

VIVER A CONTAMINAÇÃO POR SARS-COV-2 EM ENFERMEIROS – DISCURSOS NA PRIMEIRA PESSOA

Maria Emília da Cruz Gomes

**Relatório final de estágio profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Orientador – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde

Este trabalho de projeto inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Maio 2021

Gomes, M.E.C.; Veiga-Branco, M.A.R. (2021). Viver a Contaminação por SARS COVID-19 em Enfermeiros – Discursos na primeira pessoa. (Trabalho de Projeto, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal)

Gomes, Maria Emilia Cruz; Veiga-Branco, Maria Augusta Romão (2021). Infecção por COVID 19 em Profissionais de Enfermagem – Sentimentos e Emoções. (Comunicação livre, Congresso de Literacia em Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal)

DEDICATÓRIA

A todos os Enfermeiros.

Mas, de coração, aos infectados por SARS-COV-2 durante a pandemia.

E de entre todos, aos que viveram o isolamento afastados das suas famílias.

Aos que tendo sido infectados nos seus locais de trabalho, após cura, tiveram que reiniciar a sua atividade nesses mesmos locais, sentindo com preocupação a incerteza do amanhã.

Aos enfermeiros, que ficaram a (com)viver com as sinaléticas que o vírus lhes deixou. A estes, e para que se torne público, continuaremos sempre em dívida. Em qualquer parte de mundo.

Porque não há duas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, à Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, pela disponibilidade, empenho e ensinamentos ao longo deste trabalho. Acima de tudo, fico grata por me ter feito acreditar que era capaz, mesmo nos momentos de desânimo.

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo, sem os quais a sua realização não seria possível, a minha inestimável gratidão.

Aos meus pais, por me ampararem em todas as horas da minha vida e por me auxiliarem nos cuidados e atenção para com os meus filhos.

Por fim, ao meu marido e aos meus filhos, pelo seu auxílio e suporte neste longo percurso, apesar do pouco tempo e atenção que lhes dispensei.

A todos, o meu sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

A literatura científica, apresenta resultados pertinentes relativamente ao contexto das vivências da infecciosidade dos enfermeiros, mas é escassa em pormenores particularmente vividos e expressos de forma storytelling. **Objetivo:** Desocultar as realidades vividas por enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa. **Metodologia:** Estudo transversal, exploratório, de natureza qualitativa, utilizada a conceção Fenomenológica e da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a partir da análise de conteúdo aos dados emergentes da entrevista aplicada, via on-line, a 33 enfermeiros, infetados e confinados por SARS-COV-2. A amostra, apresenta-se maioritariamente do sexo feminino (68,8%), e no escalão etário (34,4%) entre os 21-30 anos e apresentam como local de trabalho predominante, a área intra-hospitalar (71,9%). **Resultados:** Da análise das componentes discursivas em cada Entrevista (E), emergiu uma Árvore categorial (AC) que gerou 4 gerações de categorias, expressas da seguinte forma: 1ª categoria global: “*Viver a contaminação por SARS-COV-2 em enfermeiros durante a pandemia 2020 em Portugal (1.)*”, que insere quatro categorias de 1ª geração: “*Contexto de Infeção (1.1)*”, “*Mudanças de vida (1.2)*”, “*Que conclhos aprendi (1.3)*” e “*Aprender com os experts (1.4)*”. Da 1ª categoria de 1ª geração “*Contexto de Infeção (1.1)*”, emergem 5 categorias de 2ª geração: “*Foco de Contaminação (1.1.1)*”, “*Meandros de Vida (1.1.2)*”, “*Sinais e Sintomas (1.1.3)*”, “*Confinar: casa ou hospital? (1.1.4)*” e “*E agora? Sentimentos e Emoções (1.1.5)*”.

A subcategoria “*Meandros de Vida (1.1.2)*”, explicam a forma de contaminação, através de 4 categorias de 3ª geração: “*Trabalho (1.1.2.1)*”, “*Comunidade (1.1.2.2)*”, “*Casa/Família (1.1.2.3)*”, “*Não sei (1.1.2.4)*”. Relativamente à subcategoria “*Sinais e Sintomas (1.1.3)*”, emergem 4 categorias de 3ª geração: “*Sistema Neurológico (1.1.3.1)*”, “*Sistema Termorregulador (1.1.3.2)*”, “*Sistema Respiratório (1.1.3.3)*” e “*Assintomático (1.1.3.4)*”. Da categoria de 2ª geração “*E agora? Sentimentos e Emoções (1.1.5)*” emergem 6 categorias de 3ª geração “*Medo (1.1.5.1)*”; “*Surpresa (1.1.5.2)*”, “*Angústia (1.1.5.3)*”; “*Tristeza (1.1.5.4)*”; “*Fúria (1.1.5.5)*” e “*Indefensão (1.1.5.6)*”. A 2ª categoria de 1ª geração “*Mudanças na vida (1.2)*”, dá origem a 2 categorias de 2ª geração: “*Dificuldades/Perturbações (1.2.1)*” e “*Estratégias Adaptativas (1.2.2)*”. Da subcategoria “*Dificuldades/Perturbações (1.2.1)*”, emergem 7 categorias de 3ª geração: “*Emocional (1.2.1.1)*”, “*Pessoal (1.2.1.2)*”, “*Familiar (1.2.1.3)*”, “*Social (1.2.1.4)*”, “*Profissional (1.2.1.5)*”, “*Financeiro (1.2.2.6)*”, “*Bem na vida (1.2.1.7)*”. Relativamente à subcategoria “*Estratégias Adaptativas (1.2.2)*”, emergem 3 categorias de 3ª geração: “*Pessoais (1.2.2.1)*”, “*Família/Amigos (1.2.2.2)*” e “*Tudo Bem*”.

(1.2.2.3)”. Da subcategoria “*Pessoais* (1.2.2.1)”, emergem 4 categorias de 4ª geração, “*Biológico* (1.2.2.1.1)”, “*Psicológico* (1.2.2.1.2)”, “*Social* (1.2.2.1.3)” e “*Espiritual* (1.2.2.1.4)”. A 3ª categoria de 1º geração “*Que conselhos aprendi* (1.3)”, faz emergir 2 categorias de 2ª geração: “*Normas e Informações* (1.3.1)” e “*Empowerment* (1.3.2)”. Desta última emergem 2 categorias de 3ª geração, “*Biológico* (1.3.2.1)” e “*Psicossocial* (1.3.2.2)”. Por último, apresenta-se a 4ª categoria de 1ª geração “*Aprender com os experts* (1.4)”, donde emergem 2 categorias de 2ª geração, “*Consequências de Sentimentos Perturbadores* (1.4.1)” e “*Impacto pós cura. E depois da dita cura?* (1.4.2)”. Da subcategoria “*Consequências de Sentimentos Perturbadores* (1.4.1)”, emergem 3 categorias de 3ª geração: “*Angústia* (1.4.1.1)”, “*Medo* (1.4.1.2)” e “*A caminho da resiliência* (1.4.1.3)”. Relativamente à última categoria de 2ª geração “*Impacto pós cura. E depois da dita cura?* (1.4.2)”, emergem 8 categorias de 3ª geração: “*Afinal ainda não...* (1.4.2.1)”, “*O que é feito da minha atenção e memória?* (1.4.2.2)”, “*Problema em estudo* (1.4.2.3)”, “*O Cansaço* (1.4.2.4)”, “*Cefaleias* (1.4.2.5)”, “*Distúrbios sensoriais* (1.4.2.6)”, “*Inesperadamente a Polimedicação* (1.4.2.7)” e “*Efeito devastador* (1.4.2.8). **Conclusões:** As categorias de 1ª Geração “*Que conselhos aprendi?* (1.3)” e “*Aprender com os experts* (1.4)”, trazem ao universo da profissionalidade da enfermagem, um manancial de conhecimento, que a literatura ainda não contempla.

Palavras-Chave: Infecção; SARS COV 2; Enfermeiros; Isolamento; Sentimentos.

ABSTRACT

The scientific literature presents relevant results in relation to the context of nurses' infectiousness experiences, but it is scarce in details that are particularly experienced and expressed in a storytelling way. **Objective:** To unveil the realities experienced by nurses infected with SARS COV-2, during the 2020 pandemic in Portugal, according to their personal perception, through first-person reports. **Methodology:** Cross-sectional, exploratory, qualitative study, using the Phenomenological and Grounded Theory conception, from content analysis to data emerging from the applied interview, via online, to 33 nurses, infected and confined by SARSCOV-2. The sample is mostly female (68.8%), and in the age group (34.4%) between 21-30 years old and presents the intra-hospital area as the predominant workplace (71.9 %). **Results:** From the analysis of the discursive components in each Interview, a Category Tree emerged that generated 4 generations of categories, expressed as follows: 1st global category: "Living with SARS-COV-2 contamination in nurses during the pandemic 2020 in Portugal (1.) ", which inserts four categories of 1st generation: " Infection context (1.1), "Life changes (1.2)", "What councils I learned (1.3)" and "Learning from experts (1.4)". From the 1st category of 1st generation "Context of Infection (1.1), 5 categories of 2nd generation emerge: " Focus of Contamination (1.1.1) ", " Meanders of Life (1.1.2) ", " Signs and Symptoms (1.1.3)", "Confine: home or hospital? (1.1.4)" and "What now? Feelings and Emotions (1.1.5)". The subcategory "Meanders of Life (1.1.2)", explain the form of contamination, through 4 categories of 3rd generation: "Work (1.1.2.1)", "Community (1.1.2.2)", Home / Family (1.1.2.3)", "I don't know (1.1.2.4)". Regarding the subcategory "Signs and Symptoms (1.1.3)", 4 categories of 3rd generation emerge: "Neurological System (1.1.3.1)", "Thermoregulatory System (1.1.3.2)", "Respiratory System (1.1.3.3)" and "Asymptomatic (1.1.3.4)". From the 2nd generation category "And now? Feelings and Emotions (1.1.5)" emerge 6 3rd generation categories "Fear (1.1.5.1)"; "Surprise (1.1.5.2)", "Anguish (1.1.5.3)"; "Sadness (1.1.5.4)"; "Fury (1.1.5.5)" and "Defensiveness (1.1.5.6)". The 2nd category of 1st generation "Changes in life (1.2)", gives rise to 2 categories of 2nd generation: "Difficulties / Disturbances (1.2.1) and" Adaptive Strategies (1.2.2) ". From the subcategory "Difficulties / Disturbances (1.2.1), 7 categories of 3rd generation emerge: "Emotional (1.2.1.1)", "Personal (1.2.1.2)", "Family (1.2.1.3)", "Social (1.2.1.4)", "Professional (1.2.1.5)", "Financial (1.2.1.6)", "Well in life (1.2.1.7)". Regarding the subcategory "Adaptive Strategies (1.2.2)", 3 categories of 3rd generation emerge: "Personal (1.2.2.1)", "Family / Friends (1.2.2.2)" and "okay (1.2.2.3)". From the "Personal (1.2.2.1)" subcategory, 4 4th generation categories, "Biological

(1.2.2.1.1)”, “Psychological (1.2.2.1.2)”, “Social (1.2.2.1.3)” and “Spiritual (1.2.2.1.4)”. The 3rd category of 1st generation “What advice have I learned (1.3)”, gives rise to 2 categories of 2nd generation: “Norms and Information (1.3.1)” and “Empowerment (1.3.2)”. From the latter two categories of 3rd generation emerge, “Biological (1.3.2.1)” and “Psycho-social (1.3.2.2)”. Finally, we present the 4th category of 1st generation “Learning from experts (1.4)”, from which 2 categories of 2nd generation emerge, “Consequences of Disturbing Feelings (1.4.1)” and “Impact after cure. And after the said cure? (1.4.2)”. From the subcategory “Consequences of Disturbing Feelings (1.4.1)”, 3 3rd generation categories emerge: “Anguish (1.4.1.1)”, “Fear (1.4.1.2)” and “On the way to resilience (1.4.1.3)”. Regarding the last category of 2nd generation “Impact after curing. And after the said cure? (1.4.2)”, 8 categories of 3rd generation emerge: “After all, not yet... (1.4.2.1)”, “What is done with my attention and memory? (1.4.2.2)”, “Problem under study (1.4.2.3)”, “Tiredness (1.4.2.4)”, “Headache (1.4.2.5)”, “Sensory disorders (1.4.2.6)”, “Unexpectedly a Polymedication (1.4.2.7)” and “Devastating effect (1.4.2.8). **Conclusions:** The 1st Generation categories “What advice did I learn? (1.3)” and “Learning from experts (1.4)”, bring to the universe of nursing professionalism, a wealth of knowledge, which the literature does not yet contemplate.

Keywords: Infection; SARS-COV-2; Nurses; Isolation; Feelings.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS – Ácido Acetilsalicílico

ADR – Áreas dedicadas aos doentes respiratórios

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

E – Entrevista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HTA – Hipertensão Arterial

IRD – Instrumento de Recolha de dados

L – Linha

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P – Página

PBCI – Precauções Básicas em Controlo de Infecção

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TFD – Teoria Fundamentada nos Dados

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UD – Unidade Discursiva

USF – Unidade de Saúde Familiar

TFD – Teoria Fundamentada nos Dados

WHO – World Health Organization

INDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO	7
1 ETIOPATOGENIA DA INFEÇÃO POR SARS COV-2 – ABORDAGEM BREVE	8
1.1 CONTAGIOSIDADE.....	8
1.2 VIAS DE TRANSMISSÃO.....	10
1.3 MANIFESTAÇÕES – SINAIS E SINTOMAS	11
1.4 ISOLAMENTO APÓS O DIAGNÓSTICO.....	14
1.5 TRATAMENTOS E TERAPÊUTICAS	15
1.6 SENTIMENTOS E EMOÇÕES EXPRESSAS PELOS ENFERMEIROS EM CONTEXTOS COVID	17
1.7 EXPRESSÃO DOS INFETADOS NO MUNDO, EUROPA E PORTUGAL	20
2 INFEÇÃO POR SARS COV-2	23
2.1 COMORBILIDADES EM SARS COV-2.....	23
2.2 NORMAS, ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES EMANADAS PELA DGS.....	24
3 COMPETÊNCIA ESPECIFICA E AUTÓNOMA DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM MÉDICO-CIRÚRGOICA EM CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19.....	26
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO	28
1 METODOLOGIA	29
1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	29
1.2 TIPO DE ESTUDO.....	29
1.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
1.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	33
1.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	34
1.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	36
2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	38
2.1 CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	38
2.2 APRESENTAÇÃO DOS SEGMENTOS DA ÁRVORE CATEGORIAL – RESULTADOS.....	43
2.2.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO PRIMEIRO GRUPO CATEGORIAL – CONTEXTO DE INFEÇÃO.	46

2.2.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO SEGUNDO GRUPO CATEGORIAL – MUDANÇAS NA VIDA.....	54
2.2.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO TERCEIRO GRUPO CATEGORIAL – QUE CONSELHOS APRENDI.....	63
2.2.4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO QUARTO GRUPO CATEGORIAL – APRENDER COM OS EXPERTS.	67
3 DISCUSSÃO.....	71
CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	92
ANEXO I - Parecer da comissão de ética do IPB, relativo ao projeto de investigação: “Viver a Contaminação por SARS-COV-2 em Enfermeiros - Discursos na primeira pessoa”.....	93
ANEXO II – Instrumento de recolha de dados – Guião de Entrevista: “Viver a Contaminação por SARS-COV-2 em Enfermeiros - Discursos na primeira pessoa”.....	95
ANEXO III- Árvore Categorial – Estrutura completa de 1º, 2ª, 3ª e 4ª Gerações da análise de Conteúdo das Entrevistas: “Viver a Infecção por SARS-COV-2 em enfermeiros durante a pandemia 2020 em Portugal”.....	99
ANEXO IV – Certificado de comunicação oral “<i>INFEÇÃO POR COVID 19 EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM - SENTIMENTOS E EMOÇÕES</i>” no Congresso de Literacia em Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.	116
ANEXO V – Submissão de artigo científico “Viver a Contaminação por SARS-COV-2 em Enfermeiros – Contexto de Infecção”.....	119
ANEXO VI – Artigo Científico “Viver a Contaminação por SARS-COV-2 em Enfermeiros – Contexto de Infecção”.	120
ANEXO VII – Relatório de estágio	135

