem com garantias de ganhos que podem assumir formas tão diversas como compensação financeiras, melhorias na qualidade do trabalho, estatuto, prestígio etc.

Técnicas de Comunicação

Bernardino (2017) afirma que a função da comunicação é essencialmente a promoção e divulgação de notícias com a finalidade de fomentar transparência. Para a comunicação ser eficaz, deve haver um plano de comunicação guiado em vários princípios fundamentais, em primeiro lugar, as mensagens devem estar unidas ao propósito estratégico da mudança, por exemplo, se a finalidade da mudança é a diminuição de custos, qual é o objetivo, que benefícios serão obtidos caso o esforço seja bem-sucedido e quem irá beneficiar dele. Uma clara explicitação da mudança, manterá as pessoas motivadas e no caminho certo enquanto ocorre o processo de mudança, permitirá estabelecer a credibilidade da iniciativa, tomada como algo positivo e que deve ser feito em nome do negócio (Galpin, 2000).

Em segundo lugar, as informações devem ser realistas e honestas. Se as informações negativas forem ocultadas, criar-se-á a crença de que as mensagens não são verdadeiras; muito pelo contrário uma comunicação honesta em todos os aspectos, tanto nos bons como nos maus, contribuirá na creditação nas mensagens passadas (Galpin, 2000).

Em terceiro lugar, a informação deverá ser proactiva e não reativa. Deve ser organizada com antecedência e começar logo no início do processo de mudança, não pode ser tomado como acontecimento tardio ou como uma reação a protestos por parte dos afetados. A comunicação proactiva favorecerá evitando assim a necessidade de um lugar defensivo durante um processo. Quando os programas de formação são planeados nesta altura, acontece muitas vezes serem delineados de modo inadequado, ministrados tardiamente para o impacto desejado, e recusados por aqueles que deles necessitam. É nesta fase também é necessário manter o cuidado e criar uma estratégia de abertura e transparência para combater os rumores que infelizmente, estas são afirmações muito familiares, escutadas com frequência tanto a gestores como a empregados, mas quando se pergunta às pessoas de onde veio essa informação, elas respondem qualquer coisa do género *“foi a maria que me contou no refeitório”* Comentários deste género dizem algo de muito importante sobre esforço de mudança: os rumores tomaram poder, e devemos passar eficazmente a comunicação de modo a combater os rumores; a maioria dos administradores acreditam conseguir fazê-lo através do uso de memorandos, comunicados ou vídeos. Embora os meios não serem bastantes, para iniciar uma comunicação com eficácia, é imprescindível a existência de uma estratégia de comunicação bem pensada (Galpin, 2000).

Uso indevido de processos e técnicas: este também é um fio condutor no fracasso ao esforço para uma mudança eficaz devido ao fator conducente na opinião de que uma determinada técnica ou intermédio pode ser “varinha de condão” e resolver os conflitos da organização e várias razões podem estar associadas a essa situação :a) a escolha da técnica pode ser apenas com base num fenómeno de moda, mas não ser um remédio correto para as causas observadas ; b) ela pode gerar efeitos tao rápidos quanto ao esperados e gera um ciclo vicioso da qual a organização não poderá escapar-se facilmente (Cunha *et al* ,2016).

Uma comunicação eficaz como fio condutor da qualidade no serviço ela promove o aumento da visibilidade interna e externa, aumento de credibilidade diminuição de resistências, diminuição de equívocos e deturpações de informação, fomento de envolvimento de pessoas, reconhecimento do trabalho efetuado, e dá oportunidade para discussão e melhoria (Silva, Varanda & Nóbrega, 2004, p.108).

Para evitar tudo que se foi dito as organizações devem optar por escolher métodos e estratégias eficazes para obterem o fim desejo de qualquer que seja a implementação da mudança dentro da sua organização, e vamos abordar no capítulo a seguir como os sistemas de saúde se reorganizaram durante a pandemia da COVID19.

2.2. Reorganização dos Sistemas e Serviços de Saúde

Bernardino (2017) analisa a necessidade de reorganização das urgências com a finalidade fundamental adequar o resultado do sistema de saúde às necessidades determinadas pela situação aguda do utente e pressupõe uma conexão de intervenções na cadeia de prestação de serviços e cuidados de saúde.

Assim sendo e para dar resposta a pandemia da Covid19, a OMS (2020) criou um plano de orientação estratégica para o combate, com três fases para fazer face a esta situação, e a primeira é a preparação, segunda resposta e a terceira recuperação. Na face das medidas de preparação, houve apenas um alerta, e ocorreu quando não existia casos internos, mais existiam casos importados em muitos países como Portugal, Angola, Brasil etc., e o risco da Covid19 era baixo, e a contenção foi o primeiro nível de resposta, e o segundo nível refere-se á fase de contenção alargada que remeteu para a existência de cadeias secundárias de transmissão na Europa e casos importados; o terceiro nível diz respeito á fase de mitigação, onde há existência

de casos locais em ambiente fechado e transmissão comunitária, sendo que após atingirmos este nível estamos perante a uma situação de epidemia ou pandemia ativa (OMS,2020; Carvalho,2020) .

Assim sendo houve uma constante e ininterrupta diferenciação de todos os profissionais integrantes nos processos de auxílio, transporte e tratamento e com isso os sistemas e serviços de saúde e foram obrigados a adotar medidas de mitigação a pandemia da COVID19 muitas delas instituídas pela OMS (2020) é outras medidas instituídas de acordo as necessidades de cada País.

No plano de preparação ou contenção medidas orientadas pela OMS,2020 como medidas preventivas foram: o isolamento social, e o uso de máscara facial, cobrir o nariz e a boca sempre que espirrar ou tossir, usar um lenço de papel (toalhita) ou o braço, jamais as mãos, desprezar o lenço de papel no lixo e lavar as mãos ou desinfetar sempre que soar, espirrar ou tossir. É nunca esquecer de aumentar as medidas de higiene: lavar sempre que possível as mãos com água e sabão ou usar uma solução de base alcoólica e impedir o contacto próximo com os doentes com infeções respiratórias, ou suspeitas da Covid19 e aos funcionários que prestam assistência a doentes suspeitos de infeção (Carvalho,2020).

Sousa, A; Vicente, C; Requeixa, C; Correia, D; Carvalho, D; Gata, M; Mansinho M.T; Carreiro M; Sousa M e Clementino, R. (2021) afirmam que muito tem se feito na dinâmica da reorganização dos serviços de saúde em Portugal, como enquadramento de pessoal técnico para manter frente a vigilância epidemiológica da COVID19, há registos de diminuição da atividade no atendimento programado em várias instituições do SNS, como forma de garantir apenas o acesso aos casos considerados prioritários, o atendimento presencial foi reduzido com objetivo de salvaguardar a vigilância de questões sensíveis, críticas ou consideradas mais prioritárias em saúde por isso muitas das consultas foram adiadas ou condicionadas nos cuidados de saúde as consideradas não essenciais com objetivo principal de minimizar os fatores que possam prejudicar a vigilância para a saúde .

Sousa *et al.* (2021) garantem que a forma que o SNS de Portugal adotou para ceder as respostas a carência de saúde dos habitantes no que concerne ao atendimento não presencial deve ser articulado entre os profissionais de saúde; deve ser previamente agendando os casos

que for necessário ir á uma unidade de saúde por telefone ou via eletrónica (email) a tecnologia foi um incremento alto usado durante a pandemia nos SNS.

O uso de consultas por telefone ou email (não presencias) com os médicos, especialidades, enfermeiros, serviços técnicos de saúde e outros embora não sendo o ideal, foi uma alternativa usada durante a pandemia nos casos de seguimento hospitalar e mostrou grandes benefícios (como: consultas, gestão de terapêutica e pedidos de receitas e pedidos de exames) mais fácil haver um controlo rigoroso das normas contra a infeção da COVID19, e o seu cumprimento é notório para prevenção e qualidade da saúde (Sousa *et al*, 2021).

A reorganização dos sistemas de saúde, bem como a redefinição da carteira de valência nos hospitais afirma-se essencialmente ao alinhamento dos diferentes atores que defendem o planeamento e operacionalização da oferta de cuidados ao doente (Bernardino, 2017).

2.2.1 Medidas Implementadas em Serviços de Saúde Pública

A pandemia da Covid19 é um aviso gritante e com desafios contínuos, porque os vírus patógenos infecciosos que fazem partes dos grupos emergentes e ré emergentes leva a necessidade de vigilância constante, diagnóstico imediato e pesquisa robusta para compreender a biologia básica de novos organismos e nossas suscetibilidades a eles, bem como para desenvolver contramedidas eficazes (Anthony et al ,2020).

Quando a 11 de março de 2020, a OMS anunciava que estamos perante a uma pandemia, todos os países de certa forma começaram a preocupar-se na necessidade de criar e implementar medidas para o combate a pandemia da COVID19 como Portugal e em quase toda a Europa já se assistia ao fecho de escolas, ao encerramento do comércio, proibia-se as viagens e pedia-se que as pessoas ficassem em confinamento nas suas casas (Vicente & Gomes, 2020).

Assim sendo comunidades como Estados Unidos a propagação e disseminação começa a exigir uma mudança estratégica na contenção para desafios de mitigação; como distanciamento social, a fim de reduzir a transmissão, estas estratégias podem incluir o isolamento de pessoas doentes (incluindo o isolamento voluntário em casa), o fechamento de escolas e o teletrabalho, quando possível (Anthony et al,2020).

Anthony et al (2020) relatam que alguns Países como China, Estados Unidos e vários outros países instituíram restrições temporárias às viagens com o objetivo de desacelerar a disseminação dessa nova doença na China e no resto do mundo; os Estados Unidos viram uma redução dramática no número de viajantes na China, especialmente na província do Hubei; pelo

menos temporariamente, essas restrições podem ter ajudado a desacelerar a disseminação do vírus.

As comunidades subsarianas e o continente africano que apresenta ter um nível de dependência nos negócios com a China, o tráfego intenso acaba sendo mais vulnerável pela incapacidade ou mesmo porque muitos poucos países africanos têm capacidades de diagnósticos adequadas e suficientes e existem desafios óbvios para lidar com tais surtos; a OMS identificou 13 países prioritários (Argélia, Angola, Cote d'ivoire, República Democrática do Congo, Nigéria, Etiópia, Maurício, Gana, Quênia, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia) que mantêm ligações diretas com a China ou um grande volume de viagens para a China. Assim sendo dada a fragilidade dos sistemas de saúde na maior parte dos países da África subsariana, surtos de doenças novas e ré emergentes, como a atual pandemia da COVID19, pode estagnar os sistemas de saúde às custas das exigências de saúde primária; o impacto da epidemia de Ébola na economia e nas estruturas de saúde ainda é sentido cinco anos depois nos países afetados; respostas eficazes a surtos e preparação durante emergências de tal magnitude são um desafio na África e em outros países de renda média baixa; tais situações podem ser parcialmente mitigadas com o apoio às estruturas de saúde regionais e subsarianas existentes (Thirumalaisamy et al ,2020).

Nessa altura em muitas cidades, estabelecimentos considerados não essenciais foram fechados permanecendo abertos apenas os essenciais, como supermercados, farmácias, hospitais e centros de tratamento especialmente construídos e destinados a essa finalidade; devido a este cenário, o serviço de entregas tem sido utilizado com bastante frequência em muitos lugares; como outras medidas de conter a disseminação do vírus, o tráfego entre cidades foi bloqueado para reduzir a possibilidade de propagação (Uzunian ,2020). A suspensão das visitas a hospitais e lares, reforço dos meios humanos na área da saúde e na linha SNS 24, bem como dos equipamentos de proteção individual dos profissionais, abertura de contratos de médicos aposentados sem sujeição estabelecida de idade, assim como regime cautelar para os profissionais da área de saúde, reconhecimento de um cumprimento excepcional para aderir aos serviços por parte dos órgãos, serviços, organismos, e entidades do Ministério da Saúde (Carvalho,2020).

A partir daí também se começou a falar na possibilidade da criação da vacina e vários estudos começaram a surgir em Israel cientistas estudavam uma vacina para imunizar as pessoas contra esse vírus (Uzunian ,2020).

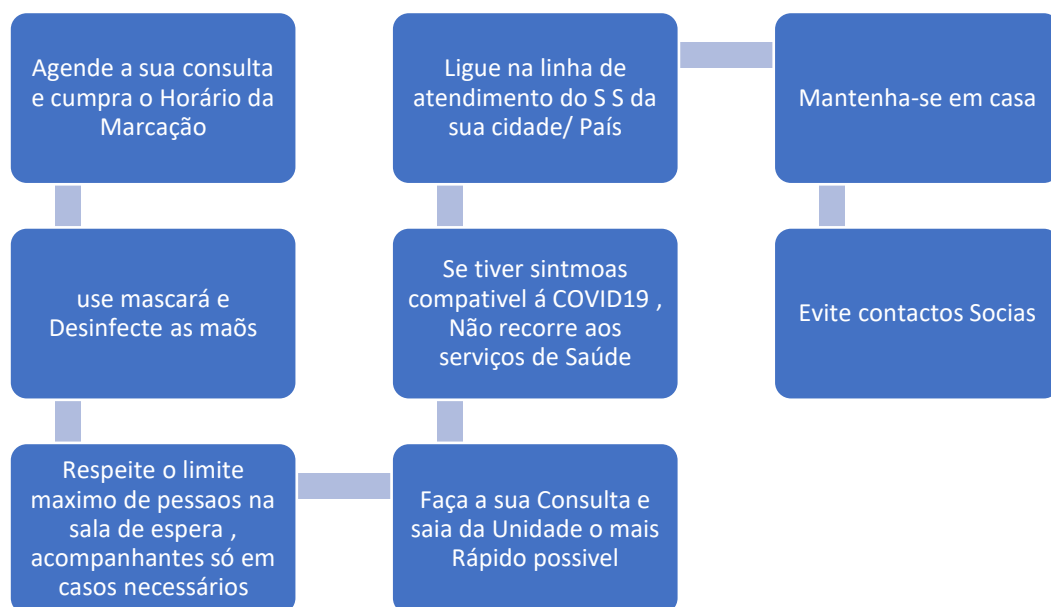
Não obstante os estudos que a comunidade científica estava a tentar descobrir havia então outra recomendação fundamental que era que todos fossem vacinados contra influenza,

por ter maior mortalidade que o Covid19. Nas sociedades médicas eram criados e organizados protocolos para reconhecer a tratar complicações (Strabelli & Uip, 2020).

Uzunian (2020) afirma que as medidas preventivas são aquelas habitualmente divulgadas pelas autoridades de saúde pública e pela mídia: evitar aglomerações, manter distância entre pessoas, permanecer nas residências e deslocar-se a algum estabelecimento somente em casos de extrema necessidade, ou seja, adotar o uso de máscaras, distanciamento social e luvas, principalmente quando o indivíduo necessita sair de casa.

Devido o medo que muitos acarretavam, começou a criar -se um plano de investigação dos casos sintomáticos que deveria ser certificado com a pesquisa do vírus por reação em cadeia da polimerase (PCR) de swab nasal (Strabelli & Uip, 2020). Recomendava-se que as unidades hospitalares ficassem em alerta para casos de pessoas com sintomas respiratórios e que apresentassem história de viagens para de transmissão local nos últimos 14 dias; antes de ser considerado a eventualidade de ser um caso suspeito de coronavírus, recomendava-se afastar as doenças respiratórias mais comuns e criar o protocolo de tratamento específico oportunamente para impedir casos graves e óbitos por doenças respiratórias conhecidas quando mencionado (OMS ,2020).

2.2.2 Medidas implementadas para as consultas Presenciais no SNS (Sousa *et al.*2021)



Para as consultas presenciais o uso obrigatório de medidas estipuladas pela (OMS,2020) no âmbito de mitigação do combate a pandemia, deve servir de forma rigorosas para evitar caos inesperados e prevenir á infeção, esta dinâmica estrutural nos leva á mudança emergente nas organizações (*oportunidade de mudar estratégias de forma não intencional Cunha et al ,2016*).

2.3. O Caso de Angola

Durante o estado de calamidade pública declarada pela OMS (2020), Angola começou a tratar as primeiras alterações no decreto presidencial do diário da república publicado do dia 20 de março de 2020, onde consta as adaptações que o sistema de saúde pública e privada começou a implementar medidas de mitigação no SNS.

Marques e Morán-Carrillo (2020) defendem que, o impacto resultante de várias situações inesperadas, leva a uma intervenção feita neste momento crítico e que deve ser bem articulada com todos os atores do terreno, a intervenção no meio á crise, gestão de casos, auxílio de organizações internacionais que podem prestar apoio seja ao nível da saúde, educação ou das necessidades habitacionais.

Angola já deslocou aproximadamente 8,3 milhões de euros para o combate e prevenção da Covid19 embora os números continuam a aumentar, vários debates apontam que para mitigar esta situação medidas de segurança ainda é a melhor forma de prevenção como: ficar em casa e o distanciamento social porque a forma como os números crescem e a propagação ainda é muito alta melhor mesmo é prevenir (Luamba,2020).

2.3.1. Medidas de mitigação no SNS de Angola

- Aquisição de ventiladores e aparelhos médicos de oxigénio provenientes da China;
- Aumento de Profissionais vindo de Cuba (médicos, enfermeiros);
- Formação técnica aos funcionários de saúde para prática e uso de ventiladores e outros matérias; (Luamba,2020). O plano de contingência para a possível suspensão dos serviços é necessário e pode incluir a formação profissional e o reabastecimento de

medicamentos, as incertezas na evolução da pandemia, resposta estratégica terá de ser necessariamente dinâmica e ajustar sempre que possível (Dias,2021).

- Uso de EPIs, quarentena domiciliar e hospitalar, alteração de escala, isolamento social, distanciamento social; são medidas universais declarada pela OMS (2020) e que Angola não ficou de fora.

O mundo ainda se encontra a viver a pandemia e não se sabe exatamente o seu fim, e já sentimos os seus efeitos em outros sistemas organizacionais como na economia e outras áreas e um bom momento para o governo angolano começar a pensar apostar mais nas ciências médicas (Luamba,2020).

“A partir desta crise da COVID19, tomem consciência da importância do papel das ciências, nestas crises e no impulsionamento do desenvolvimento do País porque os que vão sair desta mais fortalecidos são, sem dúvidas, aqueles que investem em ciência” (Político Lúiele mestre em biociências).

2.3.2 Clínica Sagrada Esperança e a Pandemia

Em 1990 o presidente do grupo Endiama propôs a criação da clínica em Luanda, com dois objetivos principais: 1) tratar os doentes e cuidar dos filhos dos funcionários numa creche, jardim-escola (pretensão) e 2) participação crucial ativa na humanização social.

E com isso foi inaugurado a primeira clínica do nível terciário em Angola circunscrito na província de Luanda, capital de Angola no centro da ilha de Luanda: Avenida Murtala Mohamed, nº298; oficializa-se como uma das mais influentes instituições de saúde em Angola. Caminhando a passos largos para a comemoração de um quarto século de atividade, continuando a trabalhar para cumprir dignamente a sua missão. A mesma dispõe de nove (9) serviços principais: atendimento permanente, bloco de partos, consulta externa, audiometria, bloco operatório, cuidados continuados, banco de urgência, clínica geral e cuidados intensivos; a mesma possui um leque diversificado de especialidades quer no atendimento como cirúrgica como: anatomia patológica, cardiologia, cirurgia geral, anestesiologia, cirurgias pediátricas, cirurgia maxilo-facial, angiologia e cirurgia vascular, cirurgia cardíaca e pediátrica (Enciclopédia da CSE s.d).

A CSE aborda os aspetos internos voltados a admissão do doente em qualquer uma das áreas do serviço quer pelo seguro como particular devendo sempre as equipas analisar entre outros os seguintes aspetos: qualidade dos serviços prestados, segurança do doente, certificação das distintas áreas e serviços da instituição, implementação dos conhecimentos perante os factos, aplicação dos conceitos de ética e deontologia profissional, acerto de contas e recebimento dos valores estabelecidos (Boletim Informativo da CSE, 2019).

A CSE trabalha na satisfação e valorização dos seus clientes como componente da gestão, é um processo continuo e requer melhorias constantes, e todo trabalhador faz parte desta meta de qualidade e empenha-se nos seguintes aspetos: reflexão sobre os resultados obtidos, direcionamento dos diferentes grupos de profissionais analisar meios e matérias utilizados, verificar o grau de conforto do material, analisar a forma como se atende e recebe todos os doentes sem exceção de pessoas e medir as opiniões sobre a alimentação (Boletim Informativo da CSE, 2019).

Durante a Pandemia da Covid19 a CSE tomou algumas medidas para salvaguardar os seus profissionais que trabalham na linha de frente como: aluguer de um hotel para os profissionais em quarentena e os profissionais testados positivos assintomáticos, todos os trabalhadores encontravam-se instalados nos alojamento da CSE devido a dificuldade de mobilidade e as restrições impostas pelo governo (colher obrigatório, lotação nos transportes públicos, limites nos horários etc.); os profissionais da linha de frente têm tido sessões de acompanhamento com psicólogos, psiquiatras e outros profissionais, devido o stress, depressão e esgotamento físico e mental; foi criado um subsídio de risco para todos os profissionais da linha de frente (médicos, enfermeiros, auxiliares e rececionistas); formação continua sobre prevenção da infeção; material de biossegurança disponível e prioritário para os trabalhadores da linha de frente; em toda a CSE encontra-se disponível dispensadores de sabão, nos serviços reforço dos pontos de álcool em gel; informação em panfletos pela CSE com informações sobre a COVID19 (importância das lavagens das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento e segurança) (CSE,2021).

Abordamos as medidas utilizadas durante a pandemia das empresas, agora vale destacar aspetos como o perfil do enfermeiro diante de todas essas mudanças, dimensão da qualidade de vida e fatores que influenciam na qualidade de vida dos enfermeiros durante a pandemia, no capítulo que se segue.

Capítulo 3 – A Qualidade e Vida dos Enfermeiros durante a Pandemia da Covid19

Sumário

3.1 Enfermagem em UCI

3.2 Dimensões da Qualidade de Vida

3.2 Fatores que Influenciam a Qualidade de Vida dos Enfermeiros

3.1 Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos (Conceito e Evolução)

O ambiente numa UCI sendo diferente de outras áreas, reveste-se de algumas particularidades, possuindo uma série de características que podem ser indutoras de stress, o cliente internado em UCI dada a sua gravidade e eventual risco de vida, exige dos profissionais conhecimentos específicos, altos níveis de responsabilidade e capacidade para tomar decisões imediatas e habilidade em lidar com novas tecnologias; assim dada a proximidade entre o enfermeiro e o cliente internado em UCI, as expectativas de desempenho das primeiras são altas; neste sentido a decisão dos profissionais deve ter em conta as distinções deste ambiente e a sua capacidade de adaptação ao mesmo (Pinho, 2020).

Viana (2012) afirma que o método de cuidar em enfermagem intensivista inicia-se através do resgate de fontes históricas e memórias sobre como foram originadas e desenvolvidas as práticas assistências á pacientes graves ou críticos, no panorama mundial e nacional de atenção á saúde, e com o estabelecimento do cuidado/tratamento intensivo, enquanto categoria formal atenção a saúde, deveu-se a reorganização hospitalar no mundo pós-guerras, particularmente nos Estados Unidos da América e Europa.

O reconhecimento que as mortes por choque hipovolêmico, obstrução das vias aéreas, insuficiência respiratória hemorragias e infeções, entre outros poderiam ser reduzidos através da concentração de assistência a esses grupos e pelo emprego de proficiência e eficiência dos profissionais, porém esse não foi o único motivo do desenvolvimento das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Fairman,1998; Viana 2012).