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	
Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: escalão etário e sexo	33
Tabela 2	
Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: local de residência e sexo	38
Tabela 3	
Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: escalão etário e estado civil	39
Tabela 4	
Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: carga de trabalho semanal, local de trabalho e trabalho por turnos	40
Tabela 5	
Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: nº de pessoas que coabitam na casa e com quem vivem	40
Tabela 6	
Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: nº de divisões da casa e com quem vivem	41
Tabela 7	
Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: antecedentes patológicos e medicação domiciliária	41
Tabela 8	
Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: escalão etário, peso, antecedentes patológicos e medicação domiciliária	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal)	16
Figura 1.1: ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal)	17
Figura 2: Apresentação hierárquica da árvore categorial relativa à Categoria Principal e categorias de primeira, segunda, terceira e quarta gerações	45
Figura 3: Apresentação hierárquica da sequência categorial relativa ao primeiro ramo - 1.1. “Contexto de Infecção”	46
Figura 4: Apresentação hierárquica relativa à primeira categoria de primeira e segunda gerações	48
Figura 5: Apresentação hierárquica relativa à primeira categoria de primeira geração, segunda categoria de segunda geração e categorias de terceira geração	50
Figura 6: Apresentação hierárquica relativa à primeira categoria de primeira geração, terceira categoria de segunda geração e categorias de terceira geração	51
Figura 7: Apresentação hierárquica relativa à primeira categoria de primeira geração e quarta categoria de segunda geração	52
Figura 8: Apresentação hierárquica relativa à primeira categoria de primeira geração, quinta categoria de segunda geração e categorias de terceira geração	53
Figura 9: Apresentação hierárquica da sequência categorial relativa ao segundo ramo - 1.2. “Mudanças na vida”	54
Figura 10: Apresentação hierárquica relativa à segunda categoria de primeira geração, sexta categoria de segunda geração e categorias de terceira geração	60
Figura 11: Apresentação hierárquica relativa à segunda categoria de primeira geração, sétima categoria de segunda geração e categorias de terceira e quarta geração	62
Figura 12: Apresentação hierárquica da sequência categorial relativa ao terceiro ramo - 1.3 “Que conselhos aprendi”	63
Figura 13: Apresentação hierárquica relativa à terceira categoria de primeira geração e oitava categoria de segunda geração	644
Figura 14: Apresentação hierárquica relativa à terceira categoria de primeira geração, nona categoria de segunda geração e categorias de terceira geração	666
Figura 15: Apresentação hierárquica da sequência categorial relativa ao quarto ramo - 1.4 “Aprender com os experts”	677

Figura 16: Apresentação hierárquica relativa à quarta categoria de primeira geração, décima categoria de segunda geração e categorias de terceira geração 688

Figura 17: Apresentação hierárquica relativa à quarta categoria de primeira geração, décima primeira categoria de segunda geração e categorias de terceira geração 70

INTRODUÇÃO

E perguntou o caminhante, ao velho sentado no muro do caminho: «olhe lá!?!... Quanto tempo demora daqui à capela?» Nada. «Não ouviu?... quanto tempo?» Nada... Raio de velho... pensou o caminhante. Seguiu caminho... já ia a quase cem metros de distancia... e ouve «meia hora, demora meia hora!»... «ai só agora é que me diz???» . «só agora é que sei como caminha... Antes de ver e ouvir as pessoas, ao certo, não sabemos nada delas...»¹

Por vezes a humanidade é mais do que surpreendida. É absurda e perigosamente envolvida em situações às quais tem que fazer frente, no sentido da sobrevivência e da qualidade dessa sobrevivência a curto, médio e longo prazo. E o atual contexto pandémico mundial provocado pelo coronavírus SARS-COV 2, foi exatamente o que desencadeou. Sem experiências prévias para sustentar *know how* preventivo nem curativo, os humanos em cada continente, viveram de forma mais ou menos “em catapulta”, cada fase de infecciosidade e de confinamento, num simultâneo e consistente processo de pesquisa e teorização, donde nem sempre se colheram as melhores experiências. Na verdade, não poderia ser de outra forma: a falta de conhecimento sobre a doença, deixa a descoberto um Sistema Nacional de Saúde (SNS) completamente impreparado, numa progressiva reorganização e reestruturação sistemática dos seus serviços, para a prestação “daqueles” cuidados de saúde específicos, acerca dos quais havia muito pouco cientificamente fundamentado. Desde a impreparação dos recursos – técnicos, humanos, arquitetónicos - até às faltas de equipamentos de proteção individual (EPI), bem como as ausências de normas e as orientações para os profissionais de saúde – nomeadamente no início da pandemia -, todas estas variáveis contribuíram, de forma progressiva e agressiva, para a existência de um grande número de profissionais de saúde infetados. E desta realidade, há que fazer história. Uma história significativa e profunda, à qual só se acede através do humano que a vive.

Pertinência do Tema

É justamente aqui, na necessidade de criar este conhecimento, que se coloca a pertinência desta pesquisa, e mais precisamente para potencializar as competências dos enfermeiros especialistas, em contextos de doente crítico, tal como se preconiza em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, foi desenvolvido o projeto, que, a partir da motivação para conhecer os meandros do fenómeno

¹ Contado pela minha Orientadora em contexto de Orientação Científica, para clarificar a importância dos estudos qualitativos, interpretativos. E mais esclareceu: Não saberemos nada de fidedigno acerca do que as pessoas pensam, sentem e cogitam acerca das suas experiências de vida. Só saberemos se nos disserem... e o que nos disserem, quando nos disserem e da forma que disserem. E a forma mais linear, será talvez, perguntar-lhe. Respeitosa e metodologicamente. E se souberem... nem sempre temos consciências sobre as nossas experiências... (em 30 de abril, 2021, em OC)

atrás exposto, se propõe a desocultar esta situação inusitada², através de algumas respostas para uma dupla Questão à Investigação: Como foi viver a contaminação por SARS COV 2 pelos enfermeiros? Que tipo de Discursos na primeira pessoa poderiam ser encontrados?

Da pertinência pró formativa do especialista em EMC

Foi na componente clínica do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), mais propriamente durante a realização da prática clínica no serviço de urgência, que se tomou consciência da problemática de investigação que se expõe neste projeto. Assume-se que a problemática em estudo se insere no contexto da Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, e, considerando esta pandemia uma situação de exceção e catástrofe, e ainda, que a infeção pelo SARS COV 2 induz a muitas situações de emergência, a OE determina que o enfermeiro especialista competente, é aquele que “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O SARS COV 2 é um vírus altamente contagioso e apresenta diferentes vias de transmissão entre humanos. O enfermeiro especialista é aquele que “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tendo em conta a complexidade da evolução das situações de infeção, provocadas pelo SARS COV-2, e das respostas necessárias ao doente e sua família, é ética e profissionalmente esperável que o enfermeiro especialista, atue, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, portanto, que “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim a escolha do tema prende-se com a convicção assumida da pertinência em criar alguns contributos válidos para a compreensão e promoção de competências nestes

² Comunicado do Conselho de Ministros de 19 de março de 2020, Portugal. A 18 de março foi decretado, pelo Presidente da República, estado de emergência em Portugal, face à situação excecional de saúde pública mundial e à proliferação de casos registados de contágio de COVID-19. O Governo tem como prioridade prevenir a doença, conter a pandemia, salvar vidas e assegurar as cadeias de abastecimento fundamentais de bens e serviços essenciais. É, por isso, imprescindível adotar as medidas que são essenciais, adequadas e necessárias para, proporcionalmente, restringir determinados direitos para salvar o bem maior que é a saúde pública e a vida de todos os portugueses. (...) Assim, o Conselho de Ministros aprovou hoje um decreto que visa estabelecer os termos das medidas excecionais e temporárias a implementar durante a vigência do estado de emergência. O Decreto aprovado entra em vigor às 00:00 de dia 22 de março.
<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/governo/comunicado-de-conselho-de-ministros ?i=334>

enfermeiros, e, após ter sido constatada alguma carência de literatura científica, por se tratar de uma temática, só da atualidade, além do interesse pessoal pelo tema.

Da pertinência para a compreensão dos significados “de mudança”

A pandemia COVID-19 revelou a fragilidade dos serviços de saúde e da saúde pública em geral. Revelou ainda que mesmo os sistemas de saúde mais robustos, ou seja, mais bem preparados, podem ficar rapidamente sobrecarregados e comprometidos pela existência de um surto (WHO, 2020c). Devido à rápida expansão do coronavírus os serviços de saúde enfrentaram desafios importantes sobre as capacidades de resposta a esta pandemia.

É essencialmente do trabalho dos profissionais de saúde nas instituições, que vem todo o apoio necessário à população, na resposta a esta pandemia. Sendo esta pandemia promotora de mudança, obriga desde já e obrigará no futuro, - os cidadãos em geral e os profissionais de saúde em particular - a adaptarem-se perante as novas exigências criando novos comportamentos de interação social e de novos pressupostos para comportamentos preventivos dentro dos contextos cuidadosos. Os enfermeiros são fundamentais nas equipas multidisciplinares, a promoção de relações de suporte, interação e interdependência reforça a partilha de emoções, permitindo a superação de situações dificultadoras e maior coesão das equipas (Borges et al., 2021). Este mundo de comunicações aparentemente pouco expressas, poderá ter que adquirir uma importância essencial. Fortalecer e revigorar a gestão dos sofrimentos e vivências, fortalece o sistema imunometabólico. Proteger os profissionais de saúde contra infeções é crucial para o sucesso no combate à COVID-19 (Jin et al., 2020b). No entanto, um grande número de profissionais de saúde foram infetados no decorrer desta pandemia, segundo a OMS, cerca de 14% dos casos de COVID-19 notificados a esta organização são identificados como ocorrendo em profissionais de saúde sendo os enfermeiros os profissionais a quem ocorre em maior número (WHO, 2020d).

A pertinência em torno da descoberta de algo novo

Importa agora referir que a infeção por SARS COV-2 não afeta os enfermeiros só do ponto de vista pessoal, pois o enfermeiro enquanto pessoa vive em constante interação com o mundo, sendo que o afeta também a nível profissional, biológico, psicológico, social, cultural, ético e espiritual.

Todavia, este estudo, não se restringe só ao processo de viver a infeção por SARS COV-2, mas em mais profundidade, pretende abordar o processo pessoal e único de viver em contexto de isolamento. O estado de contaminação e o contexto de isolamento só poderão ser percecionados por quem os vive, nas suas expressões mais ou menos conseguidas. Qualquer

sentimento ou perturbação, implicam gestão emocional pessoal para viver e terão de aprender a encarar e aceitar a realidade da situação da doença e construir estratégias adaptativas relativas a este período de transição. Pois as estratégias centradas no problema prevalecem sobre as estratégias centradas na emoção (Britto, 2004).

Da pertinência em torno dos atores em triangulação

Falar acerca das experiências vividas é sempre difícil, principalmente quando envolve sentimentos e emoções negativas. Partilhar as experiências com os outros ajuda a compreendê-las melhor e a sentir que não se está só. E é também nesta evidência que a pertinência do estudo se expande: não serve só aos que acedem aos resultados, resulta também algo terapêutico, para os “experts” que expressaram os dados, construindo para si próprios algum momento de auto-reconhecimento, durante a sua “catarse”, a sua dádiva e partilha. Ou seja, servirá este estudo para 3 populações alvo em triangulação no processo metodológico: os que emitem o saber das experiências, os que acedem aos resultados e aprendem, refletem e usam aqueles saberes, e ao leitor em geral, cujos olhos descobrem todo este processo, por uma primeira vez o que até ali desconheciam.

Tendo em conta a carência de literatura científica sobre os profissionais de saúde infetados com COVID-19 e a sua saúde mental, considera-se fundamental conhecer, durante o estado de infeção, a forma como os enfermeiros se adaptam, o que sentem e que experiências vivenciam de forma a ser possível identificar os fatores que podem acelerar ou mitigar o impacto negativo da infeção por COVID-19.

A partir das ideias centrais apresentadas, o estudo tem como Objetivo Geral:

- Desocultar as realidades vividas por enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;

Objetivos Específicos:

- Reconhecer o contexto em que se desencadeia a contaminação dos enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;

- Reconhecer as eventuais causas e consequências do fenómeno da contaminação dos enfermeiros por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;

- Desocultar as vivências específicas do processo de confinamento do ponto de vista profissional, pessoal, biológico, psicológico, social, cultural, ético e espiritual dos enfermeiros

infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua percepção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;

- Desocultar as perspetivas pessoais para o futuro, do ponto de vista profissional, pessoal, biológico, psicológico, social, cultural, ético e espiritual, dos enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua percepção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;

Tendo como ponto de partida o interesse pelo acesso à desocultação dos fenómenos experienciados, este estudo posiciona-se na motivação para a descoberta de como se vivem as experiências e a sua subjetividade, pelo que foi selecionado o paradigma qualitativo, interpretativo ou seja, o método qualitativo e sociocrítico (Coutinho, 2019) (...) e exploratório.

Todavia, apresenta no seu desenvolvimento, duas componentes, uma mais de carácter fenomenologista (Coutinho, 2019, p. 20), porque se sustenta em alguns resultados emergentes da literatura científica, e outra, emerge como uma Teoria fundamentada nos dados, já que os “achados subjetivos” a partir dos “componentes discursivas dos experts”, permitem aceder a componentes inéditas, acerca das quais não há ainda teoria publicada (Coutinho, 2019, p. 345). Assim, e para desenvolver a construção de significados atribuídos pela amostra, a este contexto experienciado, os dados foram recolhidos através da aplicação de uma entrevista semiestruturada – via on-line e email – a uma amostra de conveniência, constituída por 33 enfermeiros, do norte, centro e sul de Portugal, infetados por COVID-19 durante o primeiro, segundo e terceiro confinamentos da pandemia, em 2020. Os dados emergentes das entrevistas serão submetidos a análise segundo Fairclough (Fairclough & Melo, 2012; Onuma, 2020), donde emergiu uma árvore categorial com 4 gerações, que de forma organizada, expressam as perspetivas e significados atribuídos pelos participantes ao fenómeno em estudo.

O presente estudo está estruturado em três partes. Numa primeira parte é apresentado o enquadramento teórico do objeto em estudo, onde se abordam os temas mais relevantes para a sua compreensão. No primeiro subcapítulo é feita uma abordagem ao contexto da infeção, no segundo subcapítulo são apresentadas as normas, orientações e informações emanadas pelas DGS em tempo de pandemia e o terceiro subcapítulo é alusivo aos sentimentos e emoções apresentados pelos enfermeiros.

A segunda parte, que descreve as etapas e processos do estudo empírico, é alusiva à metodologia. Serão recordados os objetivos, em função dos quais será apresentado, de forma mais explícita o paradigma da investigação em que se situa o desenho metodológico escolhido. Apresenta-se o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados e os

procedimentos: o de aplicação do Instrumento de Recolha de Dados (IRD), o de análise de dados e as respetivas considerações éticas.

A terceira parte diz respeito à apresentação, análise e discussão dos resultados da investigação. Terminará com a conclusão na qual serão apresentados os objetivos e as respetivas respostas, tendo por base a discussão dos resultados e algumas sugestões.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

1 ETIOPATOGENIA DA INFEÇÃO POR SARS COV-2 – ABORDAGEM BREVE

É essencial conhecer, ainda que breve abordagem, as formas como o organismo se pode tornar alvo deste agente infeccioso, as suas formas e organizações metabólicas de resposta, os sistemas e órgãos envolvidos no processo, e algum reconhecimento das consequências para o corpo.

1.1 CONTAGIOSIDADE

A componente da ocorrência de contágio é de sobremaneira importante no processo. Desde as diversidades assumidas pelo vírus, por mutação mais ou menos rápida no tempo, até ao potencial assumido por cada vírus mutado, interessa assumir estas diferenças, porque destas diferenças emergem diferentes consequências com diferentes expressões individuais patológicas e epidemiológicas.