O modelo precursor das UCI iniciou-se em 1923 com Walter Dandy, quando criou uma unidade de cuidados pós-operatórios a pacientes neurocirúrgicos no Johns Hopkins Hospital, em Baltimore (EUA); essa iniciativa pôs em prática o conceito de recuperação pós-operatória, tornando as enfermeiras as primeiras especialistas em cuidados críticos á beira do leito, sob a direção de neurocirurgiões (Ristagno,2009; Viana 2012).

O modelo de cuidados intensivos das unidades de recuperação pós-operatória foi aplicada nos conflitos militares, nos anos subsequentes, com as então denominadas de unidades de choque, que envolviam o cuidado e manejo iniciais de soldados gravemente feridos, apenas nos anos 50 foi ampliado para a população civil, permitindo melhores resultados aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos ou oncológicos radicais; a *expertise* das enfermeiras “especializada” sob direção dos anestesiológicos, foi crucial no manejo do pacientes em período pós-operatório imediato; contudo as unidades pós -operatórias ou pós -anestésicas eram providas por equipes profissionais apenas durante uma parte do dia, tipicamente oito horas (Weil 2011; Viana 2012).

Até os anos 60, houve um grande desenvolvimento do cuidado/ tratamento intensivo, através da criação de inúmeras UCI em vários países, particularmente nos EUA e Europa; houve a divisão em subespecialidades como: UCI clínicas, cirúrgicas, coronárias, pediátricas e neonatais entre outras (Viana, 2012).

Viana (2012) refere que as descrições históricas dos eventos, frequentemente produzem intersecções cronológicas que, apesar de apresentarem semelhanças ou pontos comuns, também demonstram lacunas, particularmente quando se objetiva produzir um produto completo e sequencial; objetivando demonstrar que a evolução de alguns recursos e intervenções diagnósticas e terapêuticas, assim como o conhecimento surge sobre algumas condições, frequentemente utilizados ou encontrados nas UCI atuais não necessariamente seguiram a mesma sequência cronológica do cuidado / tratamento intensivo.

Fontaine e Morton (2014) afirmam que um dos objetivos profissionais da enfermeira da unidade de cuidados intensivos é promover ótimos resultados a clientes e familiares que estão sendo atendidos no complexo ambiente da UCI; as estratégias que a enfermeira na unidade de terapia intensiva pode usar para alcançar esse objetivo incluem obter especialização na área de enfermagem em UCI, proporcionar intervenções que sejam baseados em evidências atuais,

atuar para criar e promover um ambiente de trabalho saudável e aperfeiçoar-se, desenvolvendo as competências essenciais de enfermagem.

O certificado de especialização concedido pela *American Association of Critical -Care Nurses* (AACN) promove a excelência na profissão de enfermagem em UCI, ajudando as enfermeiras a conseguirem e a manterem uma base de conhecimentos atualizada e possibilitando que elas demonstrem voluntariamente sua amplitude e profundidade de conhecimentos na área de enfermagem em UCI “*a especialização tem valor para os clientes e seus familiares, para os empregadores e para as próprias enfermeiras*” (Fontaine & Morton ,2014).

Mendes (1995) diz que a unidade de cuidados intensivos (UCI) é um espaço montado com tecnologia de alta diversidade, um contexto otimizado para a continuidade dos pacientes criticamente doentes e que precisa de uma equipe profissional com competências específicas. Logo, para a atuação em UCI aconselha-se a admissão dos enfermeiros especialistas em terapia intensiva e que possuam habilidades e/ou conhecimentos específicos assumidas acerca deste campo de atividade/saber.

A unidade de cuidados intensivos (UCI) é uma organização hospitalar complexa que beneficia de sistemas de monitorização contínuo, que favorece doentes eventualmente graves ou com descompensação de um ou mais complexos orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidades de se melhorar (Conselho regional de medicina; 1995; Pinho, 2020).

A finalidade de enfermagem é a prestação de cuidados (de forma autónoma ou interdependente) o indivíduo, sã ou doente, família, grupos e coletividade, de forma a manter, recuperar ou melhorar a sua saúde (Ordem dos enfermeiros, 2015; Pinho, 2020).

O enfermeiro tem de lidar com a necessidade de ser um sujeito de conhecimento, assim como um sujeito de conduta, sendo influenciado pelas vivências, valores éticos e pessoais e capacidade de estabelecer uma relação efetiva com o cliente (Vargas,2010; Pinho, 2020). Na UCI o enfermeiro necessita de aliar a qualificação adequada a uma capacidade de mobilização das suas competências profissionais, numa prática que alie os conhecimentos técnicos e científicos, dominando a tecnologia, sem esquecer a humanização do cuidado, encarando, holisticamente o cliente como um único indivíduo (Camelo,2012; Pinho, 2020).

Fontaine e Morton (2014) afirmam que os enfermeiros da unidade de terapia intensiva rotineiramente atendem clientes em condições complexas e com o risco de morte. Além de lidar com alterações fisiológicas provocadas por doenças graves, elas também precisam gerenciar os desafios psicossociais associados e os conflitos éticos que muitas vezes surgem no ambiente de terapia intensiva.

Todo aparato tecnológico que rodeia uma UCI torna-se parte integrante da prática clínica: um grande número de dispositivos (de monitorização, suporte vital, administração de fármacos, regulação da temperatura, entre outros) rodeiam o cliente e auxiliam o enfermeiro no processo de cuidar. Silva e Ferreira (2017) & Pinho (2020) relacionam a idade com a perceção para com a tecnologia: enfermeiros mais novos encaram-na como um obstáculo e enfermeiros mais velhos como um aliado. Isto pode poderá propiciar não haver contacto direto entre enfermeiro e cliente, favorecendo o distanciamento.

Considerando que a capacidade comunicativa do enfermeiro para o cliente é um meio importante para ultrapassar o tecnicismo associado à UCI, até porque a comunicação tem sido considerada uma das importantes habilidades em enfermagem, decorrente de ser o grupo profissional, na área de saúde com maior contacto com o cliente (Voegeli *et al* ,2013; Pinho, 2020).

O profissional competente em UCI colabora com a equipa e compreende a situação perante a qual se depara, agindo com eficiência (Lindberg,2006; Pinho ,2020); o individuo com uma forte identidade pessoal, que se identifique com a área de desempenho pessoal, tendo potencial para trabalhar bem em equipa, sendo este um aspeto fundamental em UCI (Pinho,2020).

A autonomia na tomada de decisão do enfermeiro numa UCI é afetada pela perceção da falta de conhecimento, pelo controle médico e pela incompatibilidade entre o elevado nível de formação em cuidados intensivos e a baixa responsabilidade (Bucknall, 2000; Pinho, 2020). O enfermeiro deve comprometer-se com aprendizagem continua devendo os órgãos de chefia fornecer as condições necessárias para o empoderamento do enfermeiro, de forma a este assumir as responsabilidades decorrentes das suas capacidades (Teixeira, 2012; Pinho, 2020).

Deste modo deverá ter uma atualização constante de conhecimentos, demonstrando vontade e disposição para aprender (Silva & Ferreira, 2011; Pinho, 2020) de forma a lidar de forma eficiente com estes dispositivos; pela educação continua é garantida a manutenção da competência do profissional em relação a sua prática (Camelo,2012; Pinho, 2020).

Os enfermeiros não familiarizados com as tecnologias ou sem o adequado conhecimento científico poderão prestar cuidados com menor segurança (Silva & Ferreira, 2011; Pinho, 2020).

Todo enfermeiro que trabalha em UCI poder-se-á associar a nível de conhecimentos técnico-científicos e de responsabilidades á habilidade em lidar com novas tecnologias, e a responsabilidade de uma aprendizagem contínua, o trabalho em equipa é fundamental devendo o enfermeiro ser capaz de estabelecer uma comunicação efetiva com os pares interprofissional, a comunicação com o cliente também assume relevo, humanizando o cuidado, num ambiente repleto de tecnologia em que o componente técnico é importante (Pinho, 2020) .

Viana (2012) afirma que a gestão dos cuidados é também uma atividade desenvolvida pela enfermagem, ser enfermeiro, é ter as responsabilidades focadas na gestão das unidades de saúde e requer o desenvolvimento de competências que compreenda todo o processo e a estrutura organizacional; para o profissional da terapia intensiva, esta condição está imbuída ao seu dia a dia, pois a gestão encontra-se elencada ao cotidiano na assistência do paciente critico desde o processo de humanização, frente aos cuidados prestados, que permite um clima interação, conhecimento e desenvolvimento, impulsionando mudanças e fortalecendo a prática.

O êxito da gestão nas unidades de saúde depende fundamentalmente da capacidade e da habilidade em articular recursos, combinar interesses e assumir um papel organizacional, manter um bom funcionamento de um serviço prevendo e provendo dos recursos necessários para a devida assistência, depende essencialmente da perícia, responsabilização e do espírito visionário de um prestador de cuidados de enfermagem que contenha a capacidade de:

- Consciencialização da situação política e económica do país;
- Aplicação das ações administrativas instituídas pela administração;
- Implementação de estratégias para rentabilizar os recursos existentes;
- Promoção do diálogo, apoio incondicional e cooperação voluntária de todos os colaboradores envolvidos no processo (viana ,2012).

Viana (2012) caracteriza os profissionais da UCI devendo estes ser altamente qualificados devido a gravidade do paciente, com isso, a quantidade do pessoal reflete constantemente contingências de financiamento e não as carências do colaborador ou aos pacientes; em resposta, há regularmente uma má adequação entre as necessidades dos enfermeiros e os requisitos dos cuidados de enfermagem a serem prestados.

A competência técnica é uma habilidade do profissional intensivista, e a evolução tecnológica tem crescido ao longo dos anos de forma exponencial, contribuindo positivamente para uma melhor evolução no cuidado ao paciente crítico; define-se por tecnologia “*o conjunto de aprendizagem aplicados a uma determinada área específica ,indo desde o equipamento de alto grau de multiplicidade, até procedimentos considerados corrente ,como por exemplo uma punção venosa ou mesmo cuidados de higiene no leito*” (Chiavenato ,1992; Viana ,2012) .

Nestes últimos anos tem -se evidenciado um incremento do número de UCI que foram marcados pela relação custo/benefício, onde em alguns casos acompanhamos os gastos exuberantes com procedimentos invasivos e a alta tecnologia e outrora presenciamos a contenção dos custos na assistência direta; para minimizar tal discrepância, a equipe de enfermagem é normalmente a mais sensível perante a condicionalismo como fator redução e adequação de custos, os métodos da gestão de recursos humanos na enfermagem são fundamentais para adequar a prestação dos cuidados (Queijo, 2002;Viana ,2012) .

O recrutamento de pessoal de enfermagem deve ser aplicado um processo sistemático para determinar o número e categoria profissional necessária para prestar cuidados com qualidade e segurança aos pacientes; a implementação deste processo requer a utilização de uma metodologia que possibilite a quantificação das variáveis que interferem na carga de trabalho (Viana ,2012).

Viana (2012) a assistência baseia-se na excelência e tem sido uma busca constante das instituições de saúde, particularmente, o cuidado ao paciente grave necessita ser realizado de forma ininterrupta e livre de eventos adversos ; frente a esta preocupação, surgiu a necessidade de utilizar métodos mais fidedignos para monitorizar a qualidade da assistência intensiva que tem crescido consideravelmente nos últimos anos; a avaliação da carga de trabalho de enfermagem tem se mostrado imprescindível como recurso de gestão em unidade intensiva (Nicola & Anselmi , 2005).

Nesta perspetiva, percebe-se que a humanização dos serviços de saúde provoca, também, em mudança do próprio modo como se compreende o usuário do serviço, ele seria um sujeito, que não necessitaria de atos de caridade, já que um sujeito exerceria o uso correto de um serviço que garantisse ações técnicas, política e eticamente confiante e que prestadas por trabalhadores prudentes, tal mudança refere-se a um posicionamento político que enfatiza a saúde em uma profundidade ampliada relacionada às condições de vida inseridas em uma conjuntura sociopolítico e económico (Marques 2010; Viana ,2012).

3.1.1 Trabalho de Enfermagem em UCI em Tempo de Pandemia

Diniz e Paulino (2020) assumem que não basta termos recursos estruturais dentro de uma UCI como: ventilador, cama, monitor, sala de pressão negativa, sem antes lembramos que aconteceu com a Itália que entrou em colapso quando o número de doentes ultrapassava os recursos disponíveis, levando assim em difíceis tomadas de decisões com dilemas éticos, como quem será priorizado no uso de aparelhos e estando os pacientes entregues a sorte.

Fleury e Fleury (2001) referem que há uma descrição profissional para trabalhar em UCI. O enfermeiro inábil possui o conhecimento teórico, portanto, não reúne todas as características necessárias para atuar neste lugar, por isso vivências ou experiências a inserção neste contexto de cuidado de forma peculiar, ou seja, ainda necessita aumentar a habilidade técnica, aprimorando-a, preferencialmente, por um processo de inclusão profissional.

Fontaine e Morton (2014) afirmam que um dos objetivos dos trabalhadores de enfermagem na unidade de terapia intensiva visa á promoção de ótimos resultados a clientes e familiares que estão sendo atendidos no complexo ambiente da UCI; as estratégias que a enfermeira na unidade de terapia intensiva pode usar para alcançar esse objetivo incluem obter especialização na área de enfermagem em UCI, proporcionar intervenções que sejam baseados em evidências atuais, atuar para criar e promover um ambiente de trabalho saudável e aperfeiçoar-se, desenvolvendo as competências essenciais de enfermagem .

Muitos países ainda vivem momentos onde há carência estrutural de enfermeiros, porquê segundo a OCDE, está muito abaixo da média do rácio de enfermeiros por mil habitantes dos países que fazem parte da organização é no caso dos enfermeiros, o número ideal é dois

doentes para cada enfermeiro e em muitos casos um doente para cada enfermeiro durante o turno dependendo da suas escalas, mesmo em época de pandemia onde temos a existência de infeções cruzadas ou mesmo para evitar a constante mudança do equipamento de proteção individual quando se passa de um paciente para outro (Diniz & Paulino; 2020).

O aumento de doentes acima dos rácios de segurança e qualidade dos enfermeiros promove a mortalidade, infeção cruzada, complicações e reinternamentos segundo ao estudo publicado em 2014 feito pela “*Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries*” como conclusão do estudo constatou-se que ao aumentar o número de doentes por enfermeiro acima dos rácios coordenados, tem um aumento de 7% na mortalidade (Diniz & Paulino, 2020).

Akremiti, Guerrero e Neveu (2006) afirmam que o trabalho por turno e com horários flexíveis nos serviços de saúde têm um efeito benéfico sobre algumas variáveis como equilíbrio entre vida pessoal vida familiar, as tensões sentidas ou a satisfação. O fator humano em toda e qualquer mudança no trabalho deve sempre ser levado em conta, e com os trabalhadores de saúde trabalhando na linha de frente na luta do combate a pandemia não foi diferente, os serviços de saúde adotaram medidas a salvaguardar o seu trabalhador e que vamos abordar detalhadamente de acordo a sua cidade / País e com as normas estipuladas pela OMS, para as unidades sanitárias e Hospitais centrais.

- Muitos países criaram políticas que favoreceu o aumento de pessoal durante a pandemia na área de saúde face a situação real e durante este período á quem teve a oportunidade de ter o ser primeiro emprego face a procura de profissionais formados em área da saúde;
- Profissionais pertencentes ao grupo de risco foram realocados em áreas de menos risco e outros tiveram licenças de trabalho durante a pandemia (hipertensos, diabéticos, trabalhadores com câncer e grávidas, idosos etc.);
- Escala de trabalho alterada; quarentena institucional; usos permanentes de EPI's durante o serviço; Diniz & Paulino (2020) afirmam que o aumento da quantidade de EPI's necessária para proteger os profissionais, quartos de pressão negativa, tem um grande

acrécimo nas contas inerentes ao tratamento dos doentes, mais são medidas crucias para evitar infeções cruzadas ou nosocomial e evita infeção dos próprios profissionais de saúde e em alguns países este estudo publicado em 2014 feito pela “*Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries*” o caso aumenta 10%.

- Subsídios de riscos (principalmente trabalhadores da linha de frente UCI, Banco de Urgências); distanciamento social no serviço; uso de álcool em gel antes e depois de cada procedimento (OMS,2020).

Depois de tudo passar, pode-se afirmar que havia um mundo antes é há um mundo depois da COVID19, vamos nos adaptar com a crise em diversas áreas é permanecerá na história a maneira como os países e os dirigentes a enfrentaram, a nível dos sistemas de saúde pública e a nível social e económico, é provável que ficará novos hábitos individuais, para a nossa própria segurança como a dos nossos próximos, muito embora o vírus veio nos obrigar a nos ensinar que estar com a família e ter cuidado com outros, é algo que esta sociedade consumista e individualista, há muito que mostrava ter perdido (Diniz & Paulino, 2020).

Competências de enfermagem da UCI:

- Assistir integralmente ao paciente de alto risco com possibilidade de recuperação, e necessidade de assistência médica e de enfermagem permanentes com eventual necessidade de equipamentos especializados;
- Proporcionar assistência de enfermagem especializada, planejada e organizada, ao paciente crítico, associando conhecimentos técnico-científico, conhecimento da patologia, precisão dos equipamentos bem como conhecimento das necessidades humanas básicas afetadas dos pacientes e familiares;
- Facilitar acesso do paciente ao serviço, seguindo e avaliando, juntamente com as equipas multi e interdisciplinar, os critérios para admissão, permanência, transferências, alta, racionalizando a utilização dos leitos (Souza, 2010, p.11).

Ao enfermeiro assistente compete:

- Participar do planeamento estratégico da unidade e do serviço de enfermagem;
- Participar da passagem de turno na unidade, informando a hipótese diagnóstica e condições dos pacientes admitidos, evolução dos pacientes graves, alterações no plano de cuidados, procedimentos realizados e a realizar;

- Adequar a distribuição de pessoal de enfermagem se necessário, elaborar a escala diária de tarefas e colaborar na elaboração da escala de folgas, férias e licenças;
- Supervisionar assiduidade, pontualidade, disciplina, postura profissional e apresentação pessoal dos servidores sob sua responsabilidade, intervindo quando necessário;
- Coordenar, supervisionar e orientar todas as ações de enfermagem, responsabilizando-se pela qualidade técnica do auxílio prestado;
- Sistematizar a contribuição de enfermagem, por meio do levantamento de necessidades, diagnóstico, concepção do plano de cuidados de enfermagem diária, implementação do plano, avaliação de resultados e reformulação do plano, se necessário;
- Proporcionar cuidados de enfermagem aos pacientes críticos e de maior risco;
- Prestar cuidados de enfermagem mais complexos, que exijam maior conhecimento científico, e tomada de decisões imediatas;
- Planejar alta do paciente juntamente com os membros da equipa multidisciplinar, oferecendo orientações e treinamento ao paciente e familiares interagindo com a unidade de saúde de referência do paciente, garantindo continuidade da assistência.
- Prevenir e combater efetivamente a infecção hospitalar implantando e operacionalizando todas as normas técnicas e rotinas propostas pelo CIH;
- Viabilizar o agendamento e realização de exames, solicitação de parecer médico ou de outro profissional da saúde, encaminhamento para o centro cirúrgico, transferência para outros serviços, avaliando a facilidade de acesso do paciente a esses serviços;
- Utilizar e zelar pelos mecanismos de comunicação estabelecidos, como relatórios, livro de ocorrência, passagem de turno, comunicados e ofícios, quadro de avisos etc., favorecendo a comunicação intra e a intersectorial;
- Zelar pela preservação das instalações físicas, equipamentos, aparelhos, e condições ambientais, capacitando-se para a manutenção preventiva, solicitando serviços de manutenção ou assistência técnica quando necessário;
- Prever e zelar pela disponibilidade de matérias e medicamentos necessários para o adequado funcionamento da unidade;
- Avaliar a competência técnica dos profissionais da equipa de enfermagem, sob sua responsabilidade, identificando as áreas prioritárias para a melhoria de desempenho, envolvendo nesse processo toda equipa;
- Facilitar e participar da operacionalização dos programas de treinamento e aperfeiçoamento profissional desenvolvidos pelo serviço de educação permanente.

- Preencher e orientar preenchimento correto dos documentos do prontuário do paciente, relatórios, dados, estatísticas etc., de acordo com o sistema de informações e planejamento do hospital (Souza,2010, pp. 15-16).

A atuação dos profissionais está claramente interligada ao nível de motivação, que os favorece a serem assíduos, trabalharem de forma vigilante, serem flexíveis e estarem dispostos a desempenhar as tarefas essenciais; as incapacidades institucionais quanto aos meios materiais e humanos, caminham à progressiva deterioração dos serviços e conseqüentemente ao descontentamento do enfermeiro frente ao trabalho; tal fato, deixa claro que o desempenho dos profissionais não é apenas uma questão de motivação para o trabalho, mas também da sua boa formação e preparação, sendo este uma ocorrência da formação, recrutamento apropriado e políticas de empregabilidade (Viana,2012).

Não esquecendo também ainda a condição dos trabalhadores terem ou não a disposição as ferramentas como, os fármacos e a tecnologia necessária; por conseguinte, nem a motivação é semelhante ao desempenho, nem o desempenho é inequivocamente decisivo pela motivação “a motivação afeta o desempenho, ainda que este favoreça também da infraestrutura e meios organizacionais” (Kanfer, 1999; Viana,2012).

*Não podemos nos esquecer: nas organizações do futuro, somos nós ...
... São as pessoas que fazem toda a diferença.*

3.1.2 Decisões clínicas na prática de enfermagem

Potter e Perry (2006) afirmam que ao cuidar de doentes o enfermeiro é responsável pela tomada de decisões clínicas, corretas e rigorosas, tomar uma determinação clínica é a competência que difere um enfermeiro licenciado do pessoal técnico e auxiliar; para ajudar outras pessoas a manterem, recuperarem ou melhorarem a sua saúde, deve ser capaz de pensar de modo a melhorarem a sua saúde, deve ser capaz de pensar de modo crítico, para resolver problemas, e nomeadamente, os da saúde dos doentes.

Boavida (2021) refere que em gestão do tempo temos que pensar, em primeiro plano, na gestão da QV e posteriormente na qualidade dos objetivos e resultados, para tomar uma decisão de um determinado problema que contribui para o nosso sucesso, temos que empreender determinadas tarefas porque isso é que nos trará benefícios.

Muitas vezes há doentes cujos problemas não têm solução que venha dos livros, a sintomatologia clínica, que apresentam, as informações que partilham sobre eles próprios, e a

situação em que você se encontra, pode de imediato, não lhe dar uma ideia clara das intervenções que deve ter, tem que aprender a fazer perguntas, ter dúvidas, e depois concentrar-se na exploração das diferentes interpretações, até encontrar a que melhor ajude o seu doente (Whiteside,1997; Potter & Perry , 2006).

Não há nenhuma ação ou interação, de enfermagem num doente, que seja trivial ou vulgar; a responsabilidade de uma decisão clínica pode parecer assustadora, mas ajuda a perceber o que faz a enfermagem ser uma profissão gratificante e plena de desafios (Fox, 1980; Potter & Perry, 2006).

Barbosa, Pirolo, Fernandes, Silva e Pinto (2010) relatam que os profissionais de enfermagem têm graus de formação distintas e a organização do labor ocorre pela divisão por tarefas, assegurar ao enfermeiro o papel de detentor do saber e de controlador do processo de trabalho.

Potter e Perry (2013) afirmam que a prática profissional pressupõe conhecimentos de ciências sociais e comportamentais, ciências biológicas e fisiológicas, e das teorias de enfermagem, além disso, a prática de enfermagem incorpora valores éticos e sociais, autonomia profissional, e um senso de comprometimento e de comunidade.

A classe de enfermagem tem o seu próprio conjunto de conhecimento que é tanto teórico quanto prático, o discernimento teórico inclui e “reflete” sobre os valores básicos, princípios orientadores, elementos e fases de uma conceção de enfermagem; os objetivos do entendimento teórico impulsionam o pensamento e criam uma compreensão ampla da “ciência” e práticas da disciplina de enfermagem; os conhecimentos práticos não são estruturados da mesma maneira como conhecimento teórico (Potter & Perry,2013).

3.1.3 Tipos de Doentes Admitidos na UCI da CSE

Após a descrição feita da enfermagem em UCI é importante destacarmos os tipos de doentes e as prioridades efetuadas na UCI da CSE, cujo objetivo principal do internamento referenciado é assegurar que, após a solicitação dos seus clientes, todos os doentes com possibilidade de beneficiar um tratamento de UCI sejam admitidos seguindo a mesma metodologia, tenham um plano de cuidados elaborados e os doentes/ familiares recebam informação sobre este plano, resultados esperados e possíveis despesas relativas á execução

deste plano, permitindo assim uniformizar este processo e otimizar tempo e recursos (CSE,2018) .

Para otimizar o uso de recursos e melhorar os resultados, as admissões em UCI devem ser baseadas numa combinação de:

- Necessidades específicas do doente que podem ser abordados apenas no ambiente da UCI, como terapêutica de suporte á vida;
- Experiência clínica disponível;
- Priorização de acordo com a condição do doente;
- Diagnostico;
- Disponibilidade de camas;
- Parâmetros objetivos no momento do encaminhamento, como frequência respiratória;
- Potencial para doente beneficiar de intervenções;
- Prognostico (CSE,2018).

Modelo por Prioridades:

Prioridade 1 : doentes críticos que necessitam de suporte vital para falência de órgãos, monitorização invasiva e intervenções que apenas podem ser fornecidas no ambiente de UCI, o suporte vital inclui: ventilação mecânica invasiva, terapêuticas de substituição renal contínuas, monitorização hemodinâmica invasiva para direcionar intervenções hemodinâmicas agressivas, membrana de oxigenação extracorpórea, bombas de balão Intra aórtico e outras situações que requerem cuidados críticos (doentes com hipoxemia grave ou em choque);

Prioridade 2: doentes, como descrito acima, com uma probabilidade significativamente maior de recuperação e que sejam elegíveis para UCI, mais não se procederá a ressuscitação cardiopulmonar em caso de paragem cardíaca (doentes com tumor maligno metastático e insuficiência respiratória secundária a pneumonia ou choque séptico que requerem vaso pressores);

Prioridade 3: doentes com desequilíbrio orgânico que requerem monitorização contínua e/ ou terapêutica intensiva (como: ventilação não invasiva) ou quem, na opinião clínica do médico, poderia ser internado em um nível de cuidados mais baixo do que a UCI (como: doentes pós-operatório que necessitam de monitorização devido ao risco de deterioração ou requerem cuidados pós-operatórios intensivos, doentes com insuficiência respiratória tolerando

a ventilação não invasiva intermitente). Esses doentes podem precisar ser admitidos na UCI se a abordagem precoce não consegue prevenir a deterioração ou NÃO existe unidade de cuidados intermédios no hospital;

Prioridade 4: doentes, como descrito acima, mais com menor probabilidade de recuperação / sobrevivência (como: doentes com doença metastática subjacente) que não desejam ser intubados ou ressuscitados. Como acima, se o hospital NÃO possui unidade de cuidados intermédios, esses doentes podem ser considerados para UCI em circunstâncias especiais;

Prioridade 5: doentes terminais ou moribundos sem possibilidade de recuperação. Estes doentes NÃO são, em geral, apropriados para a admissão na UCI (a menos que sejam potenciais dadores de órgãos). Nos casos em que os indivíduos tenham descontinuado inequivocamente a terapêutica intensiva ou tenham processos irreversíveis como tumores malignos metastáticos sem quimioterapia adicional ou opções de radioterapia, os cuidados paliativos devem ser inicialmente oferecidos;

Os doentes de prioridade 1 e 2 devem preferencialmente ser admitidos na UCI; os doentes em prioridade 3 e 4 na unidade de cuidados intermédios e, finalmente, os doentes de prioridade 5 ser internados em unidade de cuidados paliativos (CSE,2018).

3.2 Dimensões da Qualidade de Vida

Bortolozzo e Santana (2011) refere que o termo qualidade de vida é mencionado pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 pela 1ª vez quando declarava que “*as finalidades não podem ser avaliadas através do balanço dos bancos, eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que promovam às pessoas*”. É difícil definir a qualidade de vida tendo em vista o seu caráter subjetivo, a sua complexidade e sus várias dimensões, porque ela depende de fatores intrínsecos (sujeito ao próprio indivíduo com: prazer pela realização de uma determinada ação , prazer em aprender...) e extrínsecos (sujeito as necessidades que têm de ser saciadas por reforços externos como : recompensas , elogios , progressão de carreira ...) , vária de cada pessoa, e está sujeita ao domínio do dia-dia, sua residência, hábitos e o estilo de vida próprio da pessoa (Bruner,1973;Cunha ,2016) .

Falar da qualidade de vida em tempos de pandemia tem sido quase que um luxo principalmente no trabalho de enfermagem que direta ou indiretamente sofreu com o impacto nas suas atividades laborais nestes últimos dois anos; após a divisão da saúde mental (WHOQOL), a OMS (2012) caracteriza a qualidade de vida visa o entendimento do indivíduo no que refere o seu posicionamento na vida, na conjuntura cultural e sistemas de valores onde ele está inserido, seus objetivos e horizontes, padrões e ansiedades (Whoqol,1995; Galveias, 2016).

A definição feita pela OMS, impulsionou um grupo de pessoas estruturar um instrumento denominado WHOQOL-100, que é um questionário onde se valia a QV em três aspetos principais: subjetividade (bem estar psicológico, emocional, espiritual, físico, mental e inclusão social em diferentes grupos sociais (família, amigos, trabalho), a multidimensionalidade e a existência de quantidades positivas e negativas, aqui a QV depende muito da ordem de valores, exigências e expectativas individuais, é o especto fundamental é o “termómetro” intrínseco de cada um, ou seja a satisfação individual determina se você tem ou não uma QV saudável, o dia-dia nos últimos tempos tem sido uma luta crucial no que concerne a QV, a procura são enormes, preocupações com trabalho, família, compromissos sociais, segurança, meio ambiente, stress, uma série de preocupações e acabamos atendendo umas e deixando outras, e de acordo com a escala de valores e prioridades, procuramos sempre compensar um ponto de igualdades em todas essas expectativas e necessidades individuais ou seja há um sentimento escondido no entender pessoal de que tudo está bem, e por isso e que buscamos pela QV (Bortolozo & Santana , 2011) .

Oliveira (2009) afirma que todo o conjunto de condições que influência a percepção dos indivíduos como seus sentimentos e comportamentos diários, mesmo na saúde e cuidados médicos. Isso nos leva a teoria dos autores Rojot, Roussel & Vandenberghe (2009) que falam das necessidades humanas instituídas no princípio de Maslow (1943) quando desenvolveu a hierarquia das necessidades a partir de observações clínicas que afetava vários doentes, e que mais tarde começou a ser implementada nas organizações; na qual é identificada em cinco necessidades fundamentais como : necessidade de amor (relações sociais, afeto, de pertença a um grupo), necessidades fisiológicas, necessidades de estima (reconhecimento, autonomia), necessidade de autorrealização ou seja de atualização (progredir, desenvolver e desabrochar), necessidade de segurança,

Assim sendo a qualidade de vida no trabalho nos leva a ter intimidade harmónicas de modo a impulsionar a satisfação e produtividade, o bem-estar, motivação, compromisso, dentro da organização, incluindo em serviços hospitalares (Chiavenato, 2004; Galveias, 2016).

Pranee (2010) faz uma análise de pesquisas anteriores sobre a qualidade de vida no local de trabalho e considera como um construo ativo e pluridimensional os aspetos como: sistemas de recompensa, segurança laboral, oportunidades e crescimento na carreira, formação, e integração no método de tomadas de decisões.

A qualidade de vida interfere na vida das pessoas e está sujeita a sofrer mudanças ao decorrer dos tempos. São vários os fatores que influenciam a QV dos indivíduos, e a interligação deste acaba resultando em circunstâncias dos fenómenos e situações abstratas como: salário, prazer lazer, relações familiares, estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, disposição, e espiritualidade, ou seja, a QV atende as necessidades humanas fundamentais (Bortolozo & Santana, 2011).

Efagundes (2011) caracteriza oito dimensões da qualidade de vida, conforme a figura abaixo, sendo estes para ele a matriz fundamental da felicidade de um indivíduo, ou seja, a sensação da felicidade e atingida através da harmonia das coisas.

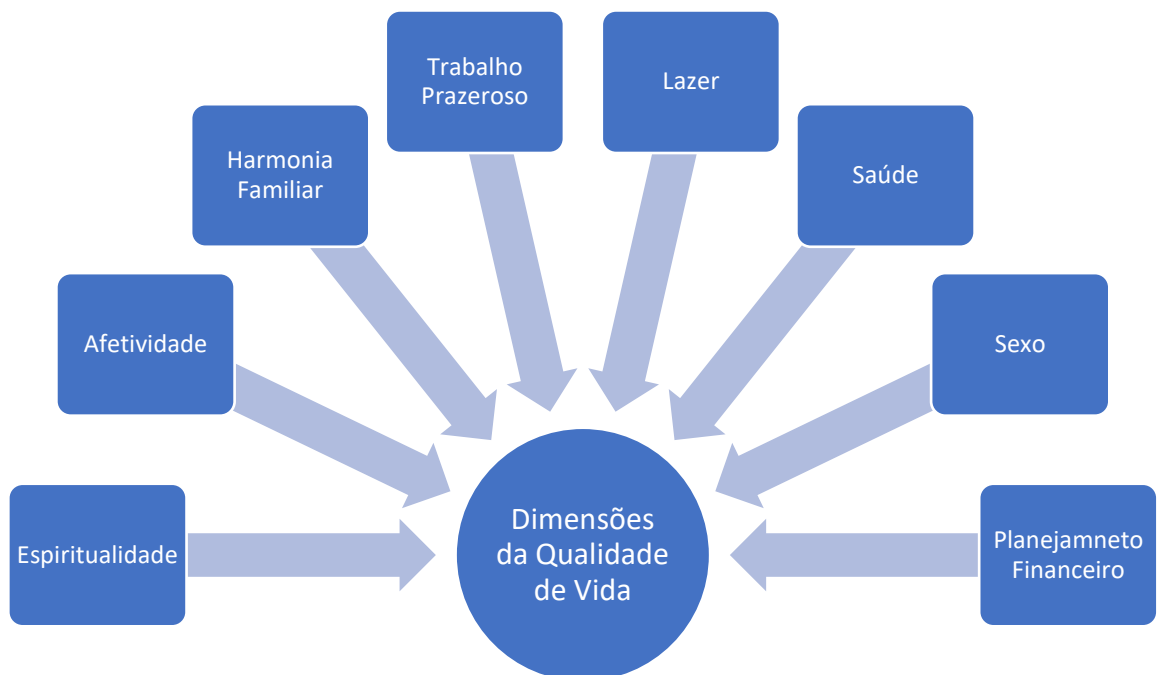


Figura 5: Dimensões de Qualidade de Vida (Efagundes, 2011)

3.3 Fatores que Influenciam na Qualidade de Vida dos Enfermeiros durante a Pandemia

Backes, Higashi, Damiani, Mendes, Sampaio e Soares (2021) referem que em tempo de pandemia, os trabalhadores de enfermagem encontram-se em condições desfavoráveis, sobrecarga, baixa remuneração, com más condições de trabalho, ritmo intenso, conflitos interpessoais, escalas extensas, com desgaste físico e psíquico, stress ocupacional, e a desvalorização profissional. A pandemia veio levantar um assunto que há muito se escondia no seio da classe e estas condições foram potencializadas e somadas a diversos outros novos fatores que exigem atenção das categorias de enfermagem no exercício das suas funções em tempos atuais.

Coutinho e Rolim (2005) sustentam a teoria dos autores acima quando referem que a subcarga de trabalho reclamada pelos enfermeiros, todo esforço físico para a realização das tarefas, muitas vezes de outros profissionais está relacionada com a procura do serviço e o dimensionamento de profissionais impróprio, e isso tem um efeito relevante no trabalho, a demanda desordenada e atividades excessiva promove novos estímulos, contribuindo para o aparecimento de stress que agridem a saúde dos trabalhadores.

Panunto e Guirardello (2013) destacam que o ambiente de alta complexidade como a UCI impulsiona na perceção da excelência do trabalho, na insatisfação do cuidado e na intensão de desistir do emprego pelos enfermeiros, quando mediadas pelo sentimento de desgaste emocional causada pelo ambiente de trabalho.

Gonçalves (2000) afirma que a enfermagem deve criar medidas como teoria da mudança humana e a pôr em prática, vai ter um resultado considerável na sua qualidade de vida e terá como seu principal objetivo, porque a qualidade de vida embora seja única, ela também é provisória e trabalha com as experiências de uma determinada ocorrência, e pode ou não impulsionar uma qualidade de vida provisoria ou por um espaço mais demorado, logo, quem pode caracterizar a qualidade de vida de um indivíduo é ele próprio, vivendo e interligando o seu interior com o exterior . A ligação com a família, sociedade e o ambiente pode causar mudanças relevantes na vida do profissional e do grupo de enfermagem.

Assim sendo o autor criou uma tabela que vamos descrever que analisa os fatores que influenciam na qualidade de vida dos enfermeiros:



Figura 6: Modelo da Influência da QV dos Enfermeiros (Gonçalves,2000)

3.3.1 Realização Pessoal e Profissional dos Enfermeiros durante a Pandemia

Falar da realização como influência na QV dos enfermeiros, é importante aqui definir realização como satisfação ou cumprimento dos seus objetivos ou meta de vida que vem através de um esforço muito trabalhoso quer pessoal como profissional, ou seja, é uma condição emocional positivo ou agradável que é originária da avaliação que o individuo faz do seu trabalho ou das suas vivências de trabalho (Akremi, Guerrero & Neveu, 2006); também podemos acrescentar a atitude individual acerca do trabalho que pode ser entendida como um resultado positivo face ao trabalho em termos gerais (Locke, 1976) .

Ferreira (2020) dá ênfase ao bem-estar (realização, satisfação) no trabalho em tempos de pandemia e refere que aqueles profissionais que não tiveram seu trabalho ao sistema de home office, como no caso dos profissionais de saúde enfrentaram a fatores de stress, resultado da exposição recorrente ao Covid19 e precisaram se adaptar a todas estas mudanças, até mesmo com os seus familiares e muitos contraíram doenças devido a exposição drástica no trabalho como: esgotamento físico, mental e emocional .

Os profissionais de saúde do sector público destaca-se pela natureza transversal da problemática satisfação, uma vez que a mesma integra várias componentes, refere que a satisfação dos profissionais de saúde é um indicador do ambiente organizacional, um fator crítico de sucesso do desempenho dos elementos que constituem o sistema nacional de saúde; a satisfação no trabalho influencia no comportamento individual e organizacional na prestação de cuidados de saúde particularmente ao nível do comprometimento destes para a organização e do seu comportamento no trabalho (Ferreira,2015; Rodrigues A.,Queirós A., & Pires C., 2016)

Todo trabalho em excesso leva o profissional ao adoecimento devido a demanda de trabalho, trabalhos mal planeados como vimos no caso da pandemia que não houve um plano estratégico e comunicativo, isto acaba levando o esgotamento das energias e a desmotivação para o trabalho, e como resultado vimos os profissionais a desenvolverem estados negativos

que leva a insatisfação pelo trabalho e a longo prazo o profissional pode desenvolver depressão e ansiedade (Ferreira,2020).

Galveias (2016) analisa a QV no trabalho baseando nas ideias dos autores (Glina e Rocha, 2000; Steffen,2008) quando abordam o conceito de que os trabalhadores para exercerem com eficácia as suas tarefas precisam de estar saudáveis e ter satisfação no trabalho, que isto só se adquire se as condições básicas estiverem supridas (condições de trabalho, status profissional, normas organizacionais, interação, remuneração) isto é, os superiores hierárquicos devem garantir tudo isso de modo que venha a se refletir na motivação, na QV, no desempenho e na produtividade dos trabalhadores e como final reflete na qualidade prestada ao cliente .

Baron e Armstrong (2007) caracterizam a gestão da recompensa de ambas as partes interessadas com a satisfação das necessidades como: recompensar as pessoas pelo que elas criam e recompensar o que deve ser recompensado para transmitir a mensagem correta sobre aquilo que é importante em termos de comportamentos e resultados. E também é importante criar políticas e práticas de recompensa incluindo realizações de inquérito á atitude, para medir as opiniões dos trabalhadores relativa ao sistema de recompensa.

3.3.2 Desenvolvimento da Carreira de Enfermagem em Tempo de Pandemia

A pandemia trouxe impactos negativos em todas as áreas, mais nenhuma foi tão afetada quanto á saúde, principalmente para os enfermeiros que estão na linha da frente, e têm mostrado um desempenho fundamental que merecem ser destacados. Desde o início da pandemia muitos enfermeiros começaram a ficar mais no trabalho, devido as alterações de escala, quarentenas, e muitos até chegaram ao ponto de preferir se afastar das suas próprias famílias para a sua proteção, por isso a criação de protocolos durante a pandemia foi uma das medidas fundamentais para salvaguardar as equipas de saúde como: proteção contra o contágio (Ferreira,2020).

Cunha (2021) afirma que em tempos de pandemia a enfermagem deve criar um planeamento estratégico com fins acertivo para poder acompanhar as mudanças diárias que a própria doença em sim na briga, e o objetivo principal que o enfermeiro deve fazer é investir no conhecimento.

Para isso podemos seguir a ideia de Bakker e Leiter (2010) onde fizeram um estudo que mostra um aumento de QV no trabalho porque incluiu a importância da inclusão de recentes

oportunidades de ensino e desenvolvimento de novos recursos que desempenham um impacto positivo na saúde, segurança e compromisso dos funcionários diante das instituições; e posteriormente outro estudo evidenciou uma relação satisfatória entre a QV e a produtividade ou seja, os profissionais de enfermagem que exteriorizaram mais níveis inferiores de produtividade possuíam uma baixa QV no trabalho (Nayeri, Salehi & Noghabi, 2011; Galveias, 2016). Podemos também enfatizar a teoria de Welbourny, Jonhson & Erez (1998) quando destacam o padrão multidimensional do desempenho que é encarregue pelos vários papéis que os trabalhadores podem empenhar no seu trabalho e destaca-se os cinco papéis fundamentais para o modelo que são: trabalho, carreira, inovação equilíbrio e organização; para o desenvolvimento profissional dentro da organização é necessário adquirir qualidades necessárias para progredir dentro da instituição como: avaliar a profundidade da inovação que está interligada com a criatividade na organização, analisar as equipas de trabalho para garantir o êxito da organização esta dimensão organizativa engloba o ir mais além do dever de preocupação para com a organização.

Massolla e Calderari (2011) referem que a QV no trabalho e o seu desenvolvimento acompanha os avanços das tecnologias e que origina uma escassez tanto nos trabalhadores como nas organizações, e com isso os fatores de relação foram devidamente identificados como: satisfação pessoal e organizacional, seus sentimentos, percepções, ideias. E esta razão leva os trabalhadores a criar uma teoria construtivista onde o crescimento intelectual é determinado pela relação do sujeito com o ambiente, assim sendo e de acordo com este ponto de vista, a motivação não pode ser considerada como consequência de fatores externos, competindo ao tutor estimular a criatividade e o prazer de aprender (Allport, 1953; Todorov, 2005).

3.3.3 Reconhecimento e Valorização de Enfermagem em Tempo de Pandemia

Nandi (2021) afirma que durante a pandemia a enfermagem veio dar respostas rápidas a todo o processo que estamos a viver e com isso, colocou os enfermeiros na linha da frente, para o combate da Covid19, e passou a chamar mais atenção, a forma como foram se posicionando e ganhou um protagonismo crucial nos últimos tempos e a profissão tem passado por uma valorização maior e destaca-se entre as carreiras do futuro.

Lage, C.E.B. e Alves, M.S (2017) afirmam que o prestígio social e o reconhecimento da enfermagem valores que fazem o enfermeiro pleno e todas as suas atividades desempenhadas no ambiente de trabalho e perante a sociedade, todo trabalhador reconhecido amplia o seu fazer com maior comprometimento e satisfação, o que pode levar a motivação do enfermeiro a desenvolver a assistência ao cliente com maior qualidade por sentir-se valorizado.

Chiavenato (2004) refere que toda valorização no mercado de trabalho não é aquela que nos é dada por terceiros mais sim quando nos valorizamos genuinamente de forma positiva, além disso o reconhecimento de talentos e dons, competências são resultados do empenho que conquistamos e a autoconfiança que necessitamos para mostrar o nosso melhor ao mundo, e este tipo de valor é considerado do autorreconhecimento que é fundamental na nossa carreira e para outras áreas da nossa vida só depois e que precisamos do reconhecimento de outras pessoas para nos sentirmos bem, importantes, amados e respeitados.

Amorim, L. K. A., Sousa, N.V.D ., Pires A. S., Ferreira E.S., Souza, M.B., e Vank, A.C.R.P (2017) debruçam sobre a temática do reconhecimento onde afirmam que uma das formas de valorização profissional e reconhecimento é a convicção da utilidade e da beleza do trabalho desenvolvido pelos colegas de trabalho, organização laboral ou até mesmo pelo sujeito que se destina a atividade desempenhada; o julgamento proferido por outrem, resulta em reconhecimento e valorização do trabalhador ou pelo contraditório em desvalorização e repúdio pelo trabalho efetuado e depois cai no negativismo na subjetividade do trabalhador .

Sendo assim, o papel da enfermagem durante a pandemia foi bastante desafiador devido o fator crucial que foi o desconhecimento da doença, a carência e em alguns casos o desconhecimento do uso dos EPIs, o medo do contágio, o isolamento, criar habilidades para utilizar novas ferramentas de comunicação e saber encarar com perdas de pacientes e com a situação das famílias. Vale lembrar que aqui podemos dar ênfase aos fatores intrínsecos (falta de reconhecimento, relacionamento entre liderados e os líderes) e os fatores extrínsecos (desigualdade salarial, horário de trabalho, condições de trabalho etc.;) no que concerne a valorização da enfermagem foi muito acentuado conforme vimos durante a pandemia. Todos estes desafios que os enfermeiros passaram ninguém deseja de estar, de enfrentar o desconhecimento sem ter a evidência de que eles e os seus familiares estão em segurança e sem falar das condições de trabalho que na sua maioria foi precário, sobrecarga de trabalho, gerir sentimentos de impotência, fracassos diante de um cenário com muitos fatores desconhecidos e complicados (Nandi,2021).

Embora a enfermagem viveu momentos muito intensos na execução das suas tarefas laborais, com isto veio aumentar a visibilidade e o respeito para com a enfermagem em todo o mundo, que mesmo com todas as campanhas possíveis, eventualmente não ocorreria tanto reconhecimento do papel do enfermeiro, com a pandemia a sociedade começou a ver a

enfermagem, passou a falar da profissão, agradecer, elogiar e aplaudir os profissionais, e esperase que depois da pandemia os profissionais alcançam novos direitos e possam atuar cada vez mais e melhor em prol da sociedade (Nandi,2021).

Carvalho, do Vale, Pinto e Ferreira (2020) referem que as homenagens dirigidas aos profissionais de saúde, principalmente aos enfermeiros deve ser aproveitado para se discutir o empoderamento da profissão e reivindicar seus direitos. São prestadas homenagens diárias feita pela sociedade de uma forma geral com músicas, recitação de poesias, mensagens de motivação as equipas dos hospitais, homenagens voltadas aos enfermeiros falecidos e até entrega de pizzas em hospitais como forma de agradecimento, reconhecimento e valorização do trabalho.