Relativamente às causas da infeção, a literatura científica, apresenta alguns resultados que especificamente expressam alguma diversidade. Por exemplo, o estudo de Jin et al. (2020) - em que dos 103 profissionais de saúde inquiridos, 55 eram enfermeiros -, conclui que do total dos profissionais de saúde, 87 (84,5%) referiram terem sido infetados pelo ambiente de trabalho no hospital, um profissional (1,0%) referiu que a infeção foi devida ao ambiente laboratorial com amostras biológicas de doentes suspeitos ou confirmados, 5 respondentes (4,9%) referiram que foram infetados na vida quotidiana ou pelo ambiente na comunidade, outros 5 elementos da amostra, não sabiam como foram infetados e ainda 5 profissionais de saúde ficaram registados no estudo como havendo outras razões para a sua contagiosidade. Dos 87 profissionais de saúde que estavam convictos que foram infetados pelo ambiente de trabalho no hospital, 64 (73,6%), tiveram contato próximo com doentes confirmados, 15 profissionais (17,2%) tiveram contato próximo com doentes suspeitos, 36 profissionais (41,4%) foram expostos aos seus colegas de trabalho que estavam confirmados e 10 profissionais de saúde são referidos no estudo como sendo outras razões.

Dos 103 profissionais de saúde infetados, 46 (44,7%) respondentes tinham trabalhado mais de sete horas por dia num ambiente que apresentava risco de infeção. As três principais causas da infeção referidas pela amostra foram: transmissão por gotículas (81), transmissão por contato (56) e transmissão por aerossol (25). Houve ainda 8 elementos da amostra que referiram que a causa da sua infeção teria sido por transmissão pelo sistema digestivo e ainda 14 profissionais de saúde referiram não ter a certeza da causa da sua infeção.

Ainda relativamente ao mesmo estudo, e no que respeita aos enfermeiros, os três principais procedimentos de infeção reconhecidos, foram: a execução da técnica de aspiração de secreções, os procedimentos básicos de enfermagem e a colheita de zaragatoa faríngea. Relativamente à amostra em geral, ou seja, de entre todos os profissionais de saúde que fizeram parte do estudo, houve 43, que reconheceram a existência de problemas de equipamento de proteção individual (EPI) como a causa da sua infeção. Destes, 44,2% expressaram que acreditavam que a infeção era causada pela oferta inadequada de equipamentos de proteção, e outros 32,6%, consideraram que era devido à proteção insuficiente fornecida pelos equipamentos de proteção individual (EPI) que possuíam, já que estava instalada a prática de usar apenas máscara cirúrgica para contactar com casos confirmados.

O estudo de Malik et al. (2020) realizado numa amostra de 139 profissionais de saúde, infetados por SARS COV-2 de um hospital, dos quais 56 eram enfermeiros, concluiu que a grande taxa de infeção entre os profissionais de saúde daquele hospital pode ser explicada pela transmissão na comunidade, visto que: (1) alguns profissionais de saúde foram infetados na comunidade durante a primeira fase da pandemia devido à falta de conscientização, (2) pelo facto de terem estado em reuniões sociais fora do local de trabalho, e ou (3) terem estado em contato com doentes conhecidos com COVID-19 na comunidade e, além disto, da convicção da (4) falta de proteção individual fora do local de trabalho. A taxa de infeção evidenciada neste estudo, segundo os autores, pode também ser devida, em primeira análise (1) ao tempo de incubação do COVID-19, pois varia de 0 a 14 dias e ainda, (2) durante a fase latente, pois é difícil reconhecer os doentes portadores da doença, ainda pela verificação de (3) medidas de proteção insuficientes no início desta pandemia que expuseram os profissionais de saúde a um maior risco. Resta ainda reconhecer (1) que pode haver sintomatologia discreta, inespecífica e leve, como em muitos doentes, em que a virulência do SARS-CoV-2 pode não ser grave, pelo que esses doentes podem colocar em risco a saúde da equipa do hospital e da comunidade. Por último, (2) o fenómeno de ser assintomático, e devido à falta de conhecimento sobre a doença, - na fase inicial desta pandemia uma vez que era difícil identificar doentes com COVID-19 - muitos doentes assintomáticos ou com poucos sintomas – circulavam livremente nas comunidades.

Um outro estudo, o de Lai et al. (2020), desenvolvido com uma amostra inicial de 9684 profissionais de saúde, dos quais 110 (5,5%) estavam infetados com SARS COV-2. Da totalidade de profissionais de saúde infetados, 62 (56,4%) eram enfermeiros, 26 (23,6%) eram médicos e os 22 restantes (20,0%) eram auxiliares de saúde. O estudo concluiu que, dos 110

profissionais de saúde com COVID-19, 70 (63,6%) foram presumivelmente infetados em enfermarias de cuidados gerais, 7 (6,4%) em enfermarias COVID e 14 (12,7%) por infeção adquirida na comunidade. Curiosamente, e para que possa haver reflexão a este respeito, houve 65 respondentes (59,1%) que atribuíram a infeção ao contato com doentes que posteriormente foram diagnosticados com COVID-19, houve ainda 12 (10,9%) que assumiram a sua infeção ao contato com colegas e 14 (12,7%) ao contato com familiares ou amigos. Deve referir-se que os outros 19 profissionais de saúde (17,3%) assumiram que não se conseguiam lembrar do histórico de exposição. No geral, 40 profissionais de saúde (36,4%) referiram ter transmitido o vírus a familiares ou amigos.

1.2 VIAS DE TRANSMISSÃO

A transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer diretamente por gotículas respiratórias, indiretamente através de fômites e por via aérea, aquando de procedimentos geradores de aerossóis.

Transmissão por gota

O coronavírus é transmitido de pessoa para pessoa por meio de gotículas respiratórias (superiores a 5 micra) quando há contacto próximo - menos de 1 metro - com uma pessoa infetada, que tem sintomas respiratórios (por exemplo, tosse ou espirro) ou que está a falar ou a cantar; nessas circunstâncias, as gotículas respiratórias que incluem o vírus podem atingir a boca, o nariz ou os olhos de uma pessoa suscetível e podem provocar infeção (WHO, 2020b).

Transmissão de Fômites

Consiste na transmissão por contato direto com secreções respiratórias infecciosas, com fezes ou com superfícies contaminadas por estas, ou seja, existe contacto das mãos com um objeto ou superfície contaminada, seguido de contacto com boca, nariz ou conjuntiva (olhos). A transmissão de fômites consiste em gotículas respiratórias de indivíduos infetados que podem cair em objetos ou superfícies, criando fômites (superfícies contaminadas) (WHO, 2020b).

O período de incubação do COVID-19, que é o tempo entre a exposição ao vírus e o início dos sintomas, é em média de 5 a 6 dias, mas pode durar até 14 dias. Portanto, a quarentena deve ser aplicada por 14 dias a partir da última exposição (WHO, 2020b).

Transmissão aérea

A transmissão por via aérea (partículas inferiores a 5 micra) ocorre, aquando de procedimentos geradores de aerossóis que provocam a disseminação de um agente infeccioso

por longas distâncias e no tempo. A transmissão do SARS-CoV-2 pelo ar pode ocorrer durante procedimentos médicos geradores de aerossóis (WHO, 2020b).

A OMS, junto com a comunidade científica, tem discutido e avaliado se o SARS-CoV-2 também se pode espalhar por meio de aerossóis na ausência de procedimentos geradores de aerossol, principalmente em ambientes fechados com ventilação insuficiente, por um período prolongado com pessoas infectadas (WHO, 2020b).

1.3 MANIFESTAÇÕES – SINAIS E SINTOMAS

A síndrome - contaminação por SARS-COV-2 - é uma doença respiratória, que pode manifestar-se de cinco formas, mais ou menos passíveis de serem explicáveis. Assim, temos:

1. Numa primeira forma, e a menos grave, pode ocorrer discreta e até assintomática, ou seja, sem desenvolver sintomas;

2. Num segundo nível, pode apresentar-se sob a forma de doença ligeira, com sintomas, mas sem exuberância, e sem evidência de pneumonia ou sinais e sintomas de hipoxemia;

3. Na sua forma moderada sintomática, decorre com pneumonia e sintomatologia específica - febre, tosse, dispneia, taquipneia - mas com saturação periférica de $O_2 \geq 90\%$ em ar ambiente, e sem instabilidade hemodinâmica;

4. No quarto nível, assume-se como doença grave, com pneumonia, e, pelo menos, um dos seguintes critérios: (1) taquipneia superior a 30 ciclos por minuto, (2) dificuldade respiratória, (3) SpO_2 inferior a 90% em ar ambiente, e (4) instabilidade hemodinâmica;

5. Na sua forma mais grave, é uma doença crítica, com síndrome de dificuldade respiratória aguda, com $PaO_2/FiO_2 < 100$ ou choque, podendo mesmo levar à morte (DGS, 2021).

Um dos problemas desta doença – e tal como é apresentado, na sua primeira forma de ocorrência - consiste na ausência de sintomatologia, tal como foi verificada na literatura científica (Khan et al., 2020; Malik et al., 2020; Lai et al., 2020). Este fenómeno, pode gerar problemas de saúde pública. Como referem estes autores, e segundo as entidades de saúde pública, estes doentes assintomáticos constituem uma fonte de preocupação, pois continuam a manter contactos pessoais no seu dia a dia, contribuindo assim para a rápida disseminação da infeção em todo o mundo.

Como pode um profissional de saúde tornar-se um risco sério?

A este propósito, e segundo os mesmos autores, os profissionais de saúde assintomáticos, podem tornar-se um fator de risco sério, para doentes, colegas e comunidade. Portanto, e considerando este risco, tornou-se absolutamente prioritária, a identificação precoce de portadores assintomáticos, entre os profissionais de saúde. Esta convicção, determinou e legitimou os isolamentos totais: uma vez infetados, devem ser isolados de familiares e colegas para evitar as infeções cruzadas. Além disto, os estudos de Malik et al. e Zou et al. (2020) referem que a carga viral detetada em doentes assintomáticos foi semelhante à dos doentes sintomáticos, o que indica que existe o mesmo ou eventualmente superior potencial de transmissão em doentes assintomáticos. Todavia, e ao tempo em que este estudo se desenvolveu, esta problemática, do ponto de vista epidemiológico, ainda se considerava em estudo.

Segundo a DGS, são consideradas suspeitas de infeção por SARS-CoV-2, as pessoas que apresentem um quadro de infeção respiratória aguda, com, pelo menos, um dos seguintes sintomas:

- tosse de novo, ou com agravamento do padrão habitual; febre (temperatura $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) sem outra causa atribuível;
- dispneia / dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível;
- anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito.

A cefaleia, odinofagia, mialgias, vômitos e diarreia, isoladamente, não definem a doença, podendo ser integrados, conforme avaliação clínica, na suspeita de infeção por SARS-CoV-2. Deve ser feita a pesquisa para SARS-CoV-2, perante uma síndrome inflamatória multi-sistémica, com febre persistente, sintomas gastrointestinais, exantema, conjuntivite e/ou afeção respiratória, neurológica ou cardíaca de novo (DGS, 2021).

Nas crianças, outros sintomas, tais como rinorreia e sintomas gastrointestinais, têm maior prevalência. Particularmente ao nível da primeira infância, devem ser avaliadas outras formas de apresentação da doença, com sinais e ou sintomas tais como: tiragem, adejo nasal, taquipneia e cianose central (DGS, 2021).

Do ponto de vista epidemiológico, como se encontra a população profissional de técnicos de saúde? Este assunto - e porque é aqui variável em estudo - merece toda a atenção, pelo que cabe expor o mais recente, que a literatura científica nos oferece. E no estudo de Khan et al. (2020) desenvolvido numa amostra de 121 doentes que testaram positivo para SARS-COV-2, foi verificado que, de entre a amostra, 12 (9,9%) doentes, eram profissionais de saúde, nomeadamente, 8 médicos, 3 enfermeiras e 1 paramédico, ou seja técnicos em proximidade

com o doente. De entre os sintomas referidos pelos infetados, os mais comuns foram: a febre, registada em 88 doentes, 72,7% da amostra, a tosse em 72 dos participantes (59,5%), a dispneia em 69 dos respondentes (57%), as dores musculares em 57 elementos da amostra (47,1%), a dor de garganta em 44 dos participantes (36,3%) e as cefaleias em 38 dos respondentes (31,4%). Em menor expressão encontram-se a diarreia em 21 dos elementos da amostra (17,35%) e as náuseas e vômitos em 15 dos participantes (12,4%). Verificou-se ainda que 23% dos doentes positivos eram assintomáticos.

Noutro estudo, desenvolvido por Jin et al. (2020), dos 103 profissionais de saúde estudados, 55 são enfermeiros, e, os sintomas clínicos mais verificados foram: a febre em 48,5% dos elementos da amostra, 42,7% dos participantes apresentaram letargia, e 35,9% dores musculares. Além destes sintomas, foi verificada a tosse seca em 34,0% dos elementos da amostra, a dor de garganta em 23% dos profissionais, e as cefaleias em 21% dos participantes. Com menor expressão, encontram-se o desconforto torácico, em 17% dos respondentes, as dores nas articulações em 11% dos elementos da amostra, e alguns dos inquiridos apresentam sintomas gastrointestinais, como a diarreia, náuseas e vômitos em 17%, 3% e 2% da amostra, e respetivamente.

O estudo de Malik et al. (2020) realizado numa amostra de 139 profissionais de saúde, de um hospital, que testaram positivo para SARS COV-2, verificou-se que de entre a amostra global, 56 eram enfermeiros. Na observação sintomática, verificou-se que os sintomas mais referidos pelos elementos da amostra foram: a febre em 117 dos participantes (84,2%), o cansaço em 78 dos respondentes (56,1%), a tosse em 75 elementos da amostra (54%), as dores no corpo em 55 dos profissionais (39,6%). Além destes, apresentaram sintomas neurológicos, como as cefaleias em 54 participantes (38,8%), a anosmia em 54 elementos da amostra (38,8%) e ainda, mas não neurológica, a dor de garganta em 51 respondentes (36,7%). Em menor expressão, verificou-se a dispneia em 37 elementos da amostra (26,6%), a diarreia em 26 profissionais (18,7%) e o prurido generalizado em 8 participantes no estudo (5,6%). Todavia, importa referir, e curiosamente, que foram verificados dez profissionais de saúde, de entre a amostra global, que estavam infetados e apresentavam-se assintomáticos (7,2%), donde estar comprovada a existência de risco grave de saúde pública, por parte deste tipo de doentes, que não sabendo que estão doentes, são polo cêntrico de infeção fora e dentro dos hospitais onde trabalham.

Num outro estudo, Lai et al. (2020), estudaram 110 profissionais de saúde de um hospital (em que 62 eram enfermeiros), que testaram positivo para SARS COV-2, e verificaram

que os sintomas mais comuns na maioria da amostra, foram: a febre em 67 dos elementos da amostra (60,9%), as mialgias ou cansaço em 66 participantes (60,0%), a tosse em 62 dos profissionais (56,4%), a dor de garganta em 55 dos respondentes (50,0%). Já em menos de metade, mas ainda assim muito disseminadas, verificaram-se as dores musculares em 50 elementos da amostra (45,5%), a diarreia em 39 dos participantes (35,5%), as cefaleias em 33 dos profissionais (30%), a dispneia em 26 dos respondentes (23,6%) e tonturas em 24 elementos da amostra (21,8%). Com menor expressão verificou-se a presença de expetoração em 16 participantes (14,5%) e a presença de náuseas e vômitos em 15 profissionais respondentes (13,6%). Um total de 0,9% dos profissionais de saúde com COVID-19 estavam assintomáticos.