A empatia e o altruísmo são mencionados sempre que se fala de motivação ao profissional de enfermagem, como forma de entidade protetora do país, embora que muitos também ainda assistem condições de trabalho precárias em tempo de pandemia e muito se critica e inclusive denúncias públicas com relação as condições de trabalho e salários baixos, os quais historicamente têm sido submetidos. Vários enfermeiros saíram a rua como forma de desabafo as condições que a profissão enfrenta e a forma repentina que a pandemia trouxe visível as condições, as dificuldades e até mortes de profissionais de enfermagem já que as homenagens e os elogios não corrigem as disparidades denunciadas e nem possibilitam a sobrevivência, os mesmos reivindicam mudanças no salário, subsidio de alimentação, moradia, educação e medidas estruturais nos contextos de trabalho (local adequado para o descanso durante as jornadas de trabalho), os enfermeiros brasileiros fazem um estudo comparativo com as condições de trabalho de alguns países implementaram durante a pandemia como: EUA, Suíça, Portugal e Espanha etc., a forma como criaram um plano de cuidados para os profissionais de enfermagem em quatro pontos importantes: 1) quantidade e qualidade dos equipamentos: com objetivo de diminuir os riscos da exposição; 2) o tempo dos turnos e o tempo entre um turno para o outro: considerando o cansaço e o tempo de repouso necessário para repor as energias; 3) criação de um espaço de reuniões para os profissionais debaterem e tomarem decisões éticas e amadurecidas; 4) formação continua para o atendimento das necessidades reais . A enfermagem em Portugal apresenta uma realidade diferente porque no momento inicial da pandemia, mesmo com algumas negligências teve o controle da pandemia por tomar medidas apropriadas desde a chegada dos primeiros casos na Europa (Carvalho *et al*, 2020).

PARTE II- INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 4- A Investigação e Metodologia

Sumário

- 4.1 Objetivos e questão de investigação
 - 4.2 Tipo de estudo
 - 4.3 População e amostra
 - 4.4 Instrumento de recolha de dados
 - 4.5 Tratamento dos dados
 - 4.6 Considerações éticas
-

4.1 Objetivos e questão de investigação

O objetivo deste estudo é perceber a experiência pessoal vivida pelos enfermeiros durante a pandemia da Covid19. O método escolhido foi o fenomenológico, que tem o objetivo de compreender um fenómeno, identificar a essência do ponto de vista das pessoas que o viveram ou que tiveram a experiência (sofrimento, luto, etc.) (Fortin,2009).

As relações interpessoais dos indivíduos estão interligadas com as suas experiências humanas e devemos ter em conta neste estudo (McCurry e Thomas, 2002; Fortin, 2009). Nesta dimensão e com o propósito de dar respostas às indagações mencionadas formulou-se um objetivo geral e quatro objetivos específicos:

Objetivo geral:

- Caracterizar a perceção que a gestão da mudança durante a pandemia da Covid19 teve nos enfermeiros de uma UCI em Angola.

Objetivos específicos:

- Analisar o impacto que a pandemia da Covid19 teve nos enfermeiros de uma UCI;
- Identificar o impacto da gestão da mudança durante a pandemia da Covid19 no local de trabalho dos enfermeiros;
- Compreender se a pandemia da Covid19 teve impacto na carreira profissional dos enfermeiros.

O modelo de Creswell estabelece regras para anunciar e estruturar o objetivo numa investigação qualitativa e é composta pelos seguintes elementos: o tipo de desenho (esquema geral que viabiliza o conjunto das medidas a tomar para definir um processo metodológico que proporcione responder á questão colocada), o objetivo (orientação da investigação), o fenómeno dominante (experiência vivida) , os participantes (enfermeiros) , o meio (vida pessoal) e uma definição geral do fenómeno (durante a pandemia da Covid19) (Fortin, 2009).

Deste modo, organizou-se os aspetos metodológicos que norteiam a corrente investigação de forma clara e minuciosa, os métodos e técnicas utilizadas ao longo do processo da pesquisa (Haro et al, 2016) conforme a figura 7 e explicam-se no decorrer deste trabalho.

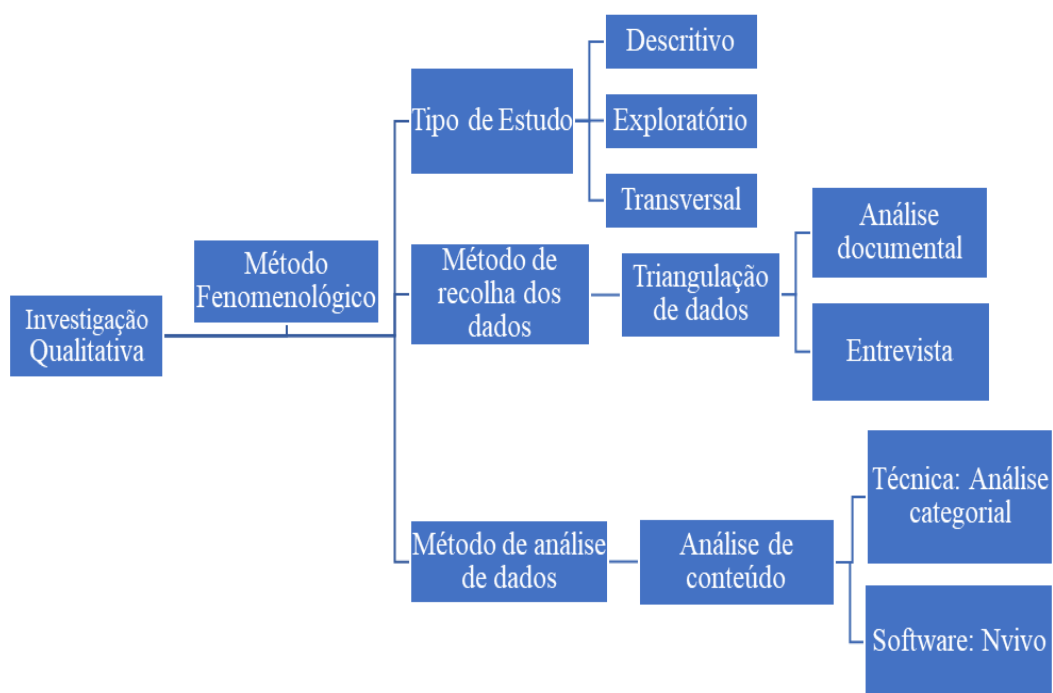


Figura 7 - Desenho do percurso metodológico da investigação (Sobral, 2019)

4.1.1 Questão de investigação

A questão da investigação do estudo baseou-se em experiência de vida pessoal diante da pandemia da Covid19 (Fortin, 2009). Sendo um estudo qualitativo procurou-se apresentar o problema em análise, que será o fio condutor de toda a investigação, com o pressuposto de serem produzidos novos conhecimentos, visto que a interrogação é clara e não precisa de conceitos chave (Fortin,2009; Vilelas,2017).

Para a resolução do problema, antes de ser considerado pertinente foi analisado sobre os seguintes aspetos de valoração : (1) viabilidade – deve-se ser prontamente resolvido, por meio da pesquisa ,(2) relevância – deve ser apto para trazer conhecimentos novos , (3) novidade -estar apropriado ao estágio atual da evolução científica e trazer novo enfoque ou soluções, (4) exequibilidade – pode chegar a uma conclusão verídica ,(5) oportunidade – atender as preferências particulares e gerais (Marconi & Lakatos ,2005, p243).

Justificando a contextualização inicial sobre o objetivo do estudo, elaborou-se a seguinte questão de investigação:

- Qual é a percepção que a gestão da mudança durante a pandemia da Covid19 teve nos enfermeiros da UCI da CSE?

4.2 Tipo de estudo

O presente estudo investigativo é de carácter descritivo, exploratório e transversal e expande-se segundo a abordagem qualitativa utilizando o método fenomenológico pretende-se aprender a lógica dos fenómenos subjetivos (Guerra,2006). O método fenomenológico pode seguir os seguintes pontos: literatura fenomenológica; reflexões filosóficas, poesia e arte (Jiménez, Flores & Gomez, 1996).

A escolha da investigação qualitativa é gradualmente mais comum e transversal nas múltiplas áreas científicas, e relevando-se fundamental para a tomada de decisão nas instituições (Jandagh & Matin,2010; Vilelas,2017). Assim como o objetivo principal é conhecer um fenómeno através experiências vividas pelos participantes no seu ambiente (Fortin, 2009; Vilelas 2017; Rego, Pina e Cunha & Jr. Meyer,2018).

A preferência na escolha deste método e que ela apresenta acréscimos ou utilidades compatíveis com o entendimento mais profundo da relação entre fenómenos e realidades sociais, porém, a adversidade de generalização é apontada como crítica principal (Rego et al.,2018) e limitação. Totalmente as investigações qualitativas tendem fazer destacar o sentido ou a significação que o fenómeno estudado atribui para os indivíduos; os fenómenos são integrais e não previsíveis, e o pensamento está orientado para a assimilação total do fenómeno em estudo; o investigador escolhe um fenómeno, estuda a complexidade, no seu conjunto, reúne e liga vários conceitos entre si, a fim de construir uma nova existência que tem sentido para as pessoas que vivem o fenómeno em estudo (Fortin,2009) .

A investigação qualitativa garante a realização de uma série de critérios que norteiam a veracidade dos resultados e respectivas conclusões; nesse contexto (Freitas, 2013) existe 5 critérios indicados para sua avaliação (1) transferência – em contextos semelhantes devem reproduzir-se resultados idênticos ; (2) autenticidade – descrição coerente e honesta do percurso e dos procedimentos adotados; (3) consistência – conformidade dos resultados com as teorias; (4) encaixe – as teorias devem encaixar-nos dados e não o contraditório; (5) variação -utilização de diversas alternativas na percepção do fenómeno estudado .

Fortin (2009) caracteriza o método qualitativo com três principais tipos de investigação que são: o método fenomenológico, a teoria comprovada e o método etnografia; as investigações qualitativas visam todas para o mesmo fim, a saber: constatar experiência humana num meio natural; podem, todavia, diferir entre elas no plano do estilo da escrita, da direção filosófica, da precisão do objetivo, dos métodos de colheita e da pesquisa dos dados.

O estudo fenomenológico aborda de forma indutiva, e tem como objeto de estudo experiências vividas, visa entender um fenómeno, identificar a origem do ponto de vista das pessoas que o viveram ou que fizeram a experiência (sofrimento, luto,etc); a fenomenologia é ao mesmo tempo uma doutrina filosófica e um método de investigação, do ponto de vista filosófico, a pessoa forma um todo com o seu meio ambiente, ela tem um mundo e uma realidade que lhe são próprias; não pode ser compreendida senão em situação contextual; o objetivo deste trabalho é descrever a experiência tal como ela foi vivida e relatada pelos indivíduos tocados pelo fenómeno (pandemia da Covid19), os dados foi colhido com a estruturação de entrevistas . Esta entrevista foi registada e transcritas integralmente por escrito (Fortin ,2009).

Toda vivência decorrente da experiência pessoal dos participantes durante a pandemia da Covid19, não existindo razões para pensar que o seu testemunho não corresponde á realidade vivida, sentida ou percebida (Vilelas,2017; Gil,2019); procurar explicar e explorar os significados em que estamos imersos na nossa vida cotidiana (Jiménez, Flores & Gomez, 1996).

Para esta investigação acreditou-se ser pertinente e apropriado o método fenomenológico (porque tem como objetivo perceber a experiência vivida, fundamento

filosófico e a questão geral: qual é, sob o ponto de vista da autonomia, a experiência vivida pela pessoa que vive a situação) (Fortin,2009).

O estudo de investigação descritiva explora realidades mediante a descrição de fenómenos que nela aconteçam (Vilelas, 2017), procura levantar atitudes e crenças, opiniões, de uma população (Gil,2019). É caracterizado como mais profundo ao determinar os eventos subjacentes ao problema da investigação, sobretudo devido ao estudo dos comportamentos e atitudes e á possibilidade de evidências das associações entre variáveis da pesquisa (Vilelas ,2017).

O estudo de investigação exploratória viabiliza a formação de princípios e ideias, capazes de tomar os problemas mais precisos e de elaborar hipóteses para posteriores estudos (vilelas, 2017). É a mais adequada para a compreensão de temáticas com pouca informação de literatura, colaborando para melhor identificação e familiarização do problema (Gil,2019; Fortin,2009; Vilelas,2017). É comum envolver recolhas de documentos ou realização de entrevistas e possibilita o investigador após recolher os dados adequar no projeto e permite reformular a pergunta de partida (Azeredo,2019).

Coutinho (2014) a obtenção temporal da investigação, considera-se como transversal uma vez que os dados foram coletados num só momento no tempo valendo-se de uma amostra representativa da população.

4.3 População e amostra

A população alvo é formada por um grupo de elementos que satisfazem os critérios de inclusão definidos de antemão. Pela difícil acessibilidade integral, retirou-se um subconjunto representativo da população, formando uma amostra (Fortin,2009; Vilela,2017).

Possuindo em atenção a questão da atualidade da pesquisa (Qual é a perceção que a gestão da mudança durante a pandemia da Covid19 teve nos enfermeiros da UCI da CSE?), considerou-se como população alvo, os enfermeiros em exercício da sua função na organização acima mencionada, porém a inviabilidade de estudar com integralidade da população alvo limitou-se em extrair- se uma amostra distintiva.

Refere-se neste estudo amostra não probabilística por conveniência, em que cada constituinte da população não tem uma probabilidade igual de ser selecionado (Fortin,2009). Por isso, foi ponderado os **critérios de inclusão** como:

- Enfermeiros em exercício da sua função na unidade de cuidados intensivos, que aceitaram participar demonstrando a sua manifestação por meio de assinatura do termo de consentimento livre e informado.
- Enfermeiros da UCI não exercendo a sua função (férias, repouso, quarentena) mais que aceitaram participar do estudo.

Critérios de exclusão:

- Enfermeiros que trabalham na instituição, mais que não fazem parte da UCI.
- Enfermeiros que fazem parte da UCI, mas não aceitaram participar do estudo.

Rego et al (2018) tratam o tamanho da amostra, como uma das dificuldades na pesquisa qualitativa. Assim sendo para a contextualização do número de integrantes, aplicamos as regras orientados pelos autores:

Foi considerado alguns aspetos como: o acréscimo do tamanho da amostra pode não ser, *per si*, vantajoso e o número desejável de integrantes depende da questão da pesquisa (Rego et al.,2018). Adicionalmente foram analisados elementos como: (1) a amplitude do objetivo da pesquisa (quanto mais amplo maior o número de casos indispensáveis); (2) a particularidade da amostra (quanto mais homogénea menos casos indispensáveis); (3) a delimitação da referência teórica; (4) a excelência do diálogo; (5) a estratégia analítica (relativa á porção de interpretações a fim de dar resposta á questão da pesquisa) (Rego et al.,2018).

A dimensão da amostra é determinada pela intensidade da saturação dos dados (Sandelowski, 1995; Fortin, 2009). A ocasião é determinada a partir do qual, a intensidade do tamanho da amostra não acrescenta nova notícia, fazendo-se repetitiva e redundante (Hennink, Kaiser, & Marconi ,2017; Vilelas,2017; Rego et al.,2018). Todavia, é determinado o ponto de saturação teórica é por vezes questionado, pois o fundamento é invocado, mas a explicação do processo é pouco argumentada ou até negligenciada (Boddy,2016; Rego et al.,2018).

A amostra é composta por 26 elementos de ambos os sexos (n=26). Os contactos com os entrevistados iniciaram em fevereiro e março de 2021. No total foram comunicados aos 29 enfermeiros da unidade e obtidas respostas; destas 3, não fizeram parte do estudo por não aceitação do convite.

4.4 Instrumentos de colheita de dados

O procedimento utilizado para o levantamento dos dados foi a entrevista “sendo um método comum utilizado nos estudos qualitativos de temáticas com pouca exploração e havendo necessidade de mais investigação” é conveniente tendo em conta a questão da pesquisa e os objetivos estabelecidos (Fortin,2009).

A utilização das entrevistas como um meio de reciprocidade social entre o investigador e o participante; facilita no conhecimento da intenção dos integrantes em contexto que raramente é observado pelo exterior. Esta é a vantagem essencial (Gil,2009; Vilelas,2017). É também um procedimento utilizado na pesquisa social, para a coleta de dados ou para contribuir na descoberta ou no tratamento de um problema social (Marconi & Lakatos ,2005, p.197). Também ajuda entender as interpretações conflituosas ou não das suas próprias experiências (Pocinho,2012).

Nesse contexto o relato apoiado em experiências singulares dos integrantes podem recorrer a carga abstrata firmada em preocupações estereotipadas (Vilelas ,2017), assim o integrante pode dar a parecer no que “acredita que é” e não “aquilo que é”. Toda a realização da entrevista pode ser presencialmente, por email ou por telefone (Fortin,2009; Jandagh & Matin,2010).

Alguns autores defendem que a entrevista é um instrumento de qualidade para a investigação social; quando executada por um investigador experiente “é muitas vezes superior a outros sistemas de aquisição de dados” (Best 1972; Marconi & Lakatos ,2005, p.198).

A entrevista pode ser variada consoante o nível de estruturação, isto é, quanto mais aumentada, maior é a porção de respostas a obter ou de formalização “quanto mais diminuída, maior o grau de liberalidade das respostas”. Sendo assim o resultado das entrevistas pode resultar em não dirigidas ou não estruturada (de carácter flexível e sem exigências de um roteiro de questões criadas previamente e o integrante controla o conteúdo), semiestruturada (concordâncias de perguntas abertas e perguntas fechadas e é a mais utilizada nos estudos qualitativos) (Fortin,2009; Vilelas,2017) e dirigida ou estruturadas (ela é efetuada de acordo a um formulário, a relevância da padronização é obter, dos entrevistados, respostas às mesmas questões, permitindo “que todas elas sejam confrontadas com o mesmo conjunto de questões, e que as diferenças devem transparecer diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas porque é o entrevistador que controla o conteúdo” (Lodi, 1974; Marconi & Lakatos ,2005, p.199).

O investigador não é livre para adaptar suas questões a determinada situação, de modificar a ordem dos tópicos ou fazer outras questões (Marconi & Lakatos, 2005, p.199). Com base nas definições anteriores e tendo em conta estas particularidades, selecionou-se pela utilização de entrevista semidirigida ou semiestruturada (Fortin, 2009). Baseando-se no seu objetivo “compreender o ponto de vista do participante (Fortin, 2009)” e nas suas principais vantagens: procura de conteúdo vasto e rico; explicação de determinados assuntos de discursos não antecipados no guião e o surgimento de novidades nas informações (Vilelas, 2017); dá oportunidade para adquirir de dados que não se localizam em fontes documentais e que sejam relevantes e significantes (Marconi & Lakatos, 2005, p.200).

Assim sendo, é possível definir com antecedência um conjunto de perguntas que favorece e delimita a resposta e, simultaneamente, dar alguma liberdade ao integrante para a partilha de aspetos que considere importantes. Fortin (2009) descreve que na carência de instrumentos essenciais á investigação cabe ao pesquisador construí-lo. Neste sentido, constituiu-se um roteiro para a entrevista semidirigida, conforme consta no apêndice. Para a estruturação selecionou-se o guião para facilitar a comunicação expressando de forma lógica as perguntas voltadas as diferentes áreas afetas a situação pandémica (Fortin, 2009). Para cada objetivo da investigação foi efetuada uma questão e tópicos de respostas “perguntas fechadas”, favorecendo a interpretação e análise da informação.

Na elaboração do guião das entrevistas teve em atenção aspetos essenciais como: precisão das questões, a leviandade na leitura e compreensão para o participante; as questões não suscitarem nenhum constrangimento; as perguntas não serem demasiado extensas e evitando desvios ao objetivo e; ligação dos assuntos permitindo integrar e captar a atenção do participante (Vilelas, 2017).

O guião começa com gratidão ao entrevistado pela sua colaboração e contribuição e descreve a pesquisa e os seus objetivos. As perguntas foram elaboradas com base nas leituras revisadas, incluindo as três principais temáticas alinhados ao objetivo geral.

Foi incluído questões descritivas (quando se procura a descrição do impacto na vida pessoal) e avaliativas (quando se interroga as mudanças que o covid19 trouxe no seu local de trabalho e se pensa em desistir do seu trabalho).

No guião constam três perguntas das quais:

- Pergunta fechada (escolha múltipla) descreve uma série de eventuais respostas, abrangido inúmeras facetas do mesmo assunto, é facilmente mensuráveis e desencadeia uma exploração em profundidade quase tão boa quanto a de questões abertas, tem desvantagem de sugerir respostas (Fortin, 2009).

- Pergunta aberta (livres ou não limitadas) facilita nas informações introspectivas e precisas; porém apresenta alguns inconvenientes como: dificuldade para as respostas ao próprio informante, que poderá redigi-la, o tratamento estatístico e a interpretação, o processo de tabulação, análise é difícil, complexa cansativa e retardada e corre o risco de serem incompleta, que geralmente, não seria obtida através das subsequentes perguntas no decurso da mesma (Fortin,2009; Azeredo,2019).
- Pergunta fechada (pergunta de fato) no seu objetivo do estudo diz respeito a perguntas concretas, tangíveis, fáceis de precisar, portanto identifica os dados objetivos, comumente não se fazem questões diretas sobre casos em que o participante sofra constrangimento (Marconi & Lakatos ,2005, p.208).

No final da entrevista reforçou-se o agradecimento inicial formulado á entrevista e pelo tempo dispensado. Durante as entrevistas por telefone apontaram-se algumas limitações como: problemas na rede de internet, dificuldade na comunicação em ambas as partes pouca percepção das respostas, e as vezes ao perguntar, ruídos externos (barulhos de aparelhos, vozes de crianças, automóveis, retenção de alguns dados essenciais receando que sua identidade fosse descoberta (Marconi & Lakatos ,2005, p.200) afirmam que estas desvantagem podem ser ultrapassadas ou minimizadas se o investigador for uma pessoa com bastante experiência ou tiver muito bom -senso .

4.5 Tratamento dos dados

Para o procedimento de análise dos dados foi empregue a análise de conteúdo. Os estudos qualitativos são voltados a exploração durante a investigação (Fortin,2009), toda a execução para a realização de coleta de dados varia de acordo com as circunstâncias ou o tipo de pesquisa em linhas gerais, os métodos de pesquisas foi: (1) coleta documental (2) entrevista (3) análise de conteúdo (Marconi & Lakatos ,2005, p.199).

Demaziére et al 1997; Guerra (2006) na análise de conteúdo são reconhecidos os corpus centrais da entrevista a avaliação em profundidade, e com o recurso á apresentação é a contagem de categorias e subcategorias e volta-se a essência do material registado na gravação e já escrito e reconstitui-se os fragmentos do discurso dispersos do decorrer do texto.

A pesquisa da análise de conteúdo tem sido cada vez mais usada para a interpretação dos dados nas ciências sociais e humanas (Bardin,2013). Vilelas (2017) descreve três fases para

análise de conteúdo: pré-análise; exploração de material e tratamento dos resultados e interferência e interpretação.

Na Pré-análise decorre a estruturação da base documental que será posteriormente examinada, neste estágio inclui a avaliação de relatórios e informação contida nos *websites* das instituições hospitalares e a transcrição das entrevistas. Posteriormente efetuou-se a leitura “flutuante” das entrevistas com intuito de obter uma primeira ideia da diversidade do conteúdo reunido, e tornando cada vez mais numa leitura mais profunda e precisa (Bardin,2013), buscando perceber cada ideia dos participantes. A estruturação do material, atualizou-se os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, no fim do estágio efetuou-se a organização do material para servir de análise.

A segunda fase foi a exploração do conteúdo, reunido geralmente as operações de codificação, decomposição ou enumeração, sob forma manual recorrendo ao *software*, as funções e regras formuladas pelo pesquisador, esta fase é a mais demorada e fatigante da análise de conteúdo (Bardin,2013). Nesta fase do estágio, percorreu-se a análise categorial, durante a categorização, isto é, na exploração do texto em categorias segundo os conteúdos associadas, é uma parte essencial da análise de conteúdo, porque faz a ligação entre os objetivos de investigação e os resultados obtidos (Vilelas, 2017). Nos concede “encontrar os núcleos de percepção que compõem a interação e cuja presença, ou a constante no surgimento pode indicar alguma coisa para o objetivo analítico definido” (Bardin,2013).

Para o conceito de categorias considerou-se os seguintes componentes: a exaustividade (cruzar todo conteúdo); e a exclusividade (classificação exclusiva); a objetividade (transparência no conteúdo) e a pertinência (o assunto deve dar resposta aos objetivos de pesquisa) (Vilelas,2017).

Normalmente pode ocorrer categorias por frequência (conteúdo duplicado por maioria das entrevistas) ou então por relevância empírica (sendo que não existe repetição de discurso, porém a sua referência e pertinente) (Vilelas,2017).

Para alinhamento deste estágio elaborou-se uma grelha de análise de conteúdo constituído por temas, categorias e subcategorias (tabela 1). Esta categorização foi realizada à *priori* (por meio da revisão da literatura) e foi ajustada à *posteriori* (com a inclusão de novas e

engrandecimento da pesquisa) assim e como foi antecipadamente relatado, no processo da pesquisa qualitativa é efetuada de forma síncrona e complementar (Fortin, 2009; Vilelas,2017).

Na execução da análise do conteúdo operacionalizada utilizou-se o software Nvivo versão 12 Pro.

Na fase final da análise do conteúdo, especialmente no tratamento dos resultados, inferência e interpretação foi prático no decorrer da construção de tabelas, exibidas no capítulo posterior. Podemos salientar que na análise de conteúdo realizada empenhou-se por comportar situações como: (1) a fiabilidade – avaliação objetiva e resultados similares independentemente do instrumento empregue ou do investigador; (2) a validade lógica – consideração pelo conteúdo e reprodução fiel dos factos ; (3) a inferência – interpretações distintas que determina a expressão possa ter ; (4) a validade empírica – qualidade do desenvolvimento conceptual e a respetiva exatidão na explicação de categorias (Vilelas, 2017) .

Tabela 1 - Grelha de categoria e subcategoria da análise de conteúdo das entrevistas

Categorias	Subcategorias
Impacto na vida pessoal	Financeira
	Social
	Saúde
	Emocional
Mudanças no Trabalho	Alteração nos horários e escala de trabalho
	Divisão da unidade de trabalho
	Aumento das medidas de segurança
	Formação continua
	Equipamentos Novos
	Aumento de pessoal de enfermagem

**Impacto na carreira
Profissional**

Medo
Juramento Profissional
Excesso de Trabalho
Desafios Novos

4.6. Considerações Éticas

Para o cumprimento dos princípios de boas práticas relacionadas com a investigação científica que envolve seres humanos, destacamos que foi assegurado o princípio do respeito em todas as etapas do processo do estudo, os princípios éticos a fim de salvaguardar a dignidade, integridade e respeito pelos direitos dos participantes.

Foi efetuado um contacto prévio com o chefe de enfermagem da organização hospitalar escolhida e foi-lhe explicado acerca do projeto, solicitando a sua colaboração.

Posteriormente foi feito o pedido de autorização ao conselho da Universidade Católica de Viseu, que nos remeteu com a aprovação. Neste pedido foi garantido a confidencialidade e o anonimato dos dados, que possa levar á identificação dos participantes envolvidos.

Após a aprovação foi necessário o cumprimento de toda a norma estipulada pela instituição, no primeiro momento endereçou-se a carta autenticada pela universidade para a área dos serviços académicos da CSE solicitando a realização do estudo com identificação da mestranda e a tutora, com o tema de investigação espelhado, a sua importância e o grupo alvo, em anexo foi enviado o pré – projeto, cronograma do projeto, carta de consentimento livre e informado para o participante, e o guião das entrevistas .

A seguir, a passagem pela comissão ética da CSE e aprovado, entrou-se em contacto com os possíveis participantes do estudo pela rede social (WhatsApp) enviando-lhes um modelo de declaração de consentimento livre e informado, e explicando a sua importância na participação, o tempo de duração da entrevista e a confidencialidade dos dados e com o direito de indeferir ou interromper a sua contribuição no estudo, a fim de primar pelo direito a liberdade dos participantes.

A gravação das entrevistas e a carta destinada a CSE encontra-se no apêndice.

CAPÍTULO 5 – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Sumário

5.1 Apresentação dos resultados e sua análise

5.2. Análise do conteúdo

5.3. Discussão dos resultados

5.1. Apresentação dos resultados e sua análise

Para que uma investigação ser efetuada é necessário seguir três fases principais (Fortin,2009), sendo este o último capítulo a ser explanado da fase empírica. Esta fase é conhecida pela execução do plano de investigação, por meio da recolha de dados no terreno e sua estruturação e tratamento (Fortin,2009). Lembrando que esta pesquisa recorreu a uma abordagem qualitativa fenomenológica, a exploração do discurso deve ser feita com base num processo de descrições sistemáticas, com finalidade de mostrar o fenómeno como ela é, e não através de interpretações (Fortin,2009).

As entrevistas estão inseridas no apêndice 4 (disponível em formato digital). Para melhor facilidade de entendimento, os resultados são explanados segundo os objetivos de pesquisa, sob forma de tabelas e análise correspondente.

E finalmente, os resultados são debatidos, ou seja, recorre-se á análise da literatura para sua interpretação e discussão.

5.1.1. Caracterização da amostra

A nossa amostra é constituída por 26 enfermeiros da unidade de cuidados intensivos. A tabela 2 apresenta a sua estruturação e caracterização de acordo com o perfil sociodemográfico. Foi requisitada e concedida, autorização para a identificação destes recursos.

Tabela 2 - Composição e caracterização da amostra

Dados Sociodemográficos	N	%
Faixa Etária (n=26)		
25-32 anos	8	30,8
33-40 anos	11	42,3

41-48 anos	4	15,4
49-56 anos	3	11,5
Sexo (n= 26)		
Masculino	8	30,8
Feminino	18	69,2
Nível Académico (n= 26)		
Douramento	1	3,8
Licenciado (a)	14	53,8
Téc. Médio	11	42,3
Estado Civil		
Casado (a) / Morando Junto	15	57,7
Viúva	1	3,8
Solteiro (a)	10	38,5
Tem Filhos (n=26)		
Sim	17	65,4
Não	9	34,6
Tempo de Serviço		
≥5 anos	7	26,9
≤ 6- 15 anos	15	57,7
≤16-25 anos	2	7,7
≤26-45 anos	2	7,7
Tempo em UCI		
≥ 5 anos	17	65,4
≤ 6 - 10 anos	3	11,5
≤ 11 - 15 anos	4	15,4
≤ 16 - 20 anos	1	3,8
≤ 21- 25 anos	1	3,8

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Relativamente aos entrevistados verifica-se um total de 26 enfermeiros dos quais 11 (42,3%) estão na faixa etária dos 33-40 anos e 3 (11,5%) 49–56 anos; o género é maioritariamente feminino 18 (69,2) e 8 (30,8) do sexo masculino; o nível académico temos um número de licenciados 14 (53,8%) e 1 com grau de doutoramento (3,8) ; temos um total de 15(57,7%) com a vida conjugal ativa e 1 viúva (3,8%) ; um total de 17 (65,4%) responderam ter filhos, enquanto um número de 9 (34,6%) responderam que não têm filhos ;o tempo de serviço na categoria de <6-15 anos foi um total de 15 (57,7%), e o grupo menor <26-45 (2); o tempo de serviço em UCI >5 anos 17 (65,4%) e 2 categorias tivemos 1 amostra cada (3,8%).

5.2 Análise de conteúdo

Inicialmente a exploração de conteúdos, as entrevistas foram submetidas ao recurso de contagem de palavras através do Nvivo12 pro, os termos que sucedem com maior frequência (correspondências fiáveis). Para isso, o número de palavras foi limitado a 100 e o número de caracteres 3. A originalidade dos factos são apresentados na nuvem de palavras na figura 8.



Figura 8 – Nuvem de palavras das entrevistas

Podemos observar que na nuvem de palavras que os termos “impacto” (1,57 %), “Covid 19” (1,60%) “trabalho” (1,24%), foram os que tiveram maior destaque, ao analisar, observa-se que o discurso dos enfermeiros está diretamente relacionado com a temática estudada, seguindo então e como forma a dar resposta ao objetivo geral da investigação, recorreu-se á análise de conteúdo das entrevistas. Os dados estão estruturados por subcategorias correspondentes aos indicadores e / ou segmentos de discursos.

1- Objetivo Específico: Analisar o impacto que a pandemia da Covid19 teve nos enfermeiros.

Neste objetivo procurou-se explorar as vivências dos enfermeiros durante a pandemia da Covid19. Assim, foi colocada a questão: Qual é o impacto que a Covid19 trouxe na sua vida pessoal? Foram identificados quatro fatores resultantes das consequências da Covid19 na vida dos enfermeiros: financeira, social, saúde e emocional, os indicadores / segmentos de texto encontram-se na tabela 3.

Tabela 3 – Impacto na vida pessoal dos enfermeiros

Subcategorias	Indicadores / Segmentos de texto	Enfermeiros
Financeira	Dificuldade extra " tornou as coisas mais difíceis de a cessar e mais cara " Duplicou -se as compras, capacidade de compra reduziu.	E3, E9, E12.
	Gastos com o táxi aumentou " devido a alteração da escala de trabalho" sem reservas económicas.	E9, E17, E21
	Falta de remuneração salarial "fiquei internada 45 dias e não tive remuneração salarial, e isso pesou muito nas minhas despesas".	E18
	Oportunidade de trabalho" pela necessidade de enfermeiros fui contemplada para vir trabalhar na equipa UCI Covid19, passei de colaboradora para efetiva, para mim tem algum impacto positivo"	E22
Social	Distanciar dos nossos familiares.	E1, E10, E13, E14, E22, E25
	Isolamento social " ficar confinados."	E1, E10, E11, E14, E24, E26
	Encerramento dos locais públicos.	E1, E24
Saúde	"Todo mundo tinha medo de ter contacto com doente de Covid19, medo de morrer “,	E4, E5
	Tive sintomas semelhantes ao covid19.	E16
Emocional	Desgaste emocional " ansiedade relacionada aos sintomas característicos ao covid19, insónia, sustos com muita facilidade, períodos de amnesia.	E2, E4, E16, E17, E19, E20, E22
	Excesso de trabalho " ficar muito tempo sem descansar.	E17
	Ficar longe da família.	E3, E6, E7, E18, E20, E26.
	Quarentena "tive covid19 no exercício das minhas atividades"	E6, E7, E18, E22.
	Lidar com a morte de vários doentes.	E9, E10, E25
	Falta de preparação e conhecimento da doença" veio de forma súbita"	E15, E19, E20, E21

No que diz respeito ao impacto financeiro, sobressaem três tipos de discursos. A maioria da amostra (n=7) mencionam o aumento de preços.

O entrevistado E3 respondeu que o impacto financeiro porque “trouxe uma dificuldade extra, porque somos um país que exportamos muitas coisas, e nesse caso por ter as fronteiras fechadas tornou-se um pouco mais difícil de a cessar e mais cara acima de tudo, e que dificultou algumas coisas, enquanto que os entrevistados E9, E17 e E21 afirmam que a Covid19 trouxe compras acrescidas como “desinfetante para desinfetar as mãos, no que diz respeito as mascaras, a pessoa tem que fazer aquilo comprando para a família, para cada pessoa que sai de casa, aumentar mais desinfetante, tem algumas coisas que a pessoa duplicou, as compras dos desinfetantes, mascaras, que antigamente não era necessário, porque a pessoa tem que comprar contando com outras pessoas, com todo pessoal que esta em casa “contas com os transportes, mais uma coisa trabalhar na covid19 na clínica trouxe também um impacto financeiro em termos de táxi, porque as nossas escalas do covid19 é diária, trabalhamos todos os dias, e muitas das vezes ida e volta para casa a pessoa gasta muito com o dinheiro de táxi.

O entrevistado E12 fala sobre “experiências terríveis, houve muitas mudanças, tive que gastar praticamente as minhas economias, que é para ajudar certas pessoas, certos familiares, e com o covid19 tiveram algumas dificuldades”. A experiência vivida do E18 “aborda que em dois meses que “fiquei internada não tive remuneração salarial e pesou muito nas minhas despesas mensais”.

Muito embora quando se fala de crise, em meio a tudo isso temos o entrevistado E22 que encontrou na Covid19 uma oportunidade de emprego “trouxe para mim uma oportunidade de trabalho de forma financeira, porque eu trabalhava numa área da instituição e eu era colaboradora, mais pela necessidade de enfermeiros profissionais de saúde que a instituição precisava então fui contemplada no caso para vir trabalhar ou fazer parte da equipa da covid19, para mim tem algum impacto positivo”.

O impacto social teve o seu destaque acentuado durante (n=9) amostras de formas distintas conseguiram passar a ideia do distanciamento familiar, encerramento de locais públicos e isolamento social ter que ficar confinados mexeu muito durante este processo de pandemia.

O entrevistado E1 afirma que “numa primeira fase, acabamos por nos distanciar dos nossos ente queridos, angolanos como somos, temos a nossa cultura de semanalmente, de visitar este ou aquele parente, temos tido alguns momentos de visitar os avôs, os sogros, e por ali adiante, aqueles nossos convívios habituais, isto de certo modo acabou de ser prejudicado, por conta deste isolamento social que se pretendia; o outro elemento com relação ao impacto social está no facto dos angolanos frequentarem a religião ou seja o cristianismo nos, eu falo da igreja no geral, deixamos de frequentar essas casas, deixamos de ouvir cultos, de assistir missas e como do conhecimento normalmente depois da missa tem aquela questão da chamada missão, em que as pessoas se relacionam depois da missa, que vão colocando certos assuntos em dia, ficamos também privados disso, deixamos de assistir partidas de futebol, sobre tudo para nos homens que gostamos muito de ir aos campos enfim, de forma social acabou ficando muito limitado e vimos que esta patologia veio trazer um impacto enorme não só económico, não só financeiro mais eu destaco-me mesmo na forma social e claro falar deste impacto social ela acaba beliscando um bocadinho o impacto económico, porque muita coisa fechada, fim de exemplo: os campos de futebol, acaba afetando o impacto económico, muita gente com o encerramento das escolas, esse distanciamento acaba também tendo este impacto económico então há uma interligação por isso eu me apego muito no impacto social e que se tivermos que desdobrar ela acaba abarcando um bocadinho desses outros focos”.

No impacto da saúde nota-se um número reduzido comparado com outras áreas de experiências (n=4) mais com um discurso único, amplo e abrangente, vale ressaltar que o E5 relata o fator medo da morte (afetou-me muito a minha saúde mental, trabalhar tanto e sentir que não foi o suficiente, medo de adoecer e mesmo assim contrai a Covid 19, falta de conhecimento sobre a doença, esta experiência não foi das melhores que eu já tive) ser predominante durante esta fase, medo de ter contacto com os doentes; enquanto que o E16 assume ter sintomas semelhantes a Covid19 e a E20 por fazer parte do grupo de risco na altura gestante então teve que ser afastada do serviço .

Por último temos a consequência emocional que teve um total de (n=14) enfermeiros com experiências diversas como: desgaste emocional, excesso de trabalho, falta de preparação, quarentena, lidar com a morte de vários doentes confinamentos etc.

O entrevistado “E2” relata que o desgaste emocional, familiares que também tiveram sintomas característicos mesmo com os resultados negativos “então foi um desgaste para mim

e para os que me são próximos”. A amostra E3 afirma que por estar distante da família não poder estar próximos de quem se ama causa um sentimento de dor, frustração principalmente pelo trabalho excessivo, “quase todos os profissionais a entrar em bournout”. a amostra E6 fala que “ impactou-me muito na minha vida porque sabes como profissional acabei contraindo a covid19, no exercício das funções e o isolamento, ter que se passar por aquele processo de ter que ficar longe da família, para segurança deles no caso , apesar de eu ter sido assintomática na altura, mais emocionalmente me senti muito afetada porque tive que ficar longe das pessoas que eu gosto, tenho 1 filho pequeno, do meu marido, dos meus pais, então esse foi o primeiro impacto na minha vida , me afetou mais emocionalmente”.

O entrevistado E17 reconhece que “com essa subcarga de hora, dos horários que nos temos principalmente na área de covid19 isso mexeu comigo , há momentos que eu tenho períodos de esquecimento, que é amnesia , é aquilo que a pessoa pensa que devia fazer afinal não fez , então estou a ter esta situação e também sinto muito aquecimento nos pés , por causa de ficar muito tempo sem descansar , e depois no covid19 a roupa que nos usamos já é muito quente mais as minhas meias elásticas que eu tenho que usar , quer dizer aquilo tudo está mesmo muito complicado”.

O (E19) fala que “quando a própria doença surgiu pela forma que se estava a dizer da própria doença em si e conforme nos recebemos, aquilo que realmente nos causava mais ansiedade e nos levava num estado emocional muito elevado porque ninguém sabia no princípio como lidar com a própria doença”.

2-Objetivo Específico: Identificar o impacto da gestão da mudança durante a pandemia da covid19 no local de trabalho dos enfermeiros.

Identificar as medidas de gestão no local de trabalho dos enfermeiros durante a pandemia, suas experiências com as mudanças. Assim sendo foi colocada a questão: Quais são as mudanças que o covid19 trouxe no seu local de trabalho? Como antecipamos, novos indicadores foram citados formando assim novas subcategorias como: divisão da unidade de trabalho, aumento das medidas de segurança, uniformização, equipamentos novos, formação contínua, conforme nos apresenta a tabela 4.

Tabela 4– Impacto da mudança no local de trabalho

Subcategorias	Indicadores / Segmentos de Texto	Enfermeiros
Alteração nos horários (escala) de trabalho	Diminuição de pessoal	E1, E6, E17, E23.
	Subcarga no trabalho	E2, E5, E6, E16.
	Aumento de carga horária	E2, E4, E6, E9, E12, E20, E22.
	Perda de qualidade no trabalho	E5.
Divisão da unidade de trabalho	Dividir as equipas (causando stress, desentendimentos, sobrecarga etc.)	E1, E2, E5, E6, E11, E13, E18, E21, E23, E25.
	Alteração do rácio enfermeiro -doente.	E1, E16.
	Suspensão das férias e suspensão do trabalho aos enfermeiros pertencentes ao grupo de risco: grávidas, idade avançada e patologias crónicas (HTA, Diabetes meliteus etc.).	E1, E6, E7.
Aumento das medidas de segurança	Distanciamento dentro da unidade.	E3, E10, E11, E14, E25.
	Uso constante de EPI'S (mascaras) e desinfeção das mãos.	E2, E7, E8, E10, E12, E18, E20, E24.
	Ficar em isolamento / quarentena (aproximação e união entre os colegas de trabalho).	E3, E14, E19, E20.
	Falta de interação com os doentes e seus familiares	E8.
	Paramentação e Desparamentação	E2, E11, E21.
Formação contínua	Saber lidar com o covid19 (falta de conhecimento sobre a pandemia, experiências novas de ensino)	E6, E11, E21.
	Paramentação e desparamentação	E11.
	Redução do número de formações	E8.
Equipamentos novos	Aumento de ventiladores e aumento de monitores	E7, E17, E26.
	Ensino (dificuldades para compreender vários sistemas de ventilação mecânica).	E15, E17, E23.
Aumento de pessoal de enfermagem	Enquadramento de pessoal (renovação das equipas).	E26.

Vimos na tabela acima que todos os enfermeiros descreveram as mudanças que ocorreram no seu local de trabalho em função das áreas que mais se identificou.

Contudo, este entendimento vê-se que a divisão do serviço em dois (2), mereceu destaque com (n=10) para uma UCI Covid19 e com essa divisão desencadeou alteração na escala / horário de trabalho promovendo assim a diminuição do pessoal, sobrecarga de trabalho, stress e baixa qualidade no serviço (n=5).

O entrevistado E1, apoiado na mesma linha de ideia os (E6, E17, E23) quando fala da diminuição de pessoal e divisão das unidades de trabalho “ alteração nos horários de trabalho, a rotina normal em si mudou, por conta da declaração do estado de emergência, 1º porque ninguém devia sair de casa, exceto em situação de serviços essenciais, e claro que o nosso serviço faz parte desses serviços essenciais, mais por conta do encerramento dos transportes públicos por exemplo; porque nem todo mundo, os nossos colegas têm carro próprio ouve há necessidade então de alterar os horários habituais ; os colegas passaram a fazer turnos de 12h; então isto já é o primeiro impacto; com alteração dos horários de trabalho, o segundo elemento como eu posso dizer a divisão da unidade de cuidados intensivos, com esta situação da Covid 19, houve há necessidade de se criar um serviço específico, criando o serviço específico havia necessidade de se fazer desdobramento das equipas; então tivemos que se reduzir as equipas a funcionar, o que que a gente nota; acabamos tendo uma alteração no rácio-paciente – enfermeiro; nos temos o rácio de 1 enfermeiro para 2 pacientes em determinados momentos temos 1 rácio de 1 enfermeiro para 3 ou 4 em função dessa alteração porque a ideia era manter as 2 unidades a funcionar com os escassos recursos de enfermagem que nos temos; isto a princípio nos afeta mais nestes 2 elementos fundamentais e depois com isso.

A sobrecarga no trabalho também foi mencionado nos entrevistados E2, (E5,E6,E16); destacando assim a explanação da E6 quando afirma que “1ª foi a alteração de horário, as nossas equipas tiveram que ser reduzidas, por causa das pessoas que pertenciam ao grupo de risco, você sabe nossos colegas a maior parte são mais velhos e têm algumas patologias, então não puderam continuar connosco durante muito tempo, a carga horaria em consequência disso aumentou porque tirar o pessoal que pertencia o grupo de risco, e quem ficou tinha que suportar o serviço porque um hospital é um hospital, independentemente da situação continua a funcionar ,ver os pacientes a morrer , nos primeiros meses em que tivemos os primeiros casos de coronavírus, ninguém sabia lidar com a situação um pouco complicado, houve muita tensão

dentro da equipa de trabalho , muito por causa 1º da carga de trabalho , depois pela situação toda em si , ninguém sabia quase nada sobre o coronavírus, ver os nossos pacientes a morrerem, sem poder fazer grande coisa, também não sabíamos nada, o pouco que sabíamos começamos absorver dos outros países que estavam a passar pela situação , então não foi uma situação muito agradável no principio”.

O aumento da carga horaria mereceu um impacto muito significativo durante as entrevistas (n=7) relatam experiências como “a carga horária de trabalho do covid19 trouxe aqui no nosso local de trabalho, e que nos tivemos mais carga de horário de trabalho como antigamente (E9)”.

Dentro desta pressão de horários e carga de trabalho o E5 , afirma que “ eu acho que por causa disso a gente acabou perdendo a qualidade , acho que isso é muito importante, qualidade porque: nos a trabalhar sobre pressão, a trabalhar com poucos enfermeiros, a trabalhar com rácio que não tem nada haver connosco , então acabamos fazendo pouco pelos doentes e isso não é bom; e isso esta acabar dificultando muito se calhar a recuperação dos doentes, então acho que a qualidade, isso tem que acabar já, para nos voltarmos e começarmos a ter a nossa qualidade que sempre desejava , tratar bem os doentes e atingir a excelência”.

Um outro ponto que mereceu destaque nas mudanças no trabalho foi a divisão da unidade de trabalho mencionado por (n=9), com menção relacionada a divisão das equipas causando stress, desentendimentos como refere a entrevistada “acabamos dividindo os profissionais para 2 áreas, então começamos a trabalhar sob pressão, mais é uma pressão daquelas que tu não tens noção, e a gente ficou muito estressado, houve muitos desentendimentos (E5)”.