Um outro estudo, desenvolvido por Mao et al. (2020) no mesmo ano do estudo anterior, num total de 214 doentes hospitalizados, com infecção confirmada por SARS-CoV-2, concluiu-se que os sintomas mais comuns constatados no início da doença foram: a febre verificada em 132 doentes (61,7%), seguindo-se a tosse em 107 pessoas (50,0%). Sem envolver mais do que a metade da população em estudo, verificou-se a anorexia em 68 elementos da amostra (31,8%), a diarreia em 41 participantes (19,2%), a dor de garganta em 31 doentes (14,5) e a dor abdominal em 10 elementos da amostra (4,7%). Cinquenta e três doentes (24,8%) de um total de 78 (36,4), apresentaram manifestações do sistema nervoso central (SNC), e destes, os sintomas mais referidos foram: a tontura em 36 doentes (16,8%) e a cefaleia ocorrida em 28 elementos da amostra (13,1%); dezanove doentes (8,8%), apresentaram alterações relativas ao SNP, em que os sintomas mais comuns foram: o comprometimento do paladar manifestado em 12 pessoas (5,6%), o comprometimento do olfato manifestado em 11 doentes (5,1%) e o comprometimento da visão manifestado em 3 elementos da amostra (1,4%); e vinte e três doentes (10,7%) apresentaram lesões associadas ao aparelho músculo esquelético (Mao et al., 2020). Alguns casos podem evoluir rapidamente para síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) e / ou disfunção multiorgânica (como choque séptico, lesão cardíaca e lesão renal aguda) (Khan et al., 2020). Segundo Awadasseid et al. (2020) também pode evoluir para acidose metabólica, hemorragias e alterações da coagulação. Considerando todos os sintomas e a sua rápida e grave disseminação, importa considerar o estudo acerca da pertinência e contextos do seu isolamento.

1.4 ISOLAMENTO APÓS O DIAGNÓSTICO

Na literatura disponível, os estudos encontrados, verificaram que todos os participantes ficaram isolados após o diagnóstico de infecção. No estudo de Jin et al. (2020) em que dos 103

profissionais de saúde inquiridos, 55 eram enfermeiros, concluíram que os infetados isolaram em diversos locais. Assim, 47 do total dos profissionais de saúde estudados, foram isolados no hospital, 38 em casa, seis em pontos de isolamento centralizados e 12 em outros locais, tal como hotéis, e, departamento de doentes infetados no hospital.

Como decorreram estes isolamentos, e que recursos puderam ser usados pelos doentes? Os autores verificaram que dos 38 profissionais que se isolaram em casa, 76,3% usaram máscara em casa, 89,5% não saíram de casa durante o período de isolamento e 71,1% dos profissionais trocavam de máscaras em menos de 8h. A maioria dos profissionais de saúde avaliavam a temperatura regularmente em casa, lavavam e desinfetavam as mãos com frequência, e tinham utensílios alimentares independentes. Importa referir que verificaram que 68,4% dos profissionais, viveram sozinhos durante o isolamento domiciliário. Dos 65 profissionais que não estavam isolados em casa, 95,4% receberam tratamento médico imediatamente após o diagnóstico, 98,5% não foram acompanhados pelos familiares durante o isolamento hospitalar, 96,9% referiram que o seu espaço de isolamento era desinfetado diariamente, e 98,5% referiram estar satisfeitos com o ambiente de isolamento.

Relativamente ao estudo de Malik et al. (2020) em que dos 139 profissionais de saúde, 56 eram enfermeiros (40,3%), apenas 20 do total dos profissionais estudados (14,4%), foram hospitalizados e os restantes foram tratados em isolamento domiciliário (59,7%) ou em isolamento institucional (25,9%).

1.5 TRATAMENTOS E TERAPÊUTICAS

Em Portugal, segundo o Infarmed³ não existem ainda, medicamentos autorizados para o tratamento de SARS COVID-19. Existem, alguns fármacos considerados “potenciais aproximações terapêuticas” sem todavia, apresentarem evidência clínica robusta pelo que esta instituição considera que só considera opções terapêuticas na COVID-19. Por exemplo, refere a Cloroquina e Hidroxicloroquina, e os antirretrovirais Lopinavir/ Ritonavir e Remdesivir, como fórmulas usadas, mas resultados pouco promissores. Para situações graves, de limite de risco de vida, como nomeadamente se inclui a pessoa em situação crítica (OE), e sem outra opção, surgiu como tratamento extremo e adaptativo, a Oxigenação por Membrana

³ Documento INFARMED - Terapêuticas Experimentais no tratamento de COVID-19 - infeção pelo SARS-CoV-2. Doc elaborado pelo INFARMED a 25-03-2020 que será alvo de revisão e atualização sistemática. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3584301/Terap%C3%AAuticas+Experimentais+no+tratamento+de+COVID-19+%C2%BFife%C3%A7%C3%A3o+pelo+SARS-CoV-2/5f8f5e54-e482-31f3-3b8a-ff862fe96dd9>

Extracorporal, o ECMO. A Oxigenação Extracorporal por Membrana (ECMO, na sigla inglesa) corresponde a um suporte cardiopulmonar mecânico, para tratamento da insuficiência respiratória grave, ao permitir trocas gasosas extracorporais (...) bem como insuficiência cardíaca grave, ou em paragem cardiorrespiratória, já que permite circulação sistémica. O risco mais evidente em ECMO, é a formação de coágulos. É neste contexto que o enfermeiro desempenha uma função primordial.



Figura 1: ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal)

Fonte: Adaptado de “Sessão letiva da UC de Enfermagem MC II”, pela Enfermeira Graciete Faustino (2020)

Este tratamento, aqui representado na imagem, tem por finalidade o tratamento de doentes críticos com falência cardíaca ou pulmonar potencialmente reversível, e só é utilizado quando todas as outras medidas de suporte orgânico artificial falharam (por exemplo: ventilação mecânica invasiva e aminas simpaticomiméticas).

De acordo com os estudos analisados por Chaica et al. (2020), verificou-se que a ECMO é considerada uma técnica cada vez mais presente nos cuidados à pessoa em situação crítica, com necessidade de suporte cardiopulmonar mecânico, em situações de insuficiência respiratória grave, insuficiência cardíaca ou em ambas. É da responsabilidade do enfermeiro monitorizar, vigiar e gerir todos os cuidados prestados à pessoa em situação crítica submetida a ECMO, de forma a antecipar complicações. Estes autores, defendem mesmo que «...A equipa de enfermagem é quem se encontra na posição privilegiada, de vigiar, intervir e antecipar complicações quer relacionadas com a técnica, quer sejam relacionadas com a adaptação da pessoa.» (Chaica et al. (2020), p.531)

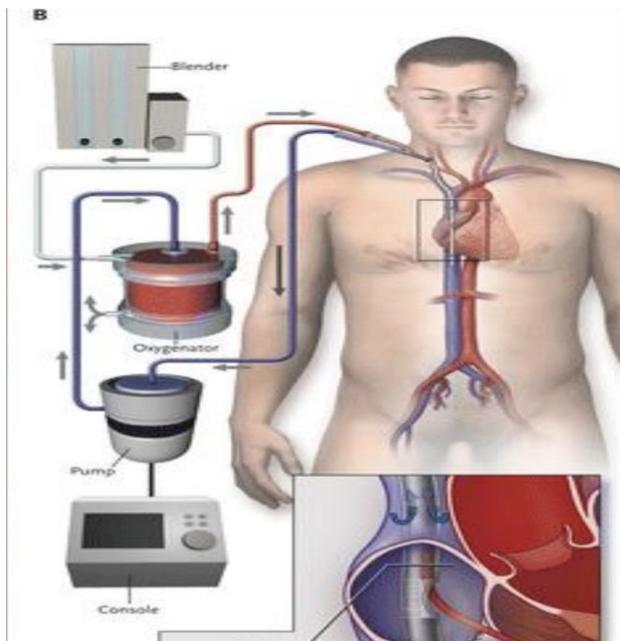


Figura 1.1: ECMO – Esquema/ desenho (Oxigenação por Membrana Extracorporeal)

Fonte: Adaptado de “Sessão letiva da UC de Enfermagem MC II”, pela Enfermeira Graciete Faustino (2020)

Assumem-se Benefícios da ECMO: o Suporte respiratório em falência respiratória grave; Redução da lesão pulmonar associada à ventilação mecânica; em Suporte circulatório em choque cardiogénico grave; Redução das complicações associadas ao suporte aminérgico (e.g. arritmias). Considera-se determinante, (Chaica et al., 2020) a ação do enfermeiro, à pessoa em situação crítica, submetida a ECMO, sendo este profissional essencial ao processo.

Além dos benefícios apontados, consideram-se os Riscos, como: independentemente das complicações associadas aos tratamentos em Cuidados Intensivos (e.g. pneumonia associada à intubação, fraqueza muscular adquirida em UCI, Delírium); podem ocorrer também consequências relativas à canulação (e.g. tamponamento cardíaco, perfuração vascular); as relacionadas com anti coagulação sistémica (e.g. hemorragia, trombocitopenia induzida pela heparina); e as relacionadas com o circuito extracorporeal (e.g. embolia gasosa, hemólise extracorporeal). <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/762>.

Como pode ser facilmente entendível, também esta forma de tratamento, promove e intensifica o isolamento, dificulta a comunicação e a interação durante tempo prolongado, e acentua sentimentos como o medo e a angústia. Considerando todo o contexto, e considerando o ser humano, como um ser social, qual a importância atribuída ao isolamento? Como foi sentido?

1.6 SENTIMENTOS E EMOÇÕES EXPRESSAS PELOS ENFERMEIROS EM CONTEXTOS COVID

A literatura que aborda sentimentos e emoções dos enfermeiros durante as suas vivências da infecciosidade por SARS COV-2 é escassa. No entanto, Jin et al. (2020) referem, no seu estudo, que dos 103 profissionais de saúde inquiridos, 55 eram enfermeiros, e concluíram, que 88,3% dos profissionais de saúde respondentes viveram stress psicológico ou

alterações emocionais durante o período de isolamento, enquanto que, a minoria, 11,7% dos estudados, não apresentaram alterações emocionais. Nos 88,3% da amostra em estudo, e atrás referidos, o stress psicológico ou as alterações emocionais foram causados por: (a) contextos relacionados com a doença em 81,3% dos elementos da amostra, (b) por preocupação com a saúde da sua família, em 57,1% dos profissionais da amostra, (c) os sentimentos stressantes foram emergindo por notícias negativas na internet em 39,6% dos profissionais, (d) por mudanças no ambiente em 36,3% dos respondentes, (e) por ser discriminado pelos outros, em 28,6% dos profissionais e (f) apenas 1,1% dos elementos da amostra estavam preocupados com a situação económica. Os profissionais de saúde usaram medidas adaptativas eficazes para controlar as suas emoções ou o stress, tais como: a autorregulação em 83,5% dos elementos da amostra, a comunicação com outros no WeChat em 75,8% dos profissionais, videochamada com familiares ou colegas em 72,5% dos respondentes, revisão de literatura em 26,4% dos elementos da amostra, evitar informação em 22% dos profissionais e a procura de apoio psicológico em 12,1% dos respondentes. Sendo que 75,8% das equipas expressaram ativamente o seu stress psicológico, por oposição a uma minoria, de 24,2%, que não o fizeram.

No estudo de Khademi et al., (2021), em 602 doentes iranianos, - recuperados da COVID-19 com e sem história de hospitalização durante a pandemia -, revelou-se que 5,8% dos doentes apresentavam sintomas de ansiedade clinicamente relevantes, 5,0% apresentavam sintomas de depressão e 3,8% dos doentes foram considerados como tendo transtorno de stress pós-traumático (TSPT).

Num estudo de 675 participantes, em que 90 (13,3%) dos quais, eram profissionais de saúde - médicos e enfermeiros infetados - foi verificada a taxa de prevalência de transtornos mentais em doentes com COVID-19 recuperados, e que tiveram alta hospitalar bem como de fatores sociais relacionados. A equipa de investigadores, verificou níveis leves de depressão em 315 participantes (46,7%) e ansiedade em 218 dos elementos da amostra (32,3%). Além destes sintomas, 84 participantes (12,4%) referiram sintomas clinicamente significativos de transtorno de stress pós-traumático (TSPT) devido à COVID e / ou níveis moderados a graves de ansiedade, em 70 elementos da amostra (10,4%), e depressão em 128 dos participantes (19%). Foram também analisados fatores de risco que pudessem estar associados ao agravamento do impacto emocional da COVID-19.

O estudo identificou quatro fatores de risco para o agravamento de sintomas de TSPT devido à COVID-19: (1) a maior gravidade da doença, (2) o facto de morar com os filhos, (3) a morte de familiares por COVID e ter sido (4) alvo do estigma social e discriminação. Todos

os fatores referidos anteriormente, em conjunto com a quantidade de sintomas devido à COVID que prevalecem após a alta, são fatores que contribuíram para o aumento da ansiedade. A depressão tende a ser mais grave, quando concomitantemente, há os seguintes fatores de risco: maior nível de escolaridade, morar com os filhos, ser fumador, maior nível de gravidade da doença, e ainda, a quantidade de sintomas que prevalecem após a alta e, - eis um novo estigma - ter sido alvo de discriminação (Liu et al., 2020).

Doentes com SARS COV 2 confirmado ou suspeito podem sentir medo das consequências da infecção por um novo vírus potencialmente fatal, e aqueles em quarentena podem sentir tédio, solidão e raiva. Além disso, os sintomas da infecção, como febre, hipoxia e tosse, bem como os efeitos adversos do tratamento, como a insônia causada por corticosteroides, podem levar ao agravamento da ansiedade e do sofrimento psicológico (Xiang et al., 2020).

Existe ainda literatura que aborda sentimentos e emoções dos profissionais de saúde relativamente ao contexto COVID, mas jamais da sua vivência da infecciosidade. Tal como refere Borges et al. (2021) no seu estudo, - em 15 enfermeiros, acerca das experiências por eles vividas -, sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19, destacam-se os estados emocionais negativos associados a ansiedade, angústia, medo, stress, preocupação e insegurança.

No sentido de compreender os riscos para a saúde mental dos profissionais de saúde o estudo de revisão de literatura de El-Hage et al. (2020), concluiu, que os profissionais de saúde, apresentam um risco aumentado de níveis elevados de stress, ansiedade, depressão, burnout, dependência e transtorno de stress pós-traumático, o que pode ter implicações psicológicas a longo prazo.

O estudo de Raza et al. (2020), realizado com 12 profissionais de saúde, - 5 enfermeiros e 7 médicos -, no sentido de explorar e compreender os fatores que impedem os profissionais de saúde de tratarem eficazmente os doentes com COVID-19, verificou dois tipos de restrições: as institucionais e as pessoais. Relativamente às restrições pessoais constatou a existência de nervosismo devido ao novo vírus, um medo constante de se infetar, medo de levar o vírus para a família, isolamento e solidão extremos e sentimento de impotência.

No sentido de compreender reações e sentimentos de profissionais da linha da frente, no atendimento a doentes internados com suspeita de COVID-19, o estudo de Paula et al. (2021), realizado a uma amostra de 19 profissionais de saúde, em que 24% eram enfermeiros, 43% eram técnicos de enfermagem, 22% eram médicos e 11% eram fisioterapeutas, refere

sentimentos como: motivação, vontade de contribuir, sentimentos de medo, ansiedade, obrigação, preocupação com a morte, tristeza, discriminação, isolamento, prejuízo, incerteza e dúvidas relativamente ao futuro.

O INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2020), refere, com base em relatórios, o sofrimento psicológico de enfermeiros na resposta à COVID-19, tais como, Burnout, ansiedade, depressão e medo do estigma e discriminação, sendo estes os problemas mais comuns de saúde mental referidos por enfermeiros que estão na linha da frente.

Ainda segundo este conselho, em Portugal, foi criado um serviço gratuito, a Linha de Apoio à Saúde Mental pela OE, para dar apoio a estes enfermeiros da linha da frente. Esta linha está disponível durante a pandemia COVID-19 e funciona em dias de semana entre 9h00 e 18h00 com enfermeiros especialistas em doenças mentais e psiquiátricas.

1.7 EXPRESSÃO DOS INFETADOS NO MUNDO, EUROPA E PORTUGAL

Independente dos dados epidemiológico, sempre em atualização e necessariamente pertinentes, importa saber os percursos específicos deste vírus, seus contornos de mobilidades e antecessores nesses percursos. Assim, vale a pena reconhecer que existem 7 estirpes conhecidas de coronavírus humanos:

H1N1 (IAV) que provocou a primeira e mais grave pandemia da história recente, conhecida como "influenza espanhola", em 1918;

H2N2 (IAV) que provocou a segunda pandemia conhecida como "influenza asiática", em 1957;

H3N2 (IAV) que causou a terceira pandemia conhecida como "gripe de Hong Kong", em 1968;

O vírus influenza A (H1N1) pdm09, também conhecido como o "novo vírus influenza A" que deu origem à quarta pandemia tendo ocorrido de 2009 a 2010.

Dos sete coronavírus, foram descobertos três que causam pneumonia grave, como:

- a Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS-COV - que surgiu em novembro de 2002 no sul da China tendo-se espalhado por 29 países e causado cerca de 8.000 infeções e 774 mortes até julho de 2003.

- A Síndrome Respiratória do Médio Oriente - MERS-CoV - que surgiu em setembro de 2012 na Arábia Saudita, e tendo-se espalhado por 27 países e causado 2.519 infeções e 866 mortes até janeiro de 2020.

Em dezembro de 2019 surgiu na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, uma nova doença respiratória infecciosa - COVID-19 - causada por um novo coronavírus o SARS-CoV-2, tendo-se dado desde então a propagação global do vírus (Abdelrahman et al., 2020).

O Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde declarou, a 30 de janeiro de 2020, a doença por novo coronavírus, como uma Emergência global de Saúde Pública de interesse internacional. Em 11 de março de 2020 foi reconhecida pela mesma Organização como uma pandemia global, após o aumento exponencial do número de casos em todo o mundo (WHO, 2020c). Em 13 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a Europa como epicentro da nova pandemia de coronavírus de 2019, com mais casos e mortes relatados do que o resto do mundo em conjunto. O primeiro caso oficial de COVID-19 na Europa foi relatado na França em 24 de janeiro de 2020, seguido pela Alemanha e Finlândia apenas três e cinco dias depois. Em apenas seis semanas, todos os 27 países da União Europeia foram afetados (Linka et al., 2020).

A pandemia de COVID -19 foi diagnosticada pela primeira vez em Portugal a 2 de março de 2020, quando dois homens, um vindo de Itália e outro de Espanha testaram positivo à COVID-19 (George & Guiomar, 2020).

A 16 de março foi decretado pelo primeiro-ministro António Costa o fecho de todos os estabelecimentos de ensino públicos e privados. Houve também a suspensão dos jogos de futebol por tempo indeterminado. É declarado o estado de emergência em todo o país a 18 de março de 2020 (George & Guiomar, 2020). Pela primeira vez na história a 17 de março de 2020, a União Europeia fechou todas as suas fronteiras externas na tentativa de conter a disseminação do coronavírus 2019, COVID-19. Ao longo dos dois meses seguintes, governos em todo o mundo implementaram enormes restrições a viagens e controle de fronteiras para mitigar o surto desta pandemia global (Linka et al., 2020a).

Devido à inexistência de vacina ou tratamento antiviral específico para a COVID-19, os países foram forçados a aplicar medidas restritivas de forma a quebrar as cadeias de transmissão, levando a uma paralisação completa das atividades socioeconómicas. Colocaram as pessoas em confinamento, os países foram forçados a restringir viagens e foram aplicadas normas de distanciamento social. Estas estratégias foram tentativas desesperadas feitas pelos países para nivelar a inclinação da curva e ganhar tempo para preparar os serviços de saúde para responder à pandemia. Mesmo assim, a pandemia levou a graves repercussões socioeconómicas a nível global (Das et al., 2020).

A 21 de novembro de 2020 foi declarado novo estado de emergência efetuado pelo Presidente da República com a duração de 15 dias, a partir do dia 24 de novembro («Pandemia de COVID-19 em Portugal», 2021). A vacinação iniciou-se em Portugal a 27 de dezembro de 2020. A Direção-Geral da Saúde construiu um portal para informar a população sobre as várias fases da vacinação («Pandemia de COVID-19 em Portugal», 2021). A estirpe de origem britânica, de mais fácil contágio e com grande velocidade de transmissão, coloca Portugal como um dos dois países com maior fração de novos casos por milhão de habitantes. O governo decreta a suspensão de todas as atividades letivas durante 15 dias, a partir de 22 de janeiro («Pandemia de COVID-19 em Portugal», 2021).

A contaminação dos profissionais de saúde em todo o mundo foi sendo uma realidade. Em Portugal, a agência Lusa baseada nos dados fornecidos pela DGS a 01 de março de 2021 comunicou que desde o início da pandemia até 26 de fevereiro de 2021 foram infetados cerca de 27.973 profissionais de saúde, em que a maioria foram assistentes operacionais, cerca de 8.732, seguidos dos enfermeiros, com 7.357, bem como 3.454 médicos, 1.743 assistentes técnicos, 1.251 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 612 farmacêuticos, 552 técnicos superiores de saúde e 250 técnicos superiores. Houve ainda 4.022 profissionais, com categorias não especificadas nos dados. Do total dos profissionais de saúde infetados, 19 morreram, 9 dos quais no mês de fevereiro e 6 no mês de janeiro de 2021. No entanto não foi possível saber se estas mortes ocorreram em contexto laboral ou noutra situação (LUSA, 2021).

2 INFEÇÃO POR SARS COV-2

No que respeita a este fenómeno fisiopatológico, e considerando a sua infecciosidade, importa reconhecer quais as perturbações mais saturantes para a dinâmica metabólica em geral e para o sistema imunológico em particular.

2.1 COMORBILIDADES EM SARS COV-2

A gravidade da infeção por SARS COV 2 é mais elevada em pessoas com idade superior a 60 anos, em portadoras de doença ou condição crónica: DPOC, asma, insuficiência cardíaca, diabetes, cirrose hepática, doença renal crónica em hemodiálise, drepanocitose e obesidade, em grávidas, em doentes com neoplasia maligna ativa, particularmente sob quimioterapia, radioterapia ou imunoterapia/biológicos e em pessoas imunodeprimidas (DGS, 2021).

O estudo de Khan et al. (2020) desenvolvido numa amostra de 121 doentes que testaram positivo para SARS-COV-2, em que 12 (9,9%) eram profissionais de saúde (8 médicos; 3 enfermeiras; e 1 paramédico), concluiu que de entre os elementos da amostra, 48 (39,6%) apresentavam uma das comorbilidades, e destes, a mais evidente, em 15 pessoas (12,3%), foi a hipertensão, seguida da Diabetes Mellitus, em 13 participantes (10,7%), depois, seguem-se as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, em 9 pessoas (7,4%). Em menor expressão estão a asma verificada em 7 elementos da amostra (5,7%), seguida da infeção por HBV, HCV ou HIV verificada em 3 pessoas (2,5%) e finalmente, os tumores malignos verificados em apenas 1 participante (0,8%). Neste estudo os profissionais de saúde analisados que apresentavam idade superior a 50 anos tiveram uma taxa de positividade para SARS COV 2 mais alta.

Relativamente ao estudo de Malik et al. (2020), realizado numa amostra de 139 profissionais de saúde, que testaram positivo para SARS COV-2 de um hospital, dos quais 56 eram enfermeiros, estudou as comorbilidades comuns entre todos os profissionais de saúde que apresentaram infeção e foram identificadas: a hipertensão foi verificada em 21 elementos da amostra (15,1%), a dislipidemia em 12 profissionais de saúde (8,4%), a diabetes mellitus em 10 participantes (7,2%), a doença pulmonar obstrutiva crônica ou asma brônquica também foi verificada em 10 respondentes (7,2%) e a doença cardiovascular em 6 elementos da amostra (4,3%). Neste estudo verificou-se também que cerca de 6,5% dos profissionais de saúde eram fumadores e 8,5% estavam grávidas.

No estudo de Lai et al. (2020), cuja amostra corresponde a um total de 110 profissionais de saúde dos quais 62 eram enfermeiros, também desenvolvido neste tipo de amostras, as

comorbilidades mais comuns entre os profissionais foram: a hipertensão em 12 elementos da amostra (10,9%), seguida da doença cardiovascular em 3 participantes (2,7%), da doença pulmonar obstrutiva crônica em 2 dos profissionais (1,8%) e da doença hepática crônica também verificadas em 2 profissionais respondentes (1,8%). Em menor expressão, a doença renal crônica, a diabetes e a tuberculose estiveram presentes em 1 elemento da amostra (0,9%) respetivamente.

2.2 NORMAS, ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES EMANADAS PELA DGS

Com o aparecimento dos primeiros casos de infeção em Portugal pelo novo coronavírus, a DGS adotou algumas medidas necessárias, tais como a elaboração de um conjunto de normas, orientações e informações com vista a serem adotadas por todas as instituições de saúde. Em todos os procedimentos e contextos, se constatou que os profissionais de Saúde são essenciais na resposta a esta pandemia, e como tal, estão expostos ao vírus, pois poderão ser facilmente infetados por doentes ao mesmo tempo que lhes prestam cuidados de saúde. Por forma a proteger a segurança e a Saúde ocupacional dos profissionais de Saúde, bem como a esclarece-los sobre os seus direitos e responsabilidades (WHO, 2020a) foram criadas pela DGS um conjunto de medidas específicas a serem adotadas.

Foi publicada a **Orientação nº 03/2020 de 30/01/2020** – apresenta um conjunto de recomendações para a Prevenção e Controlo de Infeção por novo Coronavírus (2019-nCoV) (DGS, 2020a), no sentido de serem implementadas medidas de precauções básicas em controlo de infeção (PBCI) e medidas baseadas nas vias de transmissão ao nível das instituições de saúde.

A **Orientação nº 13/2020 de 21/03/2020** – diz respeito às necessárias e emergentes Orientações para Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (CoVID-19) (DGS, 2020b), e surgiu no sentido de estabelecer quais os procedimentos a adotar pelos profissionais de saúde por apresentarem um maior risco de exposição profissional ao coronavírus SARS-CoV-2.

A **Norma nº 004/2020 de 23/03/2020 atualizada a 19/04/2021** – conjunto de recomendações a serem colocadas em prática, na Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19 (DGS, 2021) - é dirigida a todo o sistema de saúde e diz respeito à abordagem dos doentes com Suspeita de infeção por SARS-COV-2, à vigilância clínica e isolamento no domicílio, à avaliação clínica nas ADR-Comunidade e nas ADR-Serviço de Urgência, aos critérios para o internamento hospitalar, bem como aos critérios de fim das medidas de isolamento.

A **Norma nº 007/2020 de 29/03/2020** – medidas consideradas absolutamente essenciais para a Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): os Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Revoga a Orientação nº 003/2020 de 30/01/2020 (DGS, 2020c). Esta Norma tem como objetivo definir a adequada utilização, pelos profissionais de saúde, do equipamento de proteção individual (EPI), no que diz respeito à minimização da necessidade de EPI, ao uso adequado de EPI quer para os doentes, quer para os profissionais de saúde e à otimização de acesso a EPI.

A **Norma nº 014/2020 de 14/07/2020** - Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2: Blocos Operatórios e Procedimentos Cirúrgicos (DGS, 2020e) - diz respeito à abordagem do doente suspeito ou infetado por SARS-CoV-2 (COVID-19) com necessidade de procedimento cirúrgico ou invasivo no pré, intra e pós operatório. Esta norma também faz referência à otimização de estruturas e condições ambientais no bloco operatório (BO), tal como a pressão nas salas de cirurgia; às medidas de controlo de infeção relacionadas com a anestesia; à descontaminação dos equipamentos e materiais, à higienização das salas de operações, ao tratamento de roupas bem como à recolha de resíduos no bloco operatório.

A DGS também publicou a **Circular Informativa nº 14/2020** - COVID-19 – documento que vem explicitar e legitimar os Certificados de Incapacidade Temporária por Doença Profissional, e que emerge justamente durante e sobretudo após o tratamento, quando o infetado se reconhece algo diferente e em sofrimento ao nível de sistemas, nomeadamente o neurológico. Refere que os certificados de incapacidade temporária para o trabalho dos profissionais de saúde, relativos à infeção por SARS-CoV-2, adquirida no exercício das suas funções, devem ser emitidos com a classificação de Doença Profissional (DGS, 2020d).

3 COMPETÊNCIA ESPECÍFICA E AUTÓNOMA DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

Tendo em conta a bibliografia atual, a contaminação por SARS-COV-2 pode manifestar-se de forma assintomática, por sintomas ligeiros, moderados ou graves podendo mesmo levar à morte. O doente, cuja infeção evolui para sintomas moderados a graves, recorre aos serviços de saúde, pois a doença em alguns casos pode evoluir rapidamente para síndrome de dificuldade respiratória aguda (ARDS) e / ou disfunção multiorgânica (como choque séptico, lesão cardíaca e lesão renal aguda) (Khan et al., 2020).

Segundo as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, pessoa em situação crítica, “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362).

Tendo em conta a complexidade da evolução da doença e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, é ético e profissionalmente esperado que o enfermeiro especialista mobilize conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, pois o regulamento nº429/2018, no Artigo 3º, alínea a) refere que o enfermeiro “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p.19363)

A COVID 19 foi reconhecida pela OMS como uma pandemia global a 11 de março de 2020, e ao tempo, as ofertas e disponibilidades do SNS, conheceram tempos e contextos muito difíceis e conturbados. De forma impactante, algumas instituições e serviços, entraram em sobrelotação e em rotura, por falta de recursos técnicos, e sobretudo, por falta de recursos humanos. Nesses momentos, tornou-se claramente evidente que e tal como foi mencionado pela DGS, não basta ter ventiladores, é necessário ter profissionais para trabalhar com eles. E portanto, neste momento da pandemia, ficou claro que os enfermeiros especialistas, suas competências e experiências eram de uma enorme mais valia. Nunca como antes, esta pandemia se tornou uma situação de exceção e catástrofe, pelo que induziu a situações de emergência, onde, o enfermeiro especialista, teve que dar ação ao que a OE defende: o enfermeiro especialista, atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A OE

determina no mesmo regulamento – nomeadamente, no Artigo 3º, alínea b) que o enfermeiro especialista competente, é aquele que “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

O SARS COV 2 é um vírus altamente contagioso e apresenta diferentes vias de transmissão entre humanos, por gotículas respiratórias, contacto direto com secreções respiratórias infetadas, com fezes ou com superfícies contaminadas por estas e por via aérea aquando de procedimentos geradores de aerossóis (DGS, 2020c). O enfermeiro na prestação de cuidados ao doente com suspeita ou já confirmado com infeção por SARS COV 2 está sujeito a um risco elevado de infeção. Segundo a OE no Regulamento no 429/2018, Artigo 3º, alínea c) na prestação de cuidados, o EEEMC na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19364). Portanto, o EEEMC, possui os conhecimentos e as competências necessárias para prevenir infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) assim como a contaminação entre os profissionais de saúde (Ordem Enfermeiros, 2020).

A DGS com o desenrolar desta pandemia, elaborou orientações e normas, tais como “Prevenção e Controlo de Infeção por novo Coronavírus (2019-nCoV)” (DGS, 2020a) e “Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)” (DGS, 2020c), dirigidas aos profissionais de saúde, no sentido de estabelecerem quais as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) no seu local de trabalho.

O EEEMC é detentor das competências específicas de forma a poder elaborar planos de ação de controlo de infeção, adequados ao seu contexto de trabalho. Deverá ainda ter a responsabilidade para além de realizar, de supervisionar a implementação dos planos de controlo de infeção de acordo com as informações, orientações e normas da DGS (Ordem Enfermeiros, 2020). Portanto, a dizer que o EEEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, é o profissional mais bem preparado para prestar cuidados diferenciados aos doentes em estado crítico infetados por SARS COV 2.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO

1 METODOLOGIA

Tendo em conta a natureza da problemática em estudo e os objetivos da investigação, tentamos selecionar a metodologia que nos pareceu mais adequada.