A alteração de rácio enfermeiro – doente também foi referenciado como uma das mudanças devido a lei da mobilidade de pessoal de outros serviços como colaboradores e efetivos isto levou a uma alteração , como consta em resposta o (E16) “O covid19 trouxe desvantagem porque teve que se dividir praticamente as equipas para 2 , as equipas eram de 4-5 , teve que se dividir para 2 , o trabalho aumentou e aqui no nosso país a lei diz quem estiver a trabalhar num sitio não se podia movimentar para outro infelizmente os enfermeiros colaboradores tiveram que sair da clínica e o trabalho triplicou posso assim dizer desde que há covid19”.

A suspensão das férias e suspensão do trabalho aos enfermeiros pertencentes ao grupo de risco como : (grávidas, idosos e enfermeiros com patologias crónicas como HTA Diabetes meliteus), como menciona o entrevistado (E6) “ por causa das pessoas que pertenciam ao grupo de risco , você sabe nossos colegas a maior parte são mais velhos e têm algumas patologias , então não puderam continuar connosco durante muito tempo , a carga horária em consequência disso aumentou porque tirar o pessoal que pertencia o grupo de risco ,e quem ficou tinha que suportar o serviço”. E o (E1) ainda acrescenta que como era de esperar “ houve então a suspensão das férias , muitos acabaram tendo as férias suspensas , a variação deles por isso e que estou cá a gozar as minhas férias do ano passado , porque eu devia gozar em julho , só estou a fazer agora , por conta desta situação da pandemia e aliado a isso temos as colegas que também foram acometidas com a patologia , muitos acabaram contrair a covid 19 e estando eles acometidos com a doença acabaram então parando ao isolamento , quarenta , isto diminui a força de trabalho que já era escassa de uma forma geral , acho que e isso que afetou de uma maneira o normal funcionamento da unidade”.

Outra categoria mencionada foi o aumento de medidas de segurança no local de trabalho como: distanciamento dentro da unidade, o uso constante de EPI’s, ficar em isolamento, falta de interação entre os doentes e familiares e cuidados com a paramentação e desparamentação.

O entrevistado (E25) refere que houve um “distanciamento social dentro da unidade, porque tivemos que estar afastados um dos outros por um tempo, houve separação de unidades mais por fim depois nos aproximou todos, porque afinal nos somos uma única unidade e temos que trabalhar em prol do desenvolvimento dos doentes”.

O outro ponto é o uso constante de EPI’s e a desinfecção das mãos como menciona os (n=8) entrevistados. O (E24) responde que “uso constante das máscaras porque constantemente nós só usávamos na hora dos procedimentos e agora usamos constantemente, era só para aspirar secreções, usamos as vezes as viseiras quando tivéssemos que entrar em contacto com doente, aspirar secreções essa coisa toda, mais depois da covid19 vimos que alterou muita coisa e colocar mascara constantemente, isso mesmo e que alterou muito no lado do serviço2”.

A implementação do isolamento/quarentena institucional foi um dos pontos que mais se destacou nas mudanças no trabalho conforme afirma o E16 “deu para nos familiarizarmos mais entre os colegas, nos conhecermos mais, em especial nas situações em que tivesse um furto ou

alguém que contraiu o vírus, tínhamos que estar isolado, mais tempo para conversar, tendo atenção no distanciamento”. Ou seja, este momento fechado aproximou mais os enfermeiros como relatam os (E3, E14, E19, E20).

A falta de interação com os familiares dos doentes também foi uma mudança relatada como vimos na resposta (E8), “interação que nos tínhamos com os pacientes, familiares dos doentes, há princípio e mais isso, formação e interação com os familiares dos doentes”.

Os cuidados na paramentação e desparamentação também suscitou relevância na mudança, formação, o próprio vestuário em sim como afirmam os (n=3) “paramentação e a desparamentação foram fatores fundamentais para poder mudar com esse tipo de doentes”. (E21); temos que ficar mais equipadas, equipamentos de prevenção, os EPI’s, são mais sofisticados diferentes dos outros, também tivemos que ter uma formação como nos uniformizar, como lidar com as causas (E11).

Outra categoria de mudança no local de trabalho é a formação contínua onde destaca-se elementos como: falta de conhecimento sobre a Covid19, técnicas de paramentação e desparamentação, diminuição de números de formações. conforme afirma o E11 “tivemos que ter uma formação como nos uniformizar, como lidar com as causas”. E redução do número de formações (E8).

Outra mudança é o aumento de equipamentos novos como: ventiladores, monitores e recebimento de formação para saber trabalhar e lidar com os tipos de pacientes de acordo com as suas necessidades. como afirma o (E26) dizendo que “trouxe algumas oportunidades de melhorias , o covid19 não foi de todo mal , por exemplo : o que nos trouxe de bom para o serviço , coisas que nos não tínhamos , coisas que nunca tínhamos ou visto ou vemos por exemplo : em formações ou por alguma leitura de alguma literatura começamos a ter , o covid19 fez-nos ter alguns equipamentos , que nos não tínhamos suficientes ou que nunca tínhamos , todo antes do covid19 trouxe essa abertura , com abertura de importação de prioridades de bens e produtos da área de saúde ; o covid19 trouxe essa vantagem ou essa oportunidade de termos mais ventiladores , equipamentos para a monitorização , para a monitorização invasiva , quer dizer houve uma serie de situações de coisas de material e equipamentos que nos até então não tínhamos e o covid 19 nos trouxe essa abertura , começamos a ter , entrar, quer dizer , tudo que nos pedíssemos a direção era nos fornecido , tudo que nos víamos que os outros usavam na

europa , nos outros mundos para tratamento do covid19 nos íamos investigar e víamos que era bom aquilo pedíamos , e começamos a ter , hoje temos muita coisa a que há uns anos atrás ninguém imaginava ter , então acho que até certa forma o covid19 trouxe essa parte , essa coisa boa para o serviço”. esta afirmação é confirmada pelo (E17 e E7) “número de ventiladores aumentou, os sistemas fechados que noutra hora não havia, hoje conseguimos usar”.

O último ponto a destacar é o aumento de pessoal de enfermagem como relata o (E26) “conseguimos renovar as equipas, nos tínhamos já uma equipa um pouco de crescimento de idade, o covid19 trouxe essa oportunidade de incluímos enfermeiros em formação, daqui há mais 2-3 anos serão enfermeiros para suportar tanto a UCI covid19 como a UCI não covid19, epá que o covid19 não foi de todo mal também trouxe coisas boas para nós”.

3-Objetivo Específico: Analisar o impacto da carreira profissional dos enfermeiros durante a pandemia da Covid19.

Relativamente, ao impacto na carreira profissional dos enfermeiros durante a pandemia da Covid19, revelou-se que os indicadores como: medo, juramento profissional, excesso de trabalho e novos desafios como respostas que merecem ser analisadas de acordo a pergunta formulada: Já pensou em desistir do seu trabalho em função da situação que está a passar, e porquê? A tabela 5 expõe os indicadores/ segmentos de texto que sustentam esta classificação.

Tabela 5 – Impacto na carreira profissional dos enfermeiros

Subcategorias	Indicadores / Segmentos de Texto	Enfermeiros
Medo	Medo da culpa por contaminar a minha família e receio que o pior lhes acontecesse.	E6, E18, E26
	O medo por ser uma doença nova e a falta de conhecimento.	E9, E10, E16, E26
	Medo de trabalhar com doentes de Covid19.	E18
	Estar longe da família.	E3, E10
Juramento Profissional	No meu juramento declarei estar pronto para socorrer as vítimas seja de que patologia for e onde quer que seja, no campo ou na cidade.	E1, E5, E11, E17, E23, E24, E26.
	Gosto da minha profissão, houve sim momentos esgotantes mais não o suficiente para fazer com que venho a desistir da minha profissão.	E7, E9, E11, E13, E14, E16, E19, E22, E25
Excesso de trabalho	Sobrecarga de trabalho.	E10
	Sobrecarga emocional.	E2
Novos Desafios	O mundo todo está a viver, não há motivos para desistir.	E1, E4, E8, E9, E11, E12, E15, E19, E20, E21
	Estamos mais fortes e aprendemos muito.	E15, E21

De forma deliberada os enfermeiros responderam à pergunta formulada sustentado as razões de acordo a experiência vivida durante a pandemia, que mereceu destaques as quatro subcategorias que vamos abordar a seguir: medo, juramento profissional, excesso de trabalho e novos desafios.

Dos (n=26) entrevistados, seis (n=6) responderam que em algum momento devido ao medo que se apoderou da sua mente, já pensaram em desistir conforme podemos ver a resposta do (E6)“Já pensei em desistir sim ,me apegando mais essa parte da pandemia e principalmente no momento que tive infetada , tive que me isolar e depois acabei por descobrir que também infelizmente eu acabei por contaminar ou infetando o meu filho, o meu esposo, então aquele receio de que alguma coisa lhes acontecesse por minha causa , porque no fundo fui eu que levei , todo mundo estava isolado, e eu era a única que estava a trabalhar na altura então o receio de

pensarem de deixar de trabalhar e procurar outra coisa para fazer porque não ia suportar por exemplo de lhes perder” .

O medo do contágio em pessoas muito próximas falou mais alto nesta época, e a resposta do (E18) “Já pensei em desistir, por medo de trabalhar com esses doentes e puder levar esta doença aos meus familiares, principalmente ao meu filho”, e o (E26) “ não lhe vou mentir que no início houve um receio, o receio sempre foi aquele de me contaminar e levar depois a doença a esposa, filhos (família etc.) mais tudo isso era mais fruto de muito desconhecimento, o medo pairou, houve um pânico, mais em momento nenhum eu pensei em desistir”.

O medo associado a falta de conhecimento da doença teve relevância conforme vimos a resposta do E16 “no princípio do medo por ser uma coisa nova, que ninguém conhecia, mais hoje em dia que já estamos há quase 1 ano com essa situação já não penso assim, esta totalmente ultrapassado o assunto”.

A subcategoria analisada e com maior impacto foi o juramento profissional onde encontramos o comprometimento profissional e o gosto pela profissão conforme vimos a resposta (E1) “qualidade de profissional que sou, eu sou enfermeiro, a quando do meu juramento uma das coisas que eu fiz é dizer que estaria pronto para socorrer as vitimas seja de que a patologia for e seja onde eu estiver no campo ou na cidade; então se a minha formação e vocacionada para enfermagem , então a enfermagem é uma arte de cuidar e temos uma patologia nova , que acabou se estendendo e tornou em pandemia e mais um desafio para o enfermeiro ” e o (E24) “ porque quando chegamos até aqui esse ponto é porque já decidimos que é o caminho que queremos seguir, então quando tu juras a bandeira não tem como desistir porque se tu desistas é porque foi uma bandeira mal jurada, eu tenho a certeza que a bandeira que foi jurada da nossa parte é mesmo para velar com lutas, batalhas, e o (E17) que termina dizendo que “ nós nos comprometemos a cumprir, a honrar, ajudar então se desistirmos parece que tudo que falamos vai tudo em vão, mesmo com essa situação difícil , mesmo mexendo coma nossa saúde , área financeira, estou sempre a continuar”.

O gosto pela profissão também foi um fator predominante nas respostas, conforme podemos ver o (E13) “ é uma profissão que eu escolhi é a minha profissão , independentemente da situação que o país é um mundo se encontra , epá nos temos que ser nós temos que ter pessoas na linha da frente e essas pessoas somos nós” e o (E25) responde que “nunca pensei em desistir

do meu trabalho sempre gostei muito de enfermagem e uma vez que o enfermeiro tem que ter amor próprio , amor pelas pessoas , e gostar do trabalho que faz em especial ter muita atenção pelos doentes , respeito , dedicação , empatia , 100% acima de tudo no seu dia a dia”.

O excesso de trabalho também teve impacto nas respostas relacionadas com a desistência de carreira como nos diz o (E10) “devido o excesso de trabalho, a falta de estar com a família, a gente tem que ficar a trabalhar horas e horas é mais por isso”, e o (E2) “sobrecarga emocional que eu já havia dito não volto a repetir, então foi assim, tipo, vale a pena mudar de serviço”.

Com a pandemia segue-se os novos desafios e com ele o impacto na carreira dos enfermeiros, analisando as respostas dos participantes como, o (E4) “ não há motivo de desistir do trabalho em função disso ; é uma pandemia com certeza que tudo passa”, e vimos uma ligação com a resposta do (E9) “e a primeira pandemia que eu enfrento no meio do meu exercício profissional , no principio havia muito medo mais , não pela desistência , não para desistir , mais o medo de encarar a situação , medo de continuar , mais depois graças a Deus superamos esse medo , estamos a caminhar , na saúde não desisto , já escolhi estou na chuva e para se molhar”.

E o nosso entrevistado E12 afirma que “é um desafio eu sou uma pessoa que gosta de desafios, então nunca pensei em desistir, quero mesmo é continuar na luta”. E com os novos desafios vem a necessidade de busca de novos conhecimentos e aprendizagem com a doença, como vimos na resposta do (E21) “o covid19 de certa forma me dá mais vontade de continuar, visto que os doentes de covid19 com doença de Respiratória – Hipoxémica agravam com muita facilidade, então o covid19 para nós se tornou uma nova escola, estamos a aprender muito com o covid19, principalmente com os UCI”.

O impacto da Covid19 na vida dos profissionais de enfermagem está inteiramente ligado a fatores internos como externos como: fatores emocionais, social, desgaste físico, valorização, comprometimento com a carreira etc.

5.3 Discussão dos resultados

Após o término da apresentação dos resultados, segue então a discussão acompanhada de uma análise crítica de conhecimentos sobre o assunto estudado para enriquecimento do estudo, e levou-se em conta aspetos como: exatidão dos resultados, a significância dos resultados segundo o tipo de estudo, a generalização dos resultados (todas aplicações teóricas e práticas dos resultados obtidos), as conclusões e implicações (Fortin,2009; Pocinho,2012). Assim sendo, os resultados são confrontados com a fundamentação teórica pesquisada e enquadrada na primeira parte do estudo de investigação sobre Covid19, gestão da mudança e enfermagem em UCI.

E com isso formulou-se quatro objetivos específicos, fundamentado nos resultados da análise do conteúdo efetuado.

O perfil sociodemográfico dos enfermeiros que vamos apresentar são resultados estreitamente relacionados ao objeto de estudo. As variáveis são: idade, sexo, nível académico, estado civil, tem filhos, tempo de serviço e tempo em UCI, os quais são dados dos 26 enfermeiros participantes da pesquisa.

No que concerne o sexo podemos constatar que a amostra é predominantemente feminina 18 (69,2%).

No que se refere ao nível académico temos um número de licenciados 15 (57,7%). Analisando o estado civil nota-se que temos um total de 15 (57,7%) com a vida conjugal ativa; um total de 17 (65,4%) responderam ter filhos; o tempo de serviço no intervalo de <6-15 anos foi um total de 15 (57,7%); o tempo de serviço em UCI o intervalo >5 anos 17 (65,4%).

Discussão

O intervalo de 33-40 anos (42,3%) foi predominante no estudo. A idade média de 36 anos parece ser um preditor de comprometimento profissional : enfermeiros mais velhos são mais satisfeitos com o seu trabalho e consideram menos frequente uma eventual troca , comparativamente com os mais novos (Van Dam et al, 2013 ; Pinho, 2020); por outro lado alguns autores referem que a exigência física em UCI é maior do que nos outros serviços , pelo que os enfermeiros mais novos poderão ganhar alguma vantagem ; verifica-se também que ao longo dos anos adquire-se perícia com a experiência profissional (Benner,2001; Pinho ,2020).

O nosso estudo foi composto maioritariamente por mulheres. Esse dado está relacionado com a predominância do sexo feminino em enfermagem, sustentada por outros autores que reproduzem a distinção histórica da enfermagem, profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres desde os primórdios. Nos hospitais esta predominância também ocorre entre funcionários, fundamentalmente na enfermagem, que pode ser caracterizada em função do arquétipo, concedido por mulheres (Pinho,2002).

No que se refere ao nível académico, encontra-se predominância em enfermeiros licenciados (57,7%) podemos basear-se na ideia de Soares (2019) quando afirma que a classe de enfermagem é composta por três categorias: enfermeiro (licenciado), técnico de enfermagem (ensino médio) é o auxiliar de enfermagem (curso para auxiliares que pode demorar mais ou menos 15 meses) e ambos têm atuações distintas na área de saúde.

O enfermeiro licenciado é um profissional qualificado, no exercício de atuação mais completo da profissão, e além de poder auxiliar em todos os níveis de pacientes, ele tem a responsabilidade para o planeamento do auxílio de enfermagem como: treinamento e capacitação, liderança e supervisão das equipas de trabalho (Soares,2019).

O estudo é voltado para um grupo de enfermeiros com idades compreendidas entre 25-56 anos de idade, e não espanta encontrar estes resultados como: vida conjugal ativa e filhos. Os autores (Van Dam et al, 2013; Pinho,2020) referem que os trabalhos por turnos, nomeadamente o trabalho durante o período noturno poderá também ser um preditor de comprometimento, talvez as alterações no ritmo circadiano e na vida familiar e social, assim os enfermeiros lidam melhor com este fator estarão menos propensos a abandonar a UCI.

O tempo de serviço predominante pertencente ao intervalo de <6-15 anos (57,7%). Formiga (2005) afirma que a experiência profissional, o envolvimento institucional, e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que favorecem os trabalhadores a permanecerem em uma instituição, e ainda, o tempo de trabalho numa organização pode estar associada á proposta de trabalho da organização e a satisfação individual.

O tempo de serviço em UCI teve representado pelo grupo de >5 anos. Para os autores (Fleury & Fleury, 2001) referem que há um desenho profissional para trabalhar em UCI, o

enfermeiro inexperiente possui o conhecimento teórico, entretanto, não reúne todas as qualificações necessárias para atuar neste local, por isso vivencia a inserção neste contexto de cuidado de forma peculiar, ou seja, ainda necessita agregar a habilidade técnica, aprimorando-a, preferencialmente, por um processo de inserção profissional.

Diferente do autor (Pinho, 2020) que não considera haver um padrão de capacidades do enfermeiro em UCI, a especialidade e complexidade do ambiente em UCI poderão adicionar os profissionais que lá desempenham funções, sendo fundamental a sua capacidade de adaptação. O enfermeiro que trabalha em UCI poder-se-á associar a nível de conhecimentos técnico-científicos e de responsabilidades á habilidade em lidar com novas tecnologias, e o compromisso com uma aprendizagem contínua , o exercício em equipa é fundamental devendo o enfermeiro ser capaz de estabelecer uma comunicação efetiva com os pares interprofissional , a comunicação com o cliente também assume relevo , humanizando o cuidado , num ambiente repleto de tecnologia em que o componente técnico é importante.

Objetivo 1: Analisar o impacto que a pandemia da Covid19 teve nos enfermeiros de uma UCI. O impacto na vida pessoal dos enfermeiros durante a pandemia da Covid19 foram identificados quatro fatores: financeira, social, saúde e emocional.

Discussão

Angola vive uma crise desde os finais de 2014, com a descida do barril de petróleo (principal fonte de receita na economia do país) e com a pandemia só veio agravar o problema pré-existente, em todas as cadeias da atmosfera social como: subida de preços da sexta básica, desvalorização da moeda, desemprego, falta de atualização dos salários etc.

No que respeita o impacto financeiro durante a pandemia foram notados 3 discursos como aumento dos preços, dificuldades extras como “compras de matérias gastáveis como luvas, mascaras e desinfetantes das mãos” e oportunidade de trabalho.

O aumento de preços e as dificuldades extras como a implementação nas listas das compras, material de proteção individual (luvas, mascaras) e desinfetantes das mãos (álcool gel a 70%). Analisando o artigo publicado pelo jornal Visão (2021, maio, 13) refere que a inflação em Angola subiu em abril 24,82% face ao homologa de 2020 e 2,09 % face á março.

EERS (2020) afirma que o encerramento das unidades de comércio consideradas não essenciais, quer a limitação da mobilidade dos cidadãos, resulta numa baixa acentuada do exercício económico, com repercussões significativas a nível global, dado o nível de integração económica existente e a importância das cadeias de produção, as quais são identificadas por uma gestão integrada.

Com a pandemia também trouxe com ela a oportunidade de trabalho, principalmente na área de enfermagem, devido o excesso de trabalho nas instituições hospitalares, e vai de encontro a afirmação de Viana (2012) quando afirma que a enfermagem é uma profissão que exige a mobilização de saberes, habilidades e atitudes, sendo assim, considera-se que a formação é promotora da qualificação permitindo a aquisição de novas competências neste grupo profissional; verifica-se uma necessidade constante de capacitar o pessoal, sendo prevista como estratégia organizacional a otimização de tempo e produtividade destes meios, a instituição tem o dever de agrupar esforços no sentido de recrutar e seleccionar trabalhadores do mercado de trabalho e introduzi-los no ambiente produtivo, empregando-os para responder as necessidades da instituição.

Embora os autores Diniz e Paulino (2020) afirmam que a equipa de enfermagem treinada e capacitada para dar resposta em unidade de cuidados intensivos é muito reduzida principalmente em tempo de pandemia, os enfermeiros por muito que se pensa não fazem tudo e nem estão capacitados para tudo, por isso treinar e formar equipas á pressa é o que se restava, e isso tendencialmente promove o aumento de mortalidade de doentes tratados por equipas sem experiências.

O impacto Social na vida dos enfermeiros trouxe consigo, o afastamento e distanciamento de familiares, confinamento e o encerramento de locais públicos. A exaustão, dos enfermeiros “privação do tempo de descanso, com imensos turnos extraordinários, o condicionante familiar e a vida social dos enfermeiros vivenciados, causa uma enorme perturbação porque entra-se no serviço a pensar que saíra a uma determinada hora e isso pode não acontecer, esta situação descrita pelos enfermeiros é semelhante a entrevista de uma enfermeira entrevistada pela revista (foco enfermagem, 2020, p.24).

O impacto na Saúde dos enfermeiros, ouvimos três discursos distintos como: o medo de ter contacto com o doente, medo de morrer; enfermeiros que tiveram sintomas semelhantes ao

Covid19; e afastamento do serviço por pertencer ao grupo de risco. Esta experiência relatada pelos enfermeiros indo ao encontro do estudo dos autores Backes et al (2021), quando afirmam que os profissionais de saúde propriamente a enfermagem faz parte das profissões que lidam de uma maneira muito próxima com doenças extremamente infecciosas; por isso o comportamento do profissional visa complementar a necessidade da força de trabalho elevada e demonstra disposição a se responsabilizar pelos riscos.

O impacto Emocional dos enfermeiros volta-se para a realidade do desgaste emocional, ansiedade, insónias, períodos de amnésias, o excesso de trabalho, falta de descanso, período de quarentena, tudo isso afetou a maioria dos enfermeiros. Os autores (Silva, 1986; Timeni, 2012) defendem que o trabalho que enfermagem está a ficar mais desgastante, tanto fisicamente, quanto psicologicamente, devido ao número crescente de pacientes enfermos nos hospitais, há reflexos negativos na vida do trabalhador em saúde, pois, o ritmo intenso de trabalho ocasiona doenças frequentes.

Timemi (2012) também aponta que a prática de enfermagem se torna estressante e doloroso, com necessidades de autoafirmação equilíbrio no status quo e problemas psíquicos de alguns funcionários podem gerar exigências de manutenção de estratégias, que resulta na falta de senso da sociedade, para se evitar que as contribuições terminem a contribuir negativamente para QVT.