1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

Esta investigação partiu das seguintes questões: “Como foi viver a contaminação por SARS COV 2 pelos enfermeiros?” Que tipo de Discursos na primeira pessoa poderiam ser encontrados?”

Tendo em conta estas questões foram formulados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Desocultar as realidades vividas por enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;

Objetivos Específicos:

- Reconhecer o contexto em que se desencadeia a contaminação dos enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;

- Reconhecer as eventuais causas e consequências do fenómeno da contaminação dos enfermeiros por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;

- Desocultar as vivências específicas do processo de confinamento do ponto de vista profissional, pessoal, biológico, psicológico, social, cultural, ético e espiritual dos enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;

- Desocultar as perspetivas pessoais para o futuro, do ponto de vista profissional, pessoal, biológico, psicológico, social, cultural, ético e espiritual, dos enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;

1.2 TIPO DE ESTUDO

O estudo é transversal e exploratório e, do ponto de vista metodológico, ao nível da tipologia de investigação, é de conceção qualitativa, analítica e mista, porque é utilizada a conceção da Fenomenologia e da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Considerando o contexto de perturbação pessoal e profissional em Portugal, que guiou a formulação dos

objetivos anteriormente definidos, e revista a sua pertinência – seja ao nível individual seja ao nível do tecido humano profissional da enfermagem – assumiu-se que o estudo deveria situar-se num paradigma qualitativo, concebido a partir da “perspetiva fenomenológica⁴ para ter a certeza que seria acedido ao fenómeno, através do sentido e significado, emergente das componentes discursivas dos sujeitos que viveram o fenómeno em estudo. Assim, este estudo remete à tipologia da investigação qualitativa, sustentada pelos conceitos do interacionismo simbólico de Mead e a etnometodologia de Garfinkel” (Coutinho, 2019 p.17), na qual, o investigador é assumidamente, um dos atores interpretativos do real, e como tal é também o construtor do conhecimento (Coutinho, 2019 p.17). Todavia é um estudo analítico misto, porque:

- para os dois Objetivos iniciais (1 e 2), o procedimento baseou-se na conceção fenomenológica, já que se encontram fundamentados em resultados emergentes da literatura científica, que serão usados como expressão comparativa, na Discussão dos resultados;

- para os Objetivos de desocultação (3 e 4), que se centram nas realidades percecionadas, e acerca das quais, não há resultados publicados neste contexto, foi assumida a análise, a partir da Teoria Fundamentada nos dados (TFD) pois “permite ao investigador desenvolver a sua perspetiva teórica acerca de um dado assunto ao mesmo tempo que a vai fundamentando na observação empírica dos dados que recolhe” (Coutinho, 2019 p. 346).

Assim, foi selecionada uma análise qualitativa, com a finalidade de poder desconstruir algumas ideias insuficientemente sustentadas e clarificar de forma pessoal e intransmissível o sentido e o significado de experienciar sinais e sintomas de uma infeção em contexto pandémico e isolamento, tal como explicita Coutinho (2019, p.xxx) quando defende que este tipo de análise serve para “investigar ideias, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da perspetiva dos atores intervenientes no processo”. Este estudo é de carater puramente exploratório, qualitativo misto porque a rede de categorias emergentes parte de dois pressupostos:

⁴ Considerou-se o paradigma qualitativo, - concebido a partir da “perspetiva fenomenológica, emergente em Edmund Husserl e Alfred Schutz, e também o interacionismo simbólico de Herbert Mead e a etnometodologia de Harold Garfinkel” (Coutinho, 2019 p.17). Este paradigma “inspira-se numa epistemologia subjetiva, que valoriza o papel do investigador/construtor do conhecimento. Considerou-se que para estudar este fenómeno, ainda em expressão evolutiva em Portugal, ao tempo em que decorre o estudo, precisava de ser adotado um quadro metodológico incompatível com as propostas do positivismo e das novas versões do pós-positivismo (Coutinho, 2019 p.17). Assim, a modalidade de investigação utilizada foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) pois “permite ao investigador desenvolver a sua perspetiva teórica acerca de um dado assunto ao mesmo tempo que a vai fundamentando na observação empírica dos dados que recolhe” (Coutinho, 2019 p. 346).

1) Categorias pré-definidas anteriormente à análise propriamente dita que emergiram de conhecimentos anteriores e experiência profissional que foram vertidos para um guião de entrevista, aonde estas noções foram questionadas. A análise está associada a um quadro teórico, aonde se verifica que os enfermeiros de outros estudos (Jin et al., Malik et al. e Lai et al., 2020) assumem ter vivenciado situações problemáticas durante o seu estado de contaminação;

2) Categorias emergentes dos discursos de perceção, em que não houve uma fundamentação prévia, e em cujos dados se assume que os respondentes, assumem o estatuto de experts no processo metodológico, da análise de investigação. São os resultados emergentes unicamente da metodologia desta colheita e análise de dados – específica para e deste estudo -⁵, e que estão isentos de qualquer referência a um quadro teórico preestabelecido (Ghiglione e Matalon, 1997, referido em Coutinho, 2019, p. 217). Tendo em conta que esta problemática em estudo, não só é recente, mas é também atual e em decurso, e que portanto, ainda existem poucos estudos científicos sobre a mesma, o modelo metodológico utilizado foi a teoria fundamentada nos dados pois “permite a construção de conhecimento em realidades pouco exploradas” (Koerich et al., 2018), e ainda segundo a mesma autora possibilita a produção de conhecimento de qualidade que possa subsidiar e modificar a prática profissional.

1.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Neste estudo foi selecionada uma amostra intencional, ou seja, que tivesse vivido o fenómeno em estudo, e portanto, dele fosse assumidamente representativa. Não é, portanto, representativa de uma população, como é pressuposto da metodologia quantitativa, do ponto de vista dos resultados. Apenas se situa numa população – da qual ainda não há publicação com resultados numéricos assumidos - e só pretende ser representativa do fenómeno em estudo. Nesta investigação a amostra respondente ficou constituída por 33 enfermeiros do norte, centro e sul de Portugal, que viveram diferentemente a infeção por SARS COV-2 durante o primeiro e segundo confinamentos da pandemia de 2020, e que representa uma população de todos os enfermeiros infetados em tempo de COVID 19 nesse mesmo período. Foram excluídos todos os enfermeiros que estiveram infetados por SARS COV-2 depois de dezembro de 2020 e aqueles que de alguma forma se negaram a responder à entrevista.

⁵ Conforme explicação em orientação recebida no dia 8 de abril, 2021, pela professora orientadora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, na orientação Científica relativa a metodologia qualitativa e suas especificidades e diferenças.

A amostra é não probabilística do tipo “bola de neve”, para o desenvolvimento da qual foi identificado um elemento da população alvo (enfermeiro infetado por SARS COV-2 durante o primeiro e segundo confinamento do ano 2020) e que ao qual lhe foi solicitado, que identificasse outros enfermeiros que tivessem sido infetados e que portanto, se pudessem inserir metodologicamente nessa mesma população (Coutinho, 2019; Ribeiro, 2010b).

Do ponto de vista metodológico, e em termos de clarificação dos termos, assume-se que o tamanho ideal da amostra neste estudo, tem, antes de mais, que estar diretamente relacionado com o tipo de problemática a investigar, como defendem Mertens (1998) e Charles (1998) referido por Coutinho (2019, p. 99), defendendo todavia, que há um conjunto de critérios que podem ajudar o investigador a determinar a dimensão ideal. E tendo em conta esses critérios o tamanho da amostra recomendado para os estudos fenomenológicos será de 6 entrevistas, e para uma Teoria Fundamentada nos Dados é de 30-50 entrevistas (Coutinho, 2019). Para constituir a amostra em estudo, foram contactados 38 enfermeiros, através de redes de contacto primária, secundária e terciária, sendo que o ponto de partida se situou numa unidade de internamento de uma instituição do norte de Portugal. Foram excluídos 5 documentos de entrevistas: um, cujo enfermeiro se negou a responder. Das 37 entrevistas recebidas, 4 estão em duplicado pelo que foram inutilizadas (que correspondem à identificação E12, E15, E19, E27), constituindo assim a amostra correspondente, com um total de 33 enfermeiros infetados por SARS COV-2 durante o primeiro e segundo confinamento do ano 2020.

Um profissional de enfermagem negou-se a responder alegando que ao responder à entrevista iria reviver todo o processo ao qual foi sujeito devido à infeção, processo esse muito complicado que lhe traria memórias desagradáveis e que possivelmente lhe iria provocar uma situação de ansiedade. Dos 33 enfermeiros respondentes, 30 foram muito reducionistas nas suas respostas, optando na grande maioria por respostas incompletas com pouco conteúdo para análise.

A amostra em estudo é constituída por 33 enfermeiros que estiveram infetados por SARS COV-2 durante o primeiro e segundo confinamentos da pandemia 2020 em Portugal.

Como pode ser observado através da Tabela 1, os enfermeiros que representam a amostra são maioritariamente do sexo feminino (23=69,7%) sendo os restantes (10=30,3%) do sexo masculino. Relativamente à idade a amostra distribui-se maioritariamente (63,6%), entre os escalões etários de 21 a 30 anos de idade (11=33,3%) e de 41 a 50 anos de idade (10=30,3%).

Tabela 1

Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: escalão etário e sexo

Escalão Etário/Sexo	Feminino	Masculino	Total
21-30	9 – 27,3%	2 – 6,1%	11 – 33,3%
31-40	8 – 24,2%	1 – 3%	9 – 27,3%
41-50	5 – 15,2%	5 – 15,2%	10 – 30,3%
51-60	1 – 3%	2 – 6,1%	3 – 9,1%
>60	0 – 0%	0 – 0%	0 – 0%
Total	23 – 69,7%	10 – 30,3%	33 – 100%

1.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada (Coutinho, 2019 p. 141), visto que esta reúne as características que melhor se enquadram neste tipo de estudo, e porque, partindo do pressuposto da perspetiva fenomenológica, faz todo o sentido, que além das questões colocadas pelo investigador, possam surgir novas questões – no sentido de atuais e ou inéditas – a partir das respostas apresentadas, às questões iniciais.

Assim, foi elaborado inicialmente, e partindo da componente de construto, um guião primário, de entrevista, que cumpre em absoluto, as variáveis mencionadas nos objetivos já definidos, trabalho que foi objeto de reflexão analise, em orientação científica, para o momento operativo de aplicação do IRD. O guião de entrevista, foi construído em formato online, através do Google Forms, cujas variáveis são questionadas através de questões abertas e fechadas (Coutinho, 2019, p. 141). Devido ao distanciamento físico e minimização da interação face a face (Coutinho, 2019, p. 141), este foi aplicado posteriormente, tendo sido enviado para os elementos da amostra por via on-line e email. Os enfermeiros que constituíram a amostra, foram assim, convidados a participar da pesquisa online ou email, através de um contacto inicial de carácter pessoal, sendo que foi respeitado o pressuposto de evitamento de contacto físico, seja porque estavam ou tinham estado em confinamento, seja porque na sua condição posterior, foi sempre colocada a questão de tempo escasso. Assim, a partir deste ponto de inicio,

e tal como refere Coutinho, 2019, p. 142) as entrevistas também podem ser implementadas pela Internet, pelo que se seguiram contactos telefónicos e interações através das redes sociais. Foram obtidas 37 respostas, registadas em base de dados EXEL, emergente do Google Forms. Das 37 iniciais recebidas, 4 estavam repetidas, pelo que foram rejeitadas. Assim, este estudo parte das respostas emergentes de 33 entrevistas.

Formulação de um Guião de Entrevista

O guião da entrevista foi elaborado a partir dos resultados havidos em construto – de ao tempo - pela investigadora, de acordo com os objetivos formulados, e validado com alterações pontuais pela professora orientadora. Antes de terem sido iniciadas as entrevistas, junto da amostra, foi desenvolvido um trabalho de pré teste de significação e compreensão, junto de dois enfermeiros que tendo já experienciado o contexto de ter estado infetados por SARS COV-2, serviram aqui para identificar o nível de compreensão e ajustamento das questões. O IRD apresenta no início e sumariamente os objetivos, seguido do compromisso de confidencialidade na utilização das respostas obtidas. Na primeira secção são recolhidas as variáveis de caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, local de residência, local de trabalho, carga de trabalho, pessoas que coabitam, área da casa, nº de divisões da casa, peso e altura) e clínica (antecedentes patológicos e medicação domiciliária) e na segunda secção são colocadas questões fechadas e ou abertas direcionadas ao que se pretende dar resposta, nos objetivos traçados. (Anexo II). As entrevistas depois de rececionadas foram transcritas na íntegra para um documento Word, tendo sido assinaladas as páginas e as linhas para poderem ser imediatamente localizadas as unidades discursivas, seleccionadas e utilizadas para posterior análise de conteúdo.

1.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A informação descritiva resultante das entrevistas, foi organizada e reduzida de forma a possibilitar a descrição e interpretação do fenómeno em estudo, através da metodologia de codificação (Bravo, 1998, e Wiersma, 1995, referido em Coutinho, 2019, p. 216). A codificação ocorre maioritariamente numa fase posterior à recolha dos dados, e após leituras sucessivas e de análise de textos (palavras, associações de palavras e frases) as categorias emergem progressivamente, dos dados (Wiersma, 1995, referido em Coutinho, 2019, p. 216), a partir do significado e sentido que o investigador atribui aos conteúdos submetidos a análise.

Assim, esta metodologia de análise de conteúdo, teve os seguintes procedimentos: foram sendo elaboradas anotações detalhadas, foi sendo feita alguma reflexão e indução analítica para cada uma das unidades discursivas e alguma comparação sistemática (Bogdan e

Bilken, 1994; Miles e Huberman, 1994, referido em Coutinho, 2019, p. 216). Foram assim formados os sistemas de codificação, donde emergiram as categorias, a partir de características básicas de linguagens. Foi captada a informação relevante dos dados a serem codificados, e foi recolhida a informação útil para descrever e compreender o fenómeno em estudo – Viver a contaminação por SARS COV 2 em Enfermeiros durante a pandemia 2020 em Portugal. A análise de conteúdo, apresenta 3 dimensões básicas envolvidas: a teorização que corresponde à categorização (neste estudo com 4 gerações de categorias), seleção que corresponde à codificação e análise que corresponde à redução de dados (Bravo e Eisman, 1998, referido em Coutinho, 2019, p. 217) para só aproveitar os elementos discursivos mais significativos no sentido de configurarem o que os respondentes expressam para significar e desocultar uma determinada componente do assunto em estudo..

Após a recessão de todas as entrevistas, foi efetuada a transcrição das mesmas o que potenciou o primeiro momento de análise (pré-análise) com os discursos. Pois as entrevistas “deverão ser previamente transcritas e a sua junção constituirá o corpus da pesquisa” (Coutinho, 2019, p. 218).

A fase de pré-análise segundo Coutinho (2019) deve obedecer a 5 regras: exaustividade (em que nada foi excluído do conteúdo das entrevistas, contudo a amostra foi muito redutiva nas respostas), representatividade (a amostra foi representativa da população em estudo), homogeneidade (em que foi aplicado o mesmo guião de entrevista aos diferentes elementos que constituem a amostra), exclusividade (em que cada elemento foi classificado em apenas uma categoria) e pertinência (em que as entrevistas transcritas se adaptam ao conteúdo e objetivo da pesquisa).

Nesta fase foi feita a primeira leitura dos documentos, designada por “leitura flutuante” (Bardin, 2011; Esteves, 2006, citado por Coutinho, 2019 p. 218), em que surgiram as primeiras questões norteadoras (Coutinho, 2019) do que viria a tornar-se cada uma das categorias.

A fase relativa à exploração do material consiste na realização das decisões tomadas na pré-análise em que o investigador organiza os dados brutos e os transforma de acordo com um quadro teórico de referencia (Coutinho, 2019). Segundo Bardin (2011, referido em Coutinho, 2019) a codificação compreende 3 procedimentos: o recorte, a enumeração e a categorização. O recorte que consiste na escolha da unidade de análise (aqui encontrada em palavras e ou frases), em que esta representa uma secção de texto de natureza e dimensões variáveis, portadora de sentido, e com pertinência para o objeto de estudo (Coutinho, 2019). Esta autora faz referência à unidade de contexto como “o segmento de texto mais lato de onde é retirada a

unidade de registo” (p. 219). Neste estudo na maioria das vezes não foram colocadas as unidades de compreensão para codificar as unidades de registo, pois as respostas da maioria da amostra são reducionistas, respondem por unidades contextuais unitárias, facto que constituiu neste estudo alguma limitação.

A enumeração que consiste na contagem das unidades de registo, em que a maior ou menor relevância é determinada pela frequência de aparição (Coutinho, 2019). Desta enumeração verifica-se que a presença de elementos é significativa, a ausência que pode significar bloqueios ou vontade escondida. Algumas unidades de registo aparecem com uma frequência elevada o que confere importância à categoria, Não foi determinada nem submetida a análise, a intensidade e direção, ou a ordem de aparição e a concorrência, pelo que não se constata neste estudo. Na categorização, as categorias reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) tendo em conta características comuns (Coutinho, 2019). A categorização deve ser esquematizada e ordenada. As categorias obedeceram às seguintes qualidades: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade (Bardin, 2011; Esteves 2006, referido em Coutinho, 2019).

A análise crítica do discurso foi realizada com algum recurso à conceção metodológica de Fairclough (Fairclough & Melo, 2012; Onuma, 2020) que cada evento discursivo deve ser analisado sob três dimensões (modelo tridimensional do discurso) simultaneamente: o texto – a sua descrição, a prática discursiva – a sua interpretação e a prática social – a sua explicação. Assim, e partindo destes pressupostos, emergiu uma árvore categorial com quatro gerações, que de forma organizada, expressam as perspetivas e significados atribuídos pelos participantes ao fenómeno em estudo, do ponto de vista holístico.

1.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Toda a investigação com participantes humanos deve obedecer a um código ético (Ribeiro, 2010a) onde conste alguns princípios gerais e orientações práticas. Na investigação devem ser sempre salvaguardados os pressupostos consignados na Declaração de Helsínquia⁶ e Convenção de Oviedo.

Antes de enviar o guião da entrevista a cada um dos participantes no estudo, foi estabelecido contacto pessoal, via telefone, email ou redes sociais, onde foi feita a apresentação

⁶ <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>

pessoal, o pedido de participação no estudo bem como foi dada a explicação dos objetivos e das vantagens dos mesmos.

No Guião da Entrevista constam os objetivos gerais do estudo, o tempo estimado de preenchimento, o direito a recusar participar no estudo, e a interromper a participação em qualquer momento, o direito à confidencialidade, o acesso a toda a investigação, e quem deverá contactar no caso de desejar tirar quaisquer dúvidas, colocar questões, ou comentários acerca do estudo.

Foi assegurada a confidencialidade, no sentido em que toda a informação prestada pelos/as participantes, em contexto dos procedimentos metodológicos da investigação, foi tratada de forma confidencial, ou seja, não foi identificada. Na apresentação e análise dos dados, a informação dispensada pelos participantes, é nula do ponto de vista da identificação, e cada um dos documentos de Entrevista recebidos, tem como única sinalética identificatória, uma sigla, definida para este estudo como: E1, E2, ..., E37 respetivamente.

Todos os dados recolhidos no âmbito da investigação, foram armazenados e vão ser mantidos de forma segura e acessível, por um período de pelo menos cinco anos a partir do final do estudo.

2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo divide-se em duas partes. Na primeira parte, expõe-se a caracterização da amostra, e na segunda parte será apresentada a análise e discussão dos resultados que emergiram das componentes discursivas dos enfermeiros entrevistados.

2.1 CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra respondente, resultou num grupo de 33 enfermeiros, que viveram a infeção por SARS COV-2, durante o primeiro e segundo confinamentos⁷, em 2020, em Portugal. Como pode ser observado através da Tabela 2, a amostra é maioritariamente (23=69,7%) feminina, característica que respeita a distribuição da população profissional em Portugal. Quanto à habitabilidade, divide-se com algum equilíbrio entre os espaços urbano e rural, sendo que dos enfermeiros respondentes, há 17 (51,5%) vivem em zonas urbanas e os restantes 16, correspondendo a 48,5% da amostra, vivem em zonas rurais.

Tabela 2

Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: Local de residência e sexo

Local de residência/ Sexo	F	M	Total
Urbano	12 – 36,3%	5 – 15,2%	17 – 51,5%
Rural	11 – 33,3%	5 – 15,2%	16 – 48,5%
Total	23 – 66,6%	10 – 33,4%	33 - 100%

⁷ Uma palavra acerca desta amostra...

Quem eram e como estavam estes seres humanos?...

Num Portugal algo surpreso, entre o medo e a cautela, o Governo português, agindo em conformidade, reúne e toma decisões. Ao tempo, em 2020-03-20 às 21h48, no Comunicado do Conselho de Ministros de 19 de março de 2020, era dito: «*Relativamente à circulação na via pública, determina-se que os cidadãos a quem não esteja imposto o confinamento obrigatório ou o dever especial de proteção só o podem fazer para a prossecução de tarefas e funções essenciais, como por exemplo: (...)*

- desempenho de atividades profissionais que não possam ser realizadas em regime de teletrabalho;»

E foi assim, por necessário rompimento ao condicionamento do estado de emergência, decretado pelo governo português, como condição restritiva absoluta, que este grupo profissional, teve que continuar a fazer o que sempre tinha feito, como tinha feito, a partir dos seus conhecimentos técnico-científicos, num exercício de cuidar ..., mas agora sem precedentes, no meio do caos e da escassez, num cumprimento ético e de uma profissionalidade irrepreensível..., e foi então que de forma inusitada também, se viu com uma visibilidade social e mediática e se tornou no “grupo de primeira linha...”... a tal primeira linha, chamada assim, por ser a linha humana mais próxima do perigo, e mais distante de si mesmo(a) e dos seus... e foi então, que a população, no seu *common sense*, lhe quis dar honras “de algo” e lhes bateu palmas, e foi aí que todos ficámos a saber que a enfermagem continuava a estar e a ser algo não completamente, ou não ainda suficientemente visível. Na sua dignidade, na sua profissionalidade... e foi neste caldo, neste caos, neste esforço insano, que alguns enfermeiros, - tornando e tornando ao local do perigo -, se infetaram... e foi por eles e com eles que este estudo pôde ser desenvolvido... (Veiga-Branco, MAR, ORI, 18-05-2021)

Importa neste estudo, verificar que a grande maioria dos enfermeiros que viveu esta infecção, e por consequência, teve que viver em confinamento total, ausente dos seus, e como se verifica, na Tabela 3, na variável estado civil, a maioria é casado ou vive em união de facto (54,5%), seguido pelo estado civil de solteiro (39,4%) e por fim divorciado ou separada (6%). Os enfermeiros dos escalões etários de 21 a 30 anos de idade (11 – 33,0%) e os de 41 a 50 anos (10 – 30,3%), aglutinam-se em estado civil solteiro e casado, respetivamente.

Tabela 3

Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: escalão etário e estado civil

Escalão Etário/Estado civil	C/UF	S	D/S	Total
21-30		11 - 33,3%		11 – 33,0%
31-40	5 – 15,1%	2 – 6,1%	2 – 6,1%	9 – 27,3
41-50	10 – 30,3%			10 – 30,3%
51-59	3 - 9,09%			3 - 9,09%
60-65				
Total	18 – 54,5%	13 – 39,4%	2 - 6%	33 – 100%

Legenda: Casado/União de facto (C/UF), Solteiro(a) (S) e Divorciado/ Separado (D/S); (U)

Para efeitos de estudo da variável “Carga de Trabalho”, - e porque nas componentes discursivas, a “exaustão”, o “cansaço” e a “sobrecarga” foram mencionados – foi considerado, aqui neste estudo, definir termos para esta variável Assim, definiu-se:

carga normal de trabalho - 35h/semanais,

sobrecarga de trabalho - > ou = a 45 e <50 h/sem.

alta sobrecarga nível 1 - > ou = a 50 e < 60h/sem.

alta sobrecarga nível 2 - > ou = a 60 e <80h/sem.

alta sobrecarga nível 3 - > ou = a 80h/sem.

Verifica-se através da Tabela 4, que a maioria dos enfermeiros da amostra (21=63,6%) trabalham em Hospital, em tempo normal semanal, cumprindo as 35h semanais. Contudo há grupos de minorias que se distribuem de formas específicas e pouco assumidas como carga normal de trabalho. Assim, existem (2=6,1%) enfermeiros que trabalham em sobrecarga de trabalho, outros (2=6,1%) trabalham em alta sobrecarga nível 1, ainda (2=6,1%) que trabalham em alta sobrecarga nível 2 e por último (2=6,1%) que trabalham em alta sobrecarga nível 3. Partindo do pressuposto que num horário normal, as pessoas têm a possibilidade de serem infetadas, no nível de sobrecarga aumenta o nível dessa probabilidade. Em alta sobrecarga, aumenta a probabilidade de serem infetados, ao ponto de os enfermeiros que têm alta sobrecarga nível 2 e nível 3, de terem duas vezes mais probabilidade de serem infetados do que

os outros, pois permanecem nos locais de trabalho mais tempo. Relativamente ao trabalho por turnos, os enfermeiros maioritariamente trabalham por turnos (27=81,8%) e apenas (6=18,2%) elementos da amostra é que não trabalham por turnos.

Tabela 4

Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: carga de trabalho semanal, local de trabalho e trabalho por turnos

Carg. trab./ L. trab. (h/sem)	Hospital	Hospital e Clínica Privada	H/SNS/ ClhSARS	CS e Clín. Priv.	USF	UCCI	Total
35 h/s	17 – 51,5% *	1 – 3%			2 – 6,1% *	1 – 3%	21 – 63,6%
36h/s	2- 6,1% *						2 - 6,1%
37h/s					1 – 3% *		1 – 3%
40h/s	1 – 3%						1 – 3%
45h/s	1 – 3%						1 – 3%
46h/s				1 – 3%			1 – 3%
50h/s	2 – 6,1%						2 – 6,1%
60h/s		1 – 3%					1 – 3%
65h/s		1 – 3%					1 – 3%
80h/s	1 – 3%		1 – 3%				2 – 6,1%
Total	24 – 72,7%	3 – 9,1%	1 – 3%	1 – 3%	3 – 9,1%	1 – 3%	33–100%

*- Não trabalham por turnos

Legenda: Carg. Trab. (Carga de trabalho); L.Trab. (Local de Trabalho); H/SNS/ClhSARS (Hospital, SNS 24, Colheitas SARS-COV-2); Centro de Saúde Clínica privada (CS e Clín. Priv.); Unidade de Saúde Familiar (USF); UCCI (Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

A maioria da amostra (28=84,8%) dos enfermeiros respondentes (Tabela 5), vive com a família, uma minoria (3 – 9,1%), vive com outros: mesmo em quarto alugado, partilham a casa. No que à condição pandémica respeita, verifica-se que a maioria (57,5%), vive numa casa com pelo menos 3 pessoas, pelo que é difícil manter o isolamento pessoal, apesar de terem tido a necessidade de manter o isolamento dos outros elementos com quem partilham a casa.

Tabela 5

Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: nº de pessoas que coabitam na casa e com quem vivem

Nº pessoas coabitam/ Com quem vivem	Sozinho(a)	Família	Quarto alugado/ casa partilhada	Totais
0	1 – 3%			1 - 3%
1		4 – 12,1%		4 – 12,1%
2		6 – 18,2%	2 – 6,1%	14 – 24,3%
3		10 – 30,3%	1 – 3%	11 - 33,3%
4		8 – 24,2%		8 – 24,2%
		n/r		
Total	1 – 3%	28 - 84,9%	3 – 9,1%	32 - 100%

Legenda: Não respondeu (n/r)

Relativamente à Tabela 6, podemos concluir que a amostra maioritariamente (10=30,3%), vive com a família, mas apresentam habitação com 8 divisões, o que lhes confere espaço para poderem manter o distanciamento com os restantes elementos da família.

Tabela 6

Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: nº de divisões da casa e com quem vivem

Nº de divisões da casa/ Com quem vive	Sozinho(a)	Família	Quarto alugado/ casa partilhada
3		1 – 3%	
4		2 – 6,1%	
5		5 – 15,2%	
6		3 – 9,1%	2 – 6,1%
7		2 – 6,1%	
8		10 – 30,3%	1 – 3%
9		3 – 9,1%	
10	1 – 3%	2 – 6,1%	
11		1 – 3%	
Total	1 – 3%	29 – 87,9%	3 – 9,1%

Da totalidade da amostra apenas (9=27,3%) enfermeiros referem apresentar antecedentes patológicos e (11=33,3%) referem fazer medicação domiciliária donde, (3=9,1) dos quais, fazem apenas medicamento anticoncepcional.

Tabela 7

Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: antecedentes patológicos e medicação domiciliária

História Clínica	Antecedentes patológicos	Medicação Domiciliária
Sim	9 – 27,3%	11 – 33,3%
Não	24 – 72,7%	22 – 66,7%
Total	33 – 100%	33 – 100%

Podemos constatar através da Tabela 8 que existe uma distribuição uniforme das pessoas que apresentam antecedentes patológicos em relação ao grupo etário. De destacar que (5=15,2) dos enfermeiros apresentam hipertensão e que (2=6,1%) elementos da amostra apresentam depressão, sendo que (1=3%) enfermeiro refere não apresentar antecedentes patológicos, mas toma antidepressivos. Relativamente à variável peso, a destacar um elemento da amostra que apresenta excesso de peso:100Kgr, (E28), sendo relativamente jovem, com idade entre (51-60 anos), e assume ter diagnóstico de Diabetes e hipertensão e fazer politerapêutica.

Na amostra até aos 30 anos, (no escalão etário (21-30)) encontramos enfermeiros com patologia imunoalérgica, do tipo Atopia alérgica, Rinite alérgica, Sinusite, Psoríase, com cirurgias prévias efetuadas, tal como a Colecistectomia, e tomam medicamentos, como por exemplo os antihistaminícos do tipo Zyrtec, Balastina, Cetirizina e outros, como o Paracetamol, Ibuprofeno, Metamizol Magnésio, AAS, e também os Anticoncepcionais do tipo Menigeste. No escalão etário (31-40), os enfermeiros apresentam patologias como: Hipertensão arterial, Dislipidemia, Depressão, Hiperplasia nodular focal, hérnias cervicais, com cirurgias prévias, tais como: a amigdalectomia e exérese de nódulo mamário. Estes enfermeiros tomam medicação anti hipertensora, tal como: Amlodipina e aldactone, e antidepressivos tal como: a Fluoxetina e o triticum. Os elementos da amostra que apresentam idades compreendidas entre (41-50) apresentam como antecedentes patológicos, a Síndrome depressiva, HTA e patologias imunoalérgicas tais como: a rinite alérgica e a Sinusite crónica, e tomam medicamentos como antihipertensores do tipo Amlodipina, antidepressivos, como a Vortioxetina, os hipnóticos como o Zolpidem, os antihistaminicos como, Nasomet/ Avamys e Montelukaste e também os Anticoncepcionais. Os enfermeiros que se encontram dentro do escalão etário (51-60), apresentam antecedentes patológicos de Diabetes, HTA e Dislipidemia, e tomam medicamentos tais como: a Rosuvastatina e antihipertensores como o Preterax.