Marutana (1997) reforça também na importância de atentar-se para os aspetos emocionais envolvidos nos processos de trabalho em UCI, já que muitos trabalhadores optam pelo não envolvimento emocional nas situações de cuidado, como forma de autoproteção ; o que reforçaria o distanciamento entre o profissional e pacientes/familiares, mas este distanciamento provocado por um “ não envolvimento emocional ” já é , por si só, um modo de envolver-se , embora ,talvez , inadequado e impotente ; sinaliza que há uma estreita interface entre a razão e a emoção , uma vez que as emoções são o fundamento da razão, isso equivale dizer que, a humanização do trabalho envolve a capacitação do desempenho emocional do enfermeiro para o enfrentamento do tamanho da subjetividade, de maneira a criar alternativas para a superação das frustrações atuais no ambiente de trabalho, sem preparo adequado para o envolvimento emocional construtivo, os profissionais de enfermagem, por exemplo, comumente , apresentam sentimentos de impotência , o que dificulta no crescimento de ações humanitárias (Marutana,1997 ;Viana ,2012) .

Por outro lado, este resultado vai ao encontro da pesquisa de Fanjul, Marqués, Núñez, Higuera, Agusti e García (2021) a presença de desgaste profissional durante a pandemia da Covid19 em UCI é frequente neste grupo de trabalhadores principalmente em enfermeiros com menor experiência prévia de UCI, em solteiros e sem filhos.

Objetivo 2: Identificar o impacto da gestão da mudança durante a pandemia da Covid19 no local de trabalho dos enfermeiros.

O impacto da gestão da mudança experienciados pelos entrevistados durante a pandemia da Covid19 foram: alteração nos horários e escala de trabalho, divisão da unidade de trabalho, aumento das medidas de segurança, formação contínua, equipamentos novos, aumento de pessoal de enfermagem.

Discussão

No que respeita a alteração dos horários e a escala de trabalho, durante a pandemia foram notados quatro tipos de discursos como: diminuição do pessoal, subcarga no trabalho, aumento da carga horária e perda da qualidade de trabalho, indo ao encontro do estudo da revista enfermagem em foco (2020) quando afirmam que as mudanças em tempos de pandemia são drásticas, e que a diminuição de pessoal é visível em muitos sítios, não só nas urgências como também em cuidados intermédios onde encontra-se 8 doentes ventilados, doentes que em todo momento desestabilizam, mais que apenas só tem dois enfermeiros a prestar cuidados de enfermagem “apetece-me chorar, 12 horas de turno dentro de um EPI, apenas saídas para almoço e mais nada”.

A divisão da unidade de trabalho, traduziu-se na necessidade de evitar infeções cruzadas durante a pandemia devido ao tipo de patologia e com isso desencadeou divisão das equipas causando stress, desentendimento nas equipas e sobrecarga de trabalho. Devido aos conflitos internos alguns enfermeiros entrevistados fazem sessões de terapia psicológica e vai de encontro ao estudo de, Farias & Zeitoune (2007) quando afirmam que a conjuntura social de violência e conflitos dos profissionais que laboram com índices aumentado de estresse, torna o trabalho emocionalmente cansativo, e levando assim a subcarga psíquica, e com isso é primordial investir em programas de segurança para os funcionários dentro das unidades de saúde.

Lamas, Borges, Oliveira, Albuquerque, Seixas e Mendes (2020) descrevem que a separação dos circuitos dos trabalhadores e dos doentes, elaborando zonas verdes, amarelas e vermelha visa proteger os profissionais de saúde do risco de contaminação, onde na zona verde os profissionais circulam com máscara cirúrgica, nas zonas amarelas são zonas de transição entre a verde e a vermelha, onde encontra-se uma barreira física e aqui é preconizada o uso de máscara FFP2, bata, luvas e barrete; e na zona vermelha estão os doentes de Covid19 positivos e aqui os profissionais devem colocar avental, máscara cirúrgica por cima da máscara FFP2, óculos, viseiras e cobrir botas.

Akremiti, Guerrero e Neveu (2006) afirmam que o trabalho por turno e com horários flexíveis nos serviços de saúde têm um efeito benéfico sobre algumas variáveis como equilíbrio entre vida pessoal vida familiar, as tensões sentidas ou a satisfação. O fator humano em toda e qualquer mudança no trabalho deve sempre ser levado em conta, e com os trabalhadores de saúde trabalhando na linha de frente na luta do combate a pandemia não foi diferente, os serviços de saúde adotaram medidas a salvaguardar o seu trabalhador e que vamos abordar detalhadamente de acordo a sua cidade / País e com as normas estipuladas pela OMS, para as unidades sanitárias e Hospitais centrais.

A alteração no rácio enfermeiro doente, resultante da falta ou diminuição do pessoal levou, os enfermeiros a trabalharem a dobrar a semelhança desta experiência (Queijo, 2002; Viana, 2012) afirmam que o enfermeiro na unidade de cuidados intensivos é o profissional que dedica-se exclusivamente à assistência direta ao paciente crítico, por isso possui argumentos fundamentados frente a necessidade da avaliação de sua carga de trabalho; a não utilização deste instrumento e uma base de dados subjetiva, contribui para fragilizar por exemplo a argumentação da necessidade de um maior número de enfermeiros por turno de trabalho, tornando assim a assistência prestada vulnerável e limitada para o alcance dos objetivos da equipe e da instituição.

Diniz e Paulino (2020) descrevem que no caso dos enfermeiros, o número ideal é dois doentes para cada enfermeiro e em muitos casos um doente para cada enfermeiro durante o turno dependendo das suas escalas, mesmo em época de pandemia onde temos a existência de infeções cruzadas ou mesmo para evitar a constante mudança do equipamento de proteção individual quando se passa de um paciente para outro.

O aumento de doentes acima dos rácios de segurança e qualidade dos enfermeiros promove a mortalidade, infeção cruzada, complicações e reinternamentos segundo ao estudo publicado em 2014 feito pela “*Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries*” “como conclusão do estudo constatou-se que ao aumentar o número de doentes por enfermeiro acima dos rácios coordenados, tem um aumento de 7% na mortalidade (Diniz & Paulino, 2020).

Por falta de pessoal levou então a suspensão das férias dos enfermeiros, devido ao número de enfermeiros que lhes foi suspenso as atividades laborais por pertencerem ao grupo de risco: como grávidas, hipertensos, diabéticos e os que estiveram de quarentena por conta da infeção.

O aumento das medidas de segurança foi vivenciado em todo o seu contexto de trabalho devido a propagação da doença e a forma fácil de contaminação e com isso desencadeou o distanciamento dentro da unidade, uso constante de EPI's como: mascarar, desinfeção das mãos e o isolamento, quarentena que por um lado levou a aproximação e a união entre os colegas de trabalho. Vai de encontro ao estudo dos autores (Lamas, Borges, Oliveira, Albuquerque, Seixas & Mendes, 2020) falam que os trabalhadores de saúde pelo facto de se encontrarem na sociedade têm o risco semelhante á restante comunidade de contrair o vírus, e podendo ser portadores assintomáticos da Covid19 é essencial terem uma barreira que impede a disseminação para outros trabalhadores como também para os pacientes que cuidam, e neste sentido foi decretado o uso da máscara cirúrgica a partir da entrada do hospital até a sua saída, na assistência aos doentes devem usar sempre EPI's adequado ao local que se encontram.

O desconhecimento da doença por parte dos serviços levou os profissionais a terem um processo contínuo de formação para entender a doença no seu todo como: lidar com a própria doença em si, experiências novas de ensino como técnicas de ventilação, aspiração de secreções, paramentação e desparamentação; e nisto levou a redução do número de formações de outros sectores. Para Lamas, Borges, Oliveira, Albuquerque, Seixas & Mendes (2020) afirmam que a formação dos profissionais de saúde na paramentação dos EPI's é relevante porque uma utilização deficiente aumenta o risco de contaminação dos profissionais, principalmente na técnica de remoção do EPI's, quando os profissionais de saúde já se encontram fatigados, desidratados e com pouca capacidade de concentração.

Durante a pandemia a aquisição de equipamentos novos em muitos serviços foi inevitável para dar conta da demanda de pacientes. Na UCI o aumento verificou-se no aumento de ventiladores e aumento de monitores e com isso foi necessária formação para entender todas as dificuldades no manuseio e compreensão de vários sistemas de ventilação mecânica etc. Com a demanda do fluxo de pacientes e as reestruturações feitas na UCI, a classe de enfermagem comprometida, o aumento de pessoal foi uma saída estratégica do serviço.

Objetivo 3: Analisar o impacto da carreira profissional dos enfermeiros durante a pandemia da Covid19.

O impacto na carreira profissional experienciados pelos enfermeiros durante a pandemia da Covid19 foram: medo, juramento profissional, excesso de trabalho e desafios novos.

Discussão

O medo traduziu-se no risco de contaminar a família e o receio que o pior acontecesse, o medo de ser uma doença nova e a falta de conhecimento, o medo de trabalhar com doentes com Covid19 e o medo de estar longe da família foi experienciado pelos enfermeiros e vai de encontro com o Heitor, 2020; Médico News,2020) quando fala que pelo facto de não ter havido tempo de adaptação por parte das pessoas, tratando-se de uma ameaça que coloca inúmeros desafios-físicos, pessoais, sociais e emocionais; estas mudanças rápidas podem levar ao sofrimento psicológico associado a dois grandes determinantes: á pandemia, e á crise económica e ressalta que um dos grupos alvos são os profissionais que saem de casa para ir trabalhar que têm de investir em autocuidados , por exemplo para preservar a sua saúde mental.

Viana (2012) descreve que o desempenho dos trabalhadores depende obviamente do nível de motivação , que os incentiva a serem assíduos , trabalharem de forma diligente , serem flexíveis e estarem dispostos a desempenhar as tarefas essenciais; as deficiências organizacionais quanto aos meios materiais e humanos , levam á progressiva deterioração dos serviços e conseqüentemente, insatisfação do enfermeiro frente ao trabalho; tal fato , deixa claro que o rendimento dos profissionais não é apenas uma questão de motivação para o trabalho, mas também da sua ótima formação e preparação, sendo este um resultado da formação, recrutamento adequado e políticas de emprego .

Gonçalves, Oliveira e Pinheiro (2020) defendem que na conjuntura de uma pandemia, em que nos deparamos com as ameaças na saúde, bem-estar e vida se torna angustiante, o medo

pandémico constitui um resultado esperado e adaptativo, estando na base de comportamentos que impeçam o risco de contaminação e elevam a probabilidade de sobrevivência.

Guimarães (2020) afirma que o medo assentou a partir do momento em que a comunicação social passou a divulgar o panorama vivido em países em que estava a correr mal, como Itália e Espanha. E este medo foi facilmente ultrapassado pelos profissionais de saúde.

O juramento profissional evidenciou-se na presença do socorro as vítimas seja de que patologia for e onde quer que esteja, no campo ou na cidade, e o gosto pela profissão independentemente dos momentos esgotantes durante a pandemia não foi o suficiente para que os enfermeiros viessem a desistir do trabalho.

Tavares (2010) e Dias (2012) definem os fatores que promovem estímulo como: gostar do que se faz, o relacionamento aceitável com a equipa multiprofissional, a probabilidade de obter crescimento profissional, carga horária e condições de trabalho dadas pelas empresas, sendo que não há nenhuma norma para o uso da motivação humana.

Diniz (2012) caracteriza que a essência do trabalho está profundamente ligada a importância que os enfermeiros dão ao seu trabalho a capacidade de fazerem o que gostam, prestar bons serviços á população e ainda a confiança que os utentes sentem no seu empenho, a autonomia, a possibilidade de tomada de decisão, o desafio profissional, a responsabilidade e o compromisso com a sociedade são alguns sujeitos que mais satisfação dá os enfermeiros.

Esta atitude evidencia o reconhecimento profissional que o artigo Rol de enfermeira (2020) quando qualifica a enfermagem como exemplo de motivação, coragem, renúncia pessoal, dedicação plena, esforço, superação diária etc., e que nenhum outro profissional de trabalho apresenta quando o assunto é o valor do cuidado.

O excesso de trabalho presenciado pelos enfermeiros durante a pandemia levou com que muitos experimentassem a sobrecarga de trabalho e a sobrecarga emocional. como afirma o entrevistado (E3) “quando *tinham pacientes que pensavam em desistir, já não estavam mais aguentar nós erámos obrigados a lhes contar as nossas histórias, & meu pessoal, dizer há quanto tempo eu estava longe da minha família, e se alguém que quero mesmo desistir da situação são mesmo os profissionais*”. Sustentando a ideia de (Fontaine & Morton,2014),

quando afirmam que muitas vezes o modo como a enfermeira interage com o cliente e sua família pode ter um impacto significativo sobre a quantidade de estresse e ansiedade que eles vivenciam; as ações positivas que a enfermeira pode adotar para minimizar o estresse e a ansiedade incluem: promover a confiança, fornecer informações, garantir a privacidade, presença e tranquilização, restaurar o diálogo, reavaliação cognitiva, treinamento e relaxamento possibilitar o controle, musicoterapia, humor, massagem, terapia assistida por animais .

Whiteside (1997) ; Potter e Perry (2006) confirmam que muitas vezes há doentes cujos problemas não têm solução que venha dos livros, a sintomatologia clínica, que apresentam , as informações que partilham sobre eles próprios, e a situação em que você se encontra, pode de imediato, não lhe dar uma ideia clara das intervenções que deve ter , tem que aprender a fazer perguntas, ter dúvidas, e depois concentrar-se na exploração das diferentes interpretações, até encontrar a que melhor ajude o seu doente.

Fox (1980); Potter e Perry (2006) sustentam da mesma opinião quando referem que não há nenhuma ação ou interação, de enfermagem num doente, que seja trivial ou vulgar; a responsabilidade de uma decisão clínica pode parecer assustadora, mas ajuda a perceber o que faz a enfermagem ser uma profissão gratificante e plena de desafios.

Noutra perspetiva, alguns enfermeiros mencionam os novos desafios como busca de conhecimento para enfrentar esta realidade que o mundo todo está a viver e tornar-se mais forte. Para Oliver (2020) está necessidade de reinventar tem sido fundamental para os enfermeiros em todos hospitais, e têm sabido inovar para garantir todos os cuidados profissionais que requer um paciente com Covid19 e as suas famílias.

REFLEXÕES CONCLUSIVAS

Vivemos um momento histórico que será amplamente estudado e recordado, a pandemia da Covid19 trouxe consigo dores, medo, experiências únicas e que muitas gerações se lembraram deste momento que está a ser marcado pela diversidade, à incerteza e às crises de saúde pública e sociodemográfica global e acima de tudo pelo grande desafio com as pessoas, em especial as mais vulneráveis, se confrontaram e confrontam.

No que diz respeito aos dados sociodemográficos da amostra, constatou-se que a mesma foi composta maioritariamente com o género feminino, com idade compreendida entre 25- 56 anos de idade. Os enfermeiros que participaram do estudo encontram-se numa faixa intermédia de 36 anos de idade, com vida conjugal ativa e com filhos.

Quanto à experiência profissional, a maioria dos profissionais de enfermagem possui acima de 6 anos de experiência profissional, sendo que podemos afirmar que são profissionais experientes. Com habilitações literárias com o grau de licenciado, um requisito fundamental importante para se trabalhar numa UCI.

O tempo de serviço em UCI foi superior a 5 anos. Pinho (2020) não considera haver um padrão de capacidades do enfermeiro em UCI, a especialidade e complexidade do ambiente em UCI poderão adicionar os profissionais que lá desempenham funções, sendo fundamental a sua capacidade de adaptação.

Com a realização desta investigação pretendia-se caracterizar a perceção que a gestão da mudança durante a pandemia da Covid19 teve nos enfermeiros de uma UCI em Angola. A problemática do estudo, engloba as seguintes questões;

- Qual é o impacto que a covid19 trouxe na sua vida pessoal? nos temos aqui quatro pontos que são: financeira, social, saúde e emocional?

No que respeita a ordem do nosso estudo demonstra que o impacto emocional seguido do social tiveram muito acentuado nas suas respostas e a seguir financeiro e saúde.

Todas experiências emocionais nunca antes vivida foi muito intensa para os enfermeiros, relatos da sensação binómio vida – morte. O desgaste emocional, ansiedade,

insónias, períodos de amnésias, o excesso de trabalho, falta de descanso, período de quarentena, tudo isso afetou a maioria dos enfermeiros.

Soares, Batista, Zanon e Silva (2021), também sustentam que a sobrecarga no trabalho e os constrangimentos durante a assistência integral é examinada em todos os níveis de atenção ao doente; é tão essencial cuidar da saúde mental quanto da física dos profissionais da linha de frente na pandemia. Indo ao encontro dos autores Fanjul, Marqués, Núñez, Higuera, Agusti & García (2021) a presença de desgaste profissional durante a pandemia da Covid19 em UCI é frequente neste grupo de trabalhadores principalmente em enfermeiros com menor experiência prévia de UCI, em solteiros e sem filhos.

O impacto que teve na saúde dos enfermeiros esteve voltado o medo de ter contacto com o doente, medo de morrer; enfermeiros que tiveram sintomas semelhantes ao Covid19; e afastamento do serviço por pertencer ao grupo de risco. Para Toescher-Ramos, Barlem-Tomaschewisk, Barlem, Castanheira & Toescher (2020) defendem também que o impacto na saúde dos enfermeiros está diretamente, ligado ao atendimento de casos do novo coronavírus, vivenciam situações stressoras, adicionais aquelas já experienciadas nos serviços de saúde, incluindo, as preocupações de medo e insegurança com a saúde de si e da sociedade, este resultado reflete acerca das principais complicações da pandemia para os profissionais de enfermagem e os principais métodos de apoio em desenvolvimento, principalmente os relacionados com a identificação e manejo de situações stressantes .

Esta experiência relatada pelos enfermeiros vai ao encontro da pesquisa dos autores Backes et al (2021), quando afirmam que os profissionais de saúde propriamente a enfermagem faz parte das profissões que lidam de uma forma muito profunda com patologias altamente infecciosas; por isso o comportamento do profissional visa suprir a carência da força de trabalho elevada e demonstra disposição admitir os riscos.

- Quais são as mudanças que o covid19 trouxe no seu local de trabalho?

As mudanças no trabalho durante a pandemia da Covid19 foram: alteração nos horários e escala de trabalho, divisão da unidade de trabalho, aumento das medidas de segurança, formação contínua, equipamentos novos, aumento de pessoal de enfermagem.

A mudança com maior impacto foi evidenciada no aumento das medidas de segurança vivenciado em todo o seu contexto de trabalho devido a propagação da doença e a forma fácil de contaminação e com isso desencadeou o distanciamento dentro da unidade, uso constante de EPI's como: mascarar, desinfeção das mãos e o isolamento, quarentena.

A Direção do Hospital da Luz (2020) esclarece que devido ao contexto da pandemia de SARS-Cov-2 e os riscos ligados de disseminação elevada da Covid19 na sociedade determinase então a necessidade de tomar decisões mais exigentes de proteção destinadas a abrandar o risco de contágio, em particular em ambiente hospitalar e no âmbito da atividade clínica, com a finalidade de acautelar a segurança e a qualidade na assistência de cuidados de saúde. Estes EPI's incluem máscaras, fatos completos de proteção biológica, proteção oculares (óculos de proteção lateral, viseiras, toucas, aumento acrescido de luvas coberturas de pés, etc.); o consumo acrescido de material de proteção individual, a custos significativamente elevados aos praticados anteriormente, é consequência do aumento exponencial da sua procura a nível mundial.

Também se evidenciou o aumento de pessoal de enfermagem como estratégia do serviço durante a pandemia. Para Valécio (2020) afirma que a contratação dos enfermeiros durante a pandemia teve alta de 50,73% nos seis primeiros meses de 2020, comparado com o mesmo período do ano anterior, assim como os salários tiveram uma leve alta.

- Já pensou em desistir do seu trabalho em função da situação que está a passar, se sim e porquê?

O impacto na carreira profissional experienciados pelos enfermeiros durante a pandemia da Covid19 foram: medo, juramento profissional, excesso de trabalho e desafios novos.

O juramento profissional foi o que mais se destacou na resposta dos enfermeiros, a particularidade do socorro as vítimas seja de que patologia for e onde quer que esteja, no campo ou na cidade, e o gosto pela profissão independentemente dos momentos esgotantes durante a pandemia não foi o suficiente para que os enfermeiros viessem a desistir do trabalho.

Em entrevista dada para o jornal, a enfermeira J. B. fala que “você faz um juramento para salvar vidas e nem sempre isso é possível”. Ortiz (2020) afirma que deve-se enfrentar esta pandemia, embasada ao código de ética (proibições, direitos e deveres), no juramento que efetuamos, mais também pautados e assegurados de condições saudáveis, respeitadas e

objetivas pelos empregadores. Deve-se reclamar e seguir as capacitações a cerca do novo coronavírus, desde os recursos de prevenção e transmissão, até formas de nos salvuardarmos também o nosso emocional.

“Saíamos desta pandemia que é uma enorme crise sem comparações a que tudo o que já vivemos não só reconhecidos como anjos de branco ou heróis sem capa, mais fundamentalmente como trabalhadores capacitados técnica e cientificamente, e que desempenham suas funções com amor, mas sobretudo com ciência”.

O Excesso de trabalho teve o destaque ínfimo no impacto na carreira profissional. Para Corona (2021) afirma que o maior limitador á nossa resposta á pandemia é a exaustão dos profissionais de saúde, o bournout, e a vulnerabilidade que normalmente cai sobre os que mais mereciam ser protegidos “os que trabalham por amor à camisola”.

Em suma, podemos responder à questão inicial proposta para o estudo: Qual é a perceção que a gestão da mudança durante a pandemia da Covid19 teve nos enfermeiros da UCI da CSE?



Figura 9: Perceção da Gestão da Mudança durante a Pandemia da Covid19 na Vida dos Enfermeiros da UCI. Elaboração Própria (2021).

Limitação do estudo e futuras linhas de investigação

Durante o processo de realização desta investigação foi surgindo algumas limitações, as quais foram sido superadas da melhor forma possível. Podemos destacar que esta investigação assume um carácter inovador, devido a escassez de pesquisas sobre esta temática, pelo que não foi possível fazer uma comparação completa entre os resultados obtidos com outros estudos.

Outra limitação do estudo foi o método de entrevista (rede social WhatsApp). As entrevistas podem ser realizadas face a face ou por telefone (Fortin, 2009).

Embora que, com os seus limites, contamos que este estudo possa contribuir para um esclarecimento da questão do impacto da Covid19 na vida dos enfermeiros em tempo de pandemia em UCI e sirva de base para outras intenções a respeito do tema e estudos abrangentes futuramente.

Interessante também seria a elaboração de pesquisas, em outras instituições principalmente públicas para uma breve comparação, dos retornos da gestão da mudança em época de pandemia, para este grupo de trabalho ou em outras classes que trabalham nos serviços de saúde.

Noutra perspetiva, para futura linha de investigação, sugere-se um estudo quantitativo, para trabalhar com variáveis, hipóteses e o uso do questionário com os seguintes temas:

- Índice de Bournout em enfermagem no período pós-pandémico.
- Prevalência de contaminação entre os profissionais de saúde durante a pandemia da Covid19 em UCI.

Esta investigação estabeleceu um modelo de perceção na vida dos enfermeiros da UCI durante a pandemia, neste sentido seria pertinente que estudos posteriores se debruçassem sobre este modelo numa perspetiva holística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adriana, A. (2020). *Covid19 nenhum de nos nunca viveu isto*. *Enfermagem em foco*. 117. 23-26.
- Amorim, L.K. Z., Souza, N.V.D.O., Pires, A.S., Ferreira, E. S., Souza, M. B., & Vank, A.C.R.P. (2017). *O trabalho do enfermeiro: Reconhecimento e valorização profissional na visão do usuário*. *Revol*. 11 (5) 1918-25. Doi: 10.5205/revol.11077-98857-1-SM.1105201722.
- Anthony S. Fauci. M. D., Clifford Lane, M. D., & Robert R. Redfield. M. D. (2020). *Covid19 – Navigating the Uncharted*. *The new England journal of medicine*. 382(13),1268-1269. Doi: 10.1056/NEJMe2002387.
- António, N.S. (2015). *Estratégica organizacional: do posicionamento ao movimento*. (3ªed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Azeredo, Z. (2019). *Teoria e Prática em investigação Qualitativa*. Lisboa: Edições Piaget.
- Backes, M.T.S., Higashi, G.D.C., Damiani, P.R., Mendes, J.S., Sampaio, L.S., & Soares, G.L. (2021). *Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da Covid19*. *Scielo*. 42 (spe). Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>.
- Backes, D.S., Backes, M.S., Erdmann, A.L., & Busch Andreas (2012). *O papel do enfermeiro no Sistema único de saúde: da saúde comunitária á estratégia de saúde da família*. *ciência saúde coletiva* 17 (1). Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>.
- Barbosa, P.M.K., Pirolo, S.M., Fernandes, C., Silva, M.H., & Pinto, R.L. (2010). *Análise da prática do enfermeiro ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva*. 12 (144) 251-258. São Paulo.
- Baudin, A., Ozier-Kalogeropoulos, O., Denovel, A., Lacroute, F., & Cullim, C. (1993). *Um método simples e eficiente para a deleção direta do gene em saccharomyces cerevisiae*. *Nucleic Acides*. 21 (14). 3329-3330. Doi: <https://doi.org/10.1093/nar/21.14.3329>.
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Baron, A., & Armstrong, M. (2007). *Gestão do capital humano: Gerar valor acrescentado através das pessoas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Bakker, A.B., & Leiter, M.P. (2010). *Engajamento no trabalho*. (1ª ed). Londres: Psychology Press. Doi: <https://doi.org/10.4324/9780203853047>.

Best, J.W. (1972). *Como investigar en educación*. (2ª ed). Madrid: Morata.

Bernardino, M. (2017). *Gestão em saúde: organização interna dos serviços*. Coimbra: Almedina.

Biblioteca Virtual (2015). *As categorias de enfermagem*. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/as-categorias-profissionais-da-enfermagem/>.

BIBLIOTECA. (2020). *O impacto da pandemia da Covid19 na estabilidade financeira de Portugal*. Newsletter Biblioteca. Publicação Trimestral (3).

Boavida, F. (2021). *Gestão de tempo e organização do trabalho*. (1ªed). Lisboa: Pactor.

Boletim informativo da CSE (2019). Disponível: https://issuu.com/cse.ao/docs/marco_web.

Bosco, L.J. (1974). *A entrevista: teoria e prática*. (2ªed). São Paulo: Pioneira.

Bortolozo, A., & Santana, D.D. (2011). *Qualidade de vida no trabalho: fatores que melhoram a QV no trabalho*.

Camara, P.B., Guerra, P.B., & Rodrigues, J.V. (2007). *Novo Humanator*. Lisboa: Dom Quixote.

Carvalho, E.S.S., Do Vale, P.R.L.F., Pinto, K.A., & Ferreira, S.L. (2020). *Conteúdos relacionados a profissionais de enfermagem durante a pandemia da Covid-19 na plataforma Youtube*. Reben. 74 (suppl 1). 1-11. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0581>.

Carvalho, M.I. (2020). *Serviço social em catástrofes: intervenção em crise e emergência social*. (1ª ed). Lisboa: Pactor.

Couto, G. (2005). *Florence Nightingale: notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.

Coutinho, R.L.C., & Rolim, K.M.C. (2005). *Caracterização dos enfermeiros e da prática assistencial em unidade de terapia intensiva neonatal*. Fortaleza: Rene, 6 (3). 78-86.

Coutinho, C.P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (e-book) (2ª ed). Coimbra: Edições Almedina.

Corona, G. (2021). *Diário de um médico no combate á pandemia*. (1ª ed). Alfragide: Oficina do livro.

Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., Cardoso- Cabral, C., & Neves P. (2016). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. (8ª ed.). Lisboa: RH.

Cunha, D. (2021-05-12). *Diário de uma enfermeira em tempos de pandemia*. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/levi/diario-de-uma-enfermeira-em-tempos-de-pandemia/>.

Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas*. (6ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier.

Chiavenato, I. (2014). *Teoria geral da administração: abordagens descritivas e explicativas*. (7ªed). Vol2.São Paulo: Manole.

Delobbe, N., Herrbach, O., Lacaze, D., & Mignonac, K. (2005). *Comportamento organizacional: contrato psicológico, emoções no trabalho, socialização organizacional*. (volume 1). Lisboa: Instituto Piaget.

Demazieré, D., & Dubar, C. (1997). *Analyser les Entretiens biographiques: l`exemple de récits d`insertion*. Paris: Nathan.

Dias, M.F.F.G. (2012). *A motivação dos enfermeiros em tempo de crise*. (Dissertação de mestrado em gestão e economia em saúde). Faculdade de economia. Porto.

Dias, C.C. (2021). *Pandemia: resiliência do sistema de saúde*. Coimbra: Almedina.

Diário da República de Angola n.º 1/20, I Série n.º 31. (2020-03-18). Disponível em: https://www.covid19.gov.ao/assets/arq_pdf/2020DRI031.pdf.

Diário da República de Angola n.º 207/21, I Série n.º 165. (2021-08-31). Disponível em: <https://www.cdircovid19.gov.ao/cdir/legislacao/16542dcd4ba028c23f48ee279d0f2dbadr---medidas-covid---1-de-serembro.pdf>.

Eco, U. (1995). *Como se faz uma tese em ciências humanas*. (6ª ed). Lisboa: Presença.

El Akremi, Assâad., Guerrero, S., & Neveu, J-P. (2006). *Comportamento organizacional: justiça organizacional, expectativas de carreira e esgotamento profissional* (volume 2). Lisboa: Instituto Piaget.

Esmond, G. (2005). *Enfermagem das doenças respiratórias*. Loures: Lusociência.

Enciclopédia da Clínica Sagrada Esperança (s.d). Disponível em: <https://www.clinicasagradaesperanca.co.ao/unidade/ilha-de-luanda>.

Ezequiel, Ander-EGG. (1978). *Introducción a las técnicas de investigación social: para trabajadores sociales*. (7ª ed). Buenos aires: Humanitas.

Farias, S.N.P., & Zeitoune, R.C.G. (2007). *A qualidade de vida no trabalho de enfermagem*. *Enferm.* 11 (3) .487-93.

Fanjul, O M., Marqués, M. A.G., Núñez, J. F., Higuera, F.R., Agustí, N.F., & García, M.A.G. (2021). *Prevalência de síndrome de desgaste profissional (burnout) em la UCI de un hospital segundo nível en la pandemia Covid-19*. *Rol revista de enfermería*. 44(3), 19-32.

Ferreira, A.C.A.S. (2020). *Satisfação com o teletrabalho e as relações trabalho -família: uma questão de equilíbrio ou conflito*. (Dissertação de mestrado, em psicologia das organizações, social e do trabalho). Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130690/2/432786.pdf>.

Fischer, F. (2003). *As demandas da sociedade atual: aspetos históricos do desenvolvimento do trabalho em turnos no mundo*. Trabalho em turnos e noturnos na sociedade 24h. São Paulo: Atheneu.

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

Formiga, J.M.M., Germano R.M., Vilar, R.L.A., & Dantas, S.M.M. (2005). *Perfil do enfermeiro / Aluno do curso de especialização profae*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Fortin, M-F. (2009). *O processo de investigação* (5^a ed). Loures: Lusociência.

Freitas, M.C.V. (2013). *Investigação qualitativa: contributos para a sua melhor compreensão e condução*. *Indagatio Didactica*, 5 (2), 1080-1101.

Fleury, A & Fleury, M.T.L. (2001). *Estratégias empresarias e formação de competências*. São Paulo: Atlas.

Galpin, T. (2000). *O lado humano da mudança: um guia prático para a mudança organizacional*. Lisboa: Edições Sílabo.

Galveias, B.C.F. (2016). *A qualidade de vida dos enfermeiros: O impacto da mudança de 35 para 40 horas no horário de trabalho*. (Tese de dissertação de mestrado, com especialização de enfermagem de gestão de unidades de saúde). Instituto Politécnico de Porto Alegre.

Gil, A.C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (7^aed). São Paulo: Atlas.

Gómez, G. R., Flores, J.F., & Jiménez, E. G. (1996). *Metodologia de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe.

Gordeeff, N. (2020-04-09). *Como distinguir os diferentes níveis de planeamento em administração geral*. Disponível em : <https://www.estrategiaconcursos.com.br/blog/como-distinguir-os-diferentes-niveis-de-planejamento-organizacional-em-administracao/>.

Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família*. São Paulo: Lusodidacta.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. (1ª ed). Principia.

Guimarães, M., Santos., & Simas, P. (2020). As marcas da Covi19 no SNS, na Ciência, na Saúde Mental. *Médico News*. 46 (8), 58-59.

Haro, F.A., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M.I., Ramos, M., Carvalho, P., & Costa, R. (2016). *Investigação em ciências sociais: Guia prático do estudante*. (1ªed). Lisboa: Pactor.

Kerlinger, F. N. (1910). *Metodologia da pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: EPU.

Ladeira, A. (2015-08-06). *Mudança do modelo de gestão organizacional*. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/adaoladeira/mudana-do-modelo-de-gesto-nas-organizaes-51349941>.

Lage, C. E. B., & Alves, M.S. (2016). *(DES) Valorização da enfermagem: Implicações no cotidiano do enfermeiro*. *Foco* 7 (3/4) 12-16. Doi: 10 .21675/2357-707X.2016.

Leite, R.B. (2020). *Um caminho para a cura: realidades e propostas para o sistema de saúde de Portugal*. (1ª ed). Portugal: Dom Quixote.

Lentz, R.A., Costenaro, R.G.S., Gonçalves, L.H.T., & Nassar, S.N. (2000). *O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan*. *Latino-am Enfermagem* 8 (4) 7-14. Doi :10.1590/S0104-11692000000400002.

Locke, E. A (1976). *A natureza e as causas da satisfação no trabalho: manual de psicologia industrial e organizacional*. Chicago: Rand McNally.

Luz, H. (2020- 04-28). *Reforço das medidas de proteção para segurança nos cuidados de saúde*. Disponível em: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/hospital-da-luz/comunicacao/noticias/reforco-medidas-protecao-seguranca-cuidados-saude>.

Luamba, M. (2020.05-2020). *Angola declara estado de calamidade*. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/covid-19-angola-declara-estado-de-calamidade/a-53562103>.

Maslow, A.H. (1943). *Uma teoria de motivação humana: Psychological*. Review 50 (4), 370.396. Doi: <https://doi.org/10.1037/h0054346>.

Massolla, M.F., & Calderari, P.C. (2011). *Qualidade de vida no trabalho*. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/simposio2011/publicado/artigo0059.pdf>.

Marconi, M.A., & Lakatos, E.M. (2005). *Fundamentos de metodologia científica*. (6ª ed). São Paulo: Atlas.

Marques, E., & Morán-Carrillo, J. (2020). *Serviço social em catástrofe: Prática profissional em tempos de emergência climática*. (1ª ed). Lisboa: Pactor.

Martinez, F.L & Ferreira, A.I. (2008). *Manual de diagnóstico e mudança organizacional*. (1ª) Lisboa: RH.

Mendes, R. (1995). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Ateneu.

Morton, P.G & Fontaine, D.K. (2014). *Fundamentos dos cuidados críticos em enfermagem: uma abordagem holística*. (1ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Muondo, D.L., & Oliveira, S. C.A.H.S. (2020). *As novas reformas governativas em tempo de COVID-19 em Angola no atual contexto político e social e o enfrentamento das desigualdades sociais*. Unesp. 24 (1) .66-75. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75192>.

McIntosh, K., Hirsch, M.S., & Bloom, A. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID19)*. UpToDate Hirsch. Ms Bloom,5.

Nandi, M. (2021-28-01). *Na linha de frente do combate á pandemia, enfermagem está no rol de profissões mais valorizadas nos próximos anos*. Disponível em: <https://www.unesc.net/portal/aicom/blog/49424-na-linha-de-frente-do-combate-a-pandemia-enfermagem-esta-no-rol-de-profissoes-mais-valorizadas-nos-proximos-anos>.

Nicola, A.L., & Anselmi, M.L (2005). *Redução do quadro de pessoal de enfermagem de um hospital universitário*. 58 (2). 186-190. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672005000200011>.

Nogueira, M. (1990). *História da enfermagem*. (2ª ed). Porto: edições Salesianas.

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.

Nunes, M.R. (2020). *A atuação do enfermeiro em unidade de terapia intensiva na pandemia de Covid19: relato de experiência*. *Acervo Saúde*. 12 (11) 1-6. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4935.2020>.

Oliveira, D. (2009). *Determinantes do estado de Saúde dos Portugueses*. (Tese de dissertação de mestrado em Estatística e Gestão). Universidade Nova Lisboa: Lisboa.

Oliver M. A.F. (2020). *El valor de las enfermeras en tiempos de Covid: una mirada desde la salud pública*. *Enfermería Clínica*. 30 (6) 357 – 359.

Oliveira, M.S., & Artmann E. (2009). *Regionalização dos serviços de saúde: Desafios para o caso de Angola*. *SciELO*. 25 (4). Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400006>.

Oliveira Rocha, J.A (2011). *Gestão da qualidade: aplicação aos serviços públicos*. (2ª ed). Lisboa: Escolar Editora.

Ortiz, A. (2020-05-24). *A ética em enfermagem em tempos de pandemia*. *Enfermagem em evidência*. Disponível em: <https://enfermagemem evidencia.com.br/a-etica-em-enfermagem-em-tempos-de-pandemia/>.

OMS (2012). *Qualidade de Vida*. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>.

OMS (2020). *Decreta pandemia do novo Coronavírus*. Disponível: <https://saude.abril.com.br/medicina/oms-decreta-pandemia-do-novo-coronavirus-saiba-o-que-isso-significa/>.

Paulino, M & Dumas-Diniz, R (2020). *A Psicologia da Pandemia: Compreender e enfrentar a Covid-19* (1ª ed). Lisboa: Pactor.

Panunto, M.R., & Guiradello, E.B. (2013). *Prática Profissional de Enfermagem: ambiente e exaustão emocional entre enfermeiros intensivistas*. Lat Am Enfermagem. 21 (3): 765-772. Doi: 10.1590/ S0104-11692013000300016.

Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ª ed). Lisboa: Lidel.

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico: como fazer uma apresentação oral, como elaborar um poster, como pesquisar na web e muito mais*. Lisboa: Lidel.

Potter & Perry (2006). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (5ªed). Loures: Lusociência.

Potter & Perry (2013). *Fundamentos de enfermagem*. (8ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier.

Pranee, D. (2010). *Quality of work life for sustainable development*. The International Journal of Organization Innovation. 2 (3), 124-137.

Quaresma, V.S. (s.d). *Constantes mutações na mentalidade portuguesa: in Portugal contemporâneo*. Dr. António Reis, vol. (2). 315-338.

Quintas, E., & Quemba, I. (2020). *Protocolo Clínico Covid-19*. Clínica Girassol.

Rego, A., Pina, e Cunha, M., & Jr. Meyer, V. (2018). *Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Revista de gestão dos países de língua portuguesa*, 17 (2), 43-57.

Rodrigues, A., Queirós, A., & Pires, C. (2016). *A influência do marketing interno nas atitudes e comportamentos dos colaboradores: aplicação a uma organização de cuidados sociais e saúde*. Saúde Pública. 34 (3). 292-304. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.08.001>.

Rojot, J., Roussel, P., & Vandenberghe, C. (2009). *Comportamento organizacional: teorias das organizações, motivação no trabalho, comprometimento organizacional* (volume3). Lisboa: Instituto Piaget.

Rol de Enfermería (2020). *Covid19 y las enfermeras*. 43 (4). 6-7.

Sánchez, W. (2020). *Gestão da mudança*. São Paulo: Senac.

Sales, J.D, A., & Silva, P.K (2015). *Os fatores de resistência a mudança organizacional e suas possíveis resultantes positivas: um estudo de caso na indústria de calçados Bibi do município decruzadasalmas-BA*. Disponível:

<http://sistema.semead.com.br/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/34.pdf>.

Selzlein, N.H. (2021). *Gestão de mudança em tempos de pandemia: um estudo de caso sobre o trabalho administrativo no hospital de clínicas do Porto Alegre*. (Tese de Bacharelato em administração: Sistemas e Serviços de Saúde). Universidade estadual do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.

Sirkin, H.L Keenam P., & Jackson, A. (2005). *O lado difícil da gestão da mudança*. Harvard Business Review 83 (10): 108-18,158. Doi: 10.1109/ EMR.2014.6966953.

Silva, A., Varanda, J., & Nóbrega, S.D. (2004). *Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais*. (1ª ed). Cascais: Principia.

Soares, G.N., Batista, E.A., Zanon, J., & Silva, L.F. (2021). *As implicações emocionais na saúde dos enfermeiros durante a pandemia do Coronavírus – SARS-COV-2*. 2 (1). Doi: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200080>.

Soto, E. (2002). *Comportamento Organizacional: O impacto das emoções*. (1ª ed). São Paulo: Pioneira.

Sousa-Laginha, L. (2020) *O impacto da pandemia de COVID-19 na estabilidade financeira em Portugal*. Newsletter Biblioteca • Publicação trimestral •(3).1-9.Disponível em : https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexos/pdf-boletim/newsletter_jul-set20_ext.pdf.

Souza, C.J. (2010). *Manual de rotinas em enfermagem intensiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sobral, S.R. (2019). *A liderança no feminino e a responsabilidade social das organizações*. (Tese de dissertação de mestrado de gestão de recursos humanos). Universidade Católica de Portugal, Viseu.

Steffen, A. (2008). *Fatores de motivação no trabalho da equipa de enfermagem em um pronto atendimento do vale dos sinos*. Novo Hamburgo: Centro Universitário Feevale.

Strabelli, T.M.V & Uip, D.E. (2020). *COVID-19 e o Coração*. SBC: Arq Bras Cardiol. 114 (4), 598-600. Doi: <https://doi.org/10.36600/abc.20200209>.

Timeni, S.H. (2011). *Fatores determinantes na QV no trabalho de profissionais de enfermagem: um estudo de caso em Hospitais Públicos no RN*. FACEX. 9 (9).

Todorov, J. C. (2005). *O conceito de motivação na psicologia*. Terapia Comportamental. e. Cognitiva 7 (1), 119-132.

Toscher-Ramos, A.M., Barlem-Tomaschewisk, J.G., Barlem, E.LD., Castanheira, J.S. & Toscher, R.L. (2020). *Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de Covid19: Recursos de apoio*. Nery. 24 (spe). Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0276>.

Uzunian, A. (2020). *Coronavírus SARS-COV-2 e COVID19*. J Bras Patol Med Lab. 56, 1-4. Doi: 10.5935/1676-2444.20200053.

Vaz, S.A. (1948). *Deveres morais do enfermeiro: in hospitais portugueses*. vol. (1).

Vicente, M., & Gomes, E.J. (2020). *A Psicologia da pandemia: compreender e enfrentar a Covid-19*. Lisboa: Pactor.

Velavan, T. P., & Meyer, C. G. (2020). *The COVID-19 epidemic*. *Tropical Medicine and International Health* .25(3),278-280. Doi: 10.1111/tmi.13383.

Valécio, M. (2020). *Contratação de enfermeiros cresce mais de 50% na pandemia. Enfermagem de valor*. Disponível em: <https://enfermagemdevalor.net.br/ultimas-noticias/370-contratacao-de-enfermeiros-cresce-mais-de-50-na-pandemia>.

Viana, R. A. P.P. (2012). *Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas baseadas em evidências*. São Paulo: Atheneu.

Vicente, M.T. C., Raimundo, R. D., Azzalis, L. A., Junqueira, V. B.C., & Fonseca, F.L. A. (2016). *Análise dos índices de qualidade do serviço de saúde prestado no serviço público e privado de Angola*. *Hum Growth*. 26 (2) 228-233. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119280>.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (2ªed). Lisboa: Edições Sílabo.

Viriato, J., & Gonçalves, M. (2020). *Obrigatoriedade de uso de máscara facial durante a condução de veículo automóvel particular – É realmente necessária?*

Visão, J. (2021, maio,13). *Inflação em Angola*. Visão. Disponível em: <https://visao.sapo.pt/atualidade/mundo/2021-05-13-inflacao-em-angola-em-abril-sobe-2482-face-ao-homologo-de-2020-e-209-face-a-marco/>.

Welbourny, T.M., Johnson, D.E., & Erez, A. (1998). *A escola de desempenho baseada em funções: análise de validade de uma medida baseada em teoria Acad Manag*. (41) 540-555.

Wikipédia de Angola (s.d). Disponível: <https://en.wikipedia.org/wiki/Angola>.

Wikipédia (2021). *Covid19 em Angola*. Disponível: https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Angola.

Whoqol, G. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the world health organization*. *Social Science e Medicine*. 41 (10), 1403-1409.

APÊNDICES

Sumário

Apêndice 1- Guião de entrevista.

Apêndice 2- Carta formulada aos enfermeiros para participação da investigação

Apêndice 3- Declaração de Autorização

Apêndice 4-Entrevistas (dada a sua dimensão encontram-se num formato digital)

Perfil sociodemográfico:

Nome (iniciais):

Sexo:

Idade:

Nível Académico:

Estado Civil:

Tempo de Serviço:

Tempo em UTI:

Tem Filhos:

Guião de Entrevista Para os Enfermeiros da Clínica Sagrada Esperança de Luanda/Angola

- 1- Qual é o impacto que a Covid19 trouxe na sua vida pessoal? temos quatro opções: Financeira, social, saúde e emocional escolhe uma ou duas e justifique, se possível?
- 2- Quais são as mudanças que o Covid-19 trouxe no seu local de trabalho?
- 3- Já pensou em desistir do seu trabalho em função da situação que está a Passar? Se sim, porquê?

Apêndice 2 - Convite formulado aos enfermeiros para a participação na investigação.

Ex.mo(a). Sr.(a)

Eu, Elizabeth Jandira Marciano António Castelo, enfermeira de profissão, encontro-me a desenvolver uma investigação de tese para obtenção do grau de mestrado no curso de Gestão e Administração de Unidades de Saúde, com o tema: Covid19- Impacto na Gestão da Mudança dos enfermeiros da UCI da CSE em Angola, sob orientação da Prof. Doutora Ana Vanessa.

Este estudo tem como objetivo Caracterizar o Impacto do Covid19 na Gestão da Mudança nos Enfermeiros da UCI. A presente investigação será desenvolvida na Unidade de Cuidados Intensivos da Clínica Sagrada Esperança. Pretende-se que o estudo possa servir como ponto de partida, para que as práticas inovadoras a mudança após o covid 19 possa servir melhor a qualidade no atendimento e assistência em enfermagem além disso a comunidade científica em todo mundo está em processo de aprendizagem sobre o covid19 todo contributo para facilitar o esclarecimento e gestão da mudança nos serviços é importante, visto que o processo é recente por isso há necessidade de investigação.

Como instrumento de recolha de dados, utilizar-se-á a entrevista a vários intervenientes, entre os quais vossa excelência. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. Desta forma, uma vez que se disponibilizou para colaborar com o estudo após o convite que lhe foi endereçado, pedimos-lhe autorização para a gravação das entrevistas.

A sua colaboração neste projeto será muito útil, estando desde já garantido, sob compromisso de honra, que todos os dados serão tratados de forma anónima, servindo as entrevistas unicamente para fins académicos.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração no nosso estudo

Com os mais respeitosos cumprimentos

(Elizabeth Castelo)



Declaração de Autorização

Eu -----, tendo aceite a realização da entrevista, no âmbito da investigação levada a cabo pela Elizabeth Castelo, integrada no Mestrado em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, autorizo a gravação da mesma, atendendo a que o seu conteúdo será unicamente para fins académicos e tendo sido garantido o anonimato.

-----,----- 2021

(Participante)