Tabela 8

Distribuição dos valores das variáveis da amostra em estudo: escalão etário, peso, antecedentes patológicos e medicação domiciliária

Id.	Es. Et.	Peso	Antecedentes Patológicos	Medicação Domiciliária
E8	21-30	60	Atopia alérgica	Zyrtec
E17	21-30	50	Colecistectomia, rinite alérgica, sinusite	Não
E18	21-30	59	Não	Anticoncepcional
E20	21-30	51	Psoríase	Paracetamol, Ibuprofeno, Balastina, Cetirizina, Metamizol Magnésio, AAS
E21	21-30	55	Não	Menigeste
E23	41-50	66	Síndrome depressivo, rinite alérgica	Anticoncepcional
E28	51-60	100	Diabetes, hipertensão	Sim
E33	31-40	56	Hipertensão arterial e Dislipidemia	Amlodipina
E34	51-60	62	HTA + Dislipidemia	Rosuvastatina + Preterax
E35	41-50	58	HTA e Sinusite crónica	Amlodipina 5 mg, Nasomet/ Avamys e Montelukaste 10mg
E36	41-50	80	Não	Vortioxetina 15mg, Zolpidem 10mg
E37	31-40	68	Depressão, Hiperplasia nodular focal, amigdalectomia, exérese nódulo mamário, hérnias cervical	Fluoxetina, aldactone, triticum

Legenda: Identificação (Id.); Escalão Etário (Esc. Et.); Antecedentes Patológicos (Ant. Pat.) e Medicação Domiciliária (Med. Dom.)

Como se verifica, há um grupo evidente de enfermeiros, que independentemente de idade e outras variáveis, apresentam patologias que podem ter efeito debilitante e desgastante, e tomar medicamentos – como por exemplo os anti-histamínicos – que de alguma forma também têm o efeito de minimizar a energia. No conjunto deste contexto não será difícil encontrar algumas queixas de cansaço mais ou menos persistente, exaustão e sobretudo a necessidade de repouso.

2.2 APRESENTAÇÃO DOS SEGMENTOS DA ÁRVORE CATEGORIAL – RESULTADOS

Para dar consecução ao objetivo geral - **Desocultar as realidades vividas por enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa**, é apresentado de forma esquemática (Figura 2), a distribuição categorial, tendo como ponto de partida as unidades discursivas das entrevistas efetuadas.

Assim, e após a análise de conteúdo às unidades discursivas emergentes das entrevistas efetuadas, aos trinta e três enfermeiros que constituem a amostra deste estudo, emergiram:

1. Quatro categorias de primeira geração, que emergem diretamente da variável dependente em estudo, ou seja, da experiência de “viver a infeção”: o Contexto (1.1), as Mudanças na vida provocadas pela contaminação e confinamento (1.2), o que aprenderam com a experiência (1.3), e finalmente, o que poderemos “Aprender com os experts” em que eles se tornaram (1.4);

2. Onze categorias de segunda geração, nomeadamente: as 4 sub-categorias geraram, por sua vez as suas categorias-filhas respetivas;

3. Trinta e oito categorias de terceira geração, emergentes das suas antecessoras;

4. Três categorias de quarta geração, emergentes das alterações provocadas pelas “Estratégias Adaptativas” ao nível Pessoal;

No sentido de melhor compreender o processo metodológico misto, importa esclarecer que este conjunto pode ser dividido em dois:

- as categorias agrupadas em 1.1 “*Contexto de infeção*” e 1.2 “*Mudanças na vida*” e outro grupo que agrega

- as categorias 1.3 “*Que conselhos aprendi*” e 1.4 “*Aprender com os experts*”.

As categorias 1.1 “*Contexto de infeção*” e 1.2 “*Mudanças na vida*” – foram desenvolvidas através do Estudo fenomenológico.

Esta componente do percurso metodológico foi permitindo compreender as percepções dos enfermeiros acerca dos seus experimentos, mas teve como base e contexto comparativo, as publicações da literatura, já apresentadas. Na verdade, as categorias emergentes nestes dois componentes, usam outros estudos como interação comparativa e interpretativa, sem se demitirem de perceber o homem no seu mundo. São, portanto, categorias que fundamentam as experiências vividas, tal como foram percebidas nas suas manifestações, subjetivamente “lidas” nas relações “sujeito-objeto-mundo”.

As categorias 1.3 “*Que conselhos aprendi*” e 1.4 “*Aprender com os experts*” – foram desenvolvidas a partir da análise, ou seja, da Teoria Fundamentada nos Dados.

Esta componente do percurso metodológico, emerge diretamente dos dados, e independe de outras publicações em construto. Esta abordagem aproxima-se da vertente construtivista da teoria fundamentada nos dados, e considera que a teoria, é uma construção recíproca entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (Santos et al., 2018).

Esta prática, centra-se quase inteiramente na realidade deste estudo, para aceder à possibilidade de gerar explicações a partir da compreensão das ações de indivíduos e/ou grupos, neste determinado contexto, perante o enfrentamento súbito, da situação pessoal, social e profissional desencadeada, e assim vivenciada, mas que ainda não foi previamente estudado ou é ainda escassa a produção científica sobre este tema em estudo.

Nesse sentido, a investigação tem como foco, os significados atribuídos pelos participantes ao fenómeno em investigação, os quais são contextuais, moldados pelas interações sociais e mudam ao longo do tempo

A Figura que se apresenta a seguir, identifica esquematicamente, os ramos da árvore, com os seus ramos emergentes, a partir do conjunto com as unidades discursivas constroem uma árvore categorial está inteiramente explicitada – do ponto de vista das expressões ou Unidades discursivas (UD), no Anexo III, pelo que cada uma das categorias de 1^a, 2^a ou mesmo de terceira geração, pode ser encontrada com o número de entrevistados, que contribuem com as suas expressões, para a fundamentar, e em cada uma das Entrevistas (E), está também assinalada a respetiva página (P) e Linha (L), onde podemos ler exatamente a componente discursiva que está a ser apresentada.

Na apresentação dos resultados de análise, para efeito de melhor compreensão, serão colocadas as figuras tanto quanto possível centradas na página. Este efeito, tornou por vezes necessária a alteração do parágrafo final dessa figura para o espaço após a mesma.

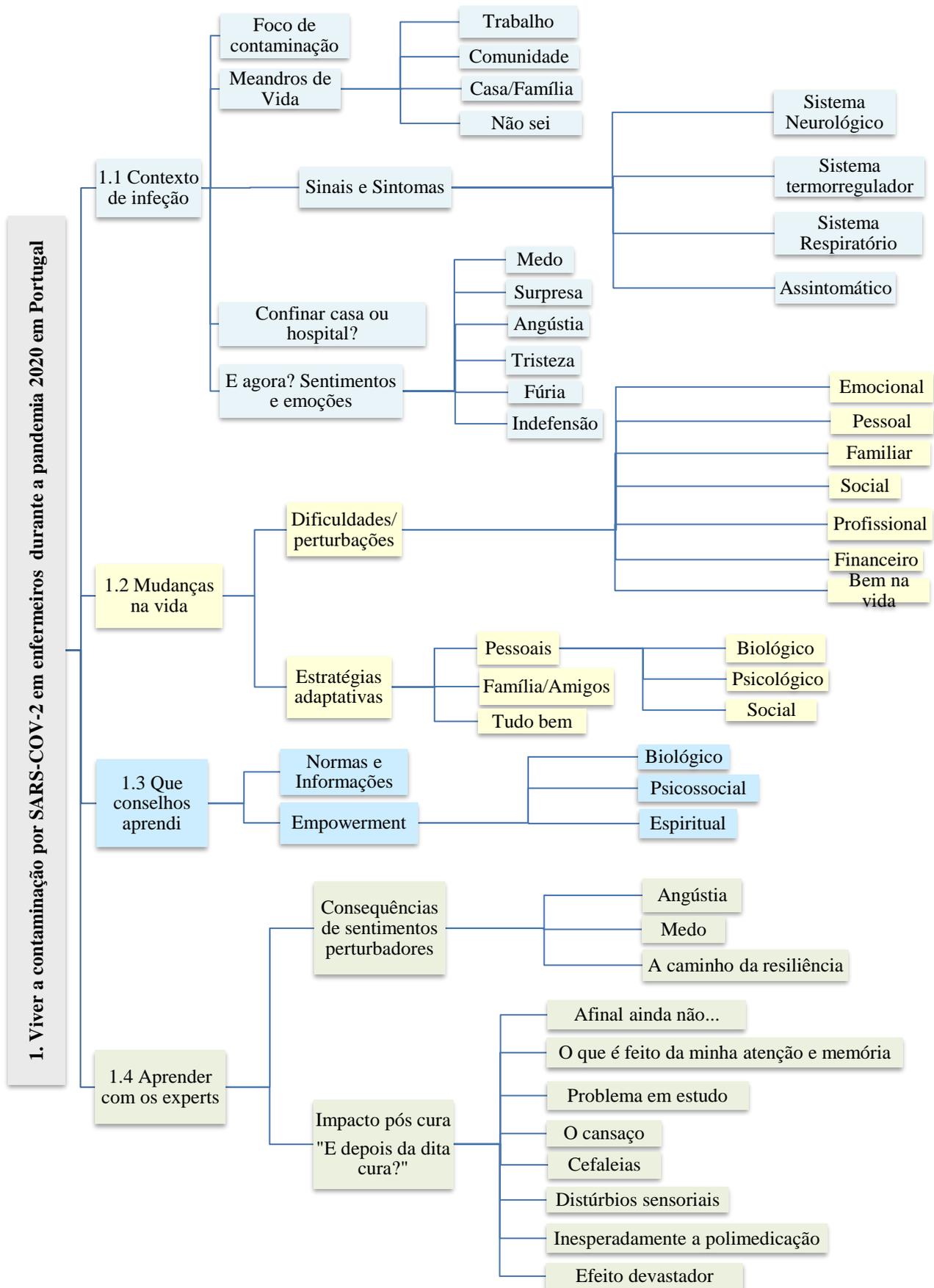


Figura 2: Apresentação hierárquica da árvore categorial relativa à Categoria Principal e categorias de primeira, segunda, terceira e quarta gerações

De seguida vão ser apresentadas de forma esquemática cada uma das categorias de primeira geração, revelando as de segunda, terceira e quarta gerações emergentes. Assim será apresentada cada uma das sequências de figuras, relativas a cada um dos ramos da árvore categorial, com o respetivo conjunto sequencial das categorias. Para melhor ilustrar a profundidade do desenvolvimento categorial, serão apresentadas cada um dos ramos categoriais, de forma descritiva com o conjunto das componentes discursivas selecionadas que fundamentam respetivamente cada categoria emergente.

2.2.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO PRIMEIRO GRUPO CATEGORIAL – CONTEXTO DE INFEÇÃO.

Será aqui apresentada a sequência categorial do ramo 1.1 “Contexto de Infecção”, para dar resposta ao objetivo: conhecer o contexto em que se desencadeia a contaminação.

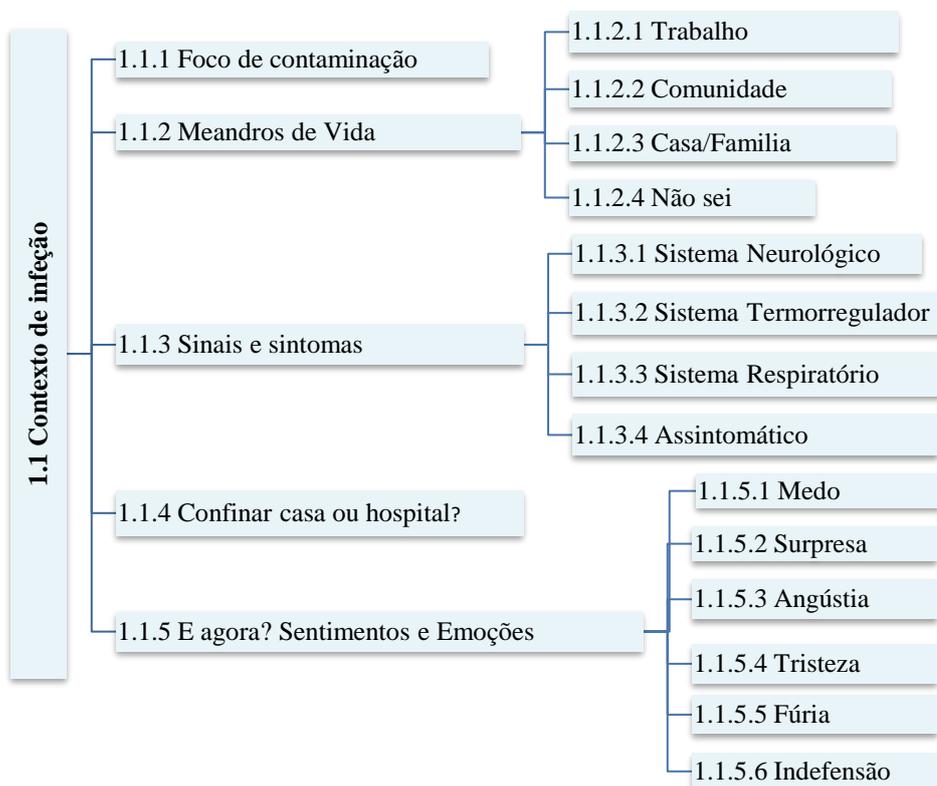


Figura 3: Apresentação hierárquica da sequência categorial relativa ao primeiro ramo - 1.1. “Contexto de Infecção”

Como se pode verificar através da Figura 4, relativamente à categoria de primeira geração (1.1) “Contexto de Infecção” vemos que as unidades discursivas fazem emergir 5 categorias de segunda geração, (1.1.1) “Foco de contaminação”, (1.1.2) “Meandros de vida”,

(1.1.3) “*Sinais e sintomas*”, (1.1.4) “*Confinar: casa/hospital*” e (1.1.5) “*E agora? Sentimentos e emoções*”.

Conhecer o “*Foco de Contaminação*”

A primeira categoria de segunda geração (1.1.1) “*Foco de contaminação*”, apresenta as unidades discursivas que nos indicam, que, maioritariamente, os enfermeiros foram contaminados no local de trabalho: “*com doente confirmado de resultado positivo para COVID19*” (9 UD); “*com doente suspeito, não confirmado*” (2 UD), seguido por “*contacto desprotegido com elementos da equipa*” (E23). Há um respondente (E14) que assume ter sido contaminado através de “*... doente confirmado...ou ...suspeito...*” ou “*... elemento da equipa confirmado de resultado positivo para COVID19*”.

Outro respondente (E21) refere que pode ter sido contaminado por “*... doente confirmado...*” ou “*... elemento da equipa confirmado de resultado positivo para COVID19*”, outro (E17) assume ter sido contaminado com “*... doente confirmado...*” ou “*... suspeito de resultado positivo para COVID19*”, ainda um elemento da amostra (E5) refere ter sido contaminado “*com elemento da equipa suspeito...*” e por “*contacto desprotegido com elementos da equipa*”. Por fim, três enfermeiros (E3, E20 e E24), assumem terem sido contaminados “*com elemento da equipa confirmado de resultado positivo para COVID19*” e através de “*contacto desprotegido com elementos da equipa*”.

Outros 8 participantes, assumem terem sido contaminados em contextos sociofamiliares: “*com familiar confirmado de resultado positivo para COVID19*” (4UD), “*com contacto social suspeito, mas não confirmado*” (2 UD); “*com familiar suspeito, mas não confirmado*” (E7) e por último “*com contacto social confirmado de resultado positivo para COVID19*” (E18). Os 5 restantes respondem “outro”, pois não sabem qual possa ter sido o foco de contaminação em contexto de trabalho. Em resumo, pode verificar-se que o contexto predominante, é indicador de que as infeções nos enfermeiros respondentes, ocorreram através de doentes confirmados de resultado positivo para COVID19.

Sendo que de entre 33 respondentes, 20 (60,6%), se contaminaram em contexto laboral, e partindo do pressuposto que é do conhecimento dos enfermeiros, as vias de transmissibilidade da doença e todos conhecem as normas obrigatórias comportamentais para bloquear a infeção, como pode explicar-se que a maioria destes respondentes - categoria mais forte - tenha sido contaminada através de um doente confirmado de resultado positivo para COVID19.

Assim, e partindo dos pressupostos atrás descritos, pode considerar-se a seguinte Questão à Investigação para futuros estudos: “Será que os contextos de trabalho são de facto

seguros/inseguros para os enfermeiros..., ou são os comportamentos dos enfermeiros que são inseguros para os atuais contextos de trabalho?... ou, e por fim, será que há uma condição potencializadora da outra? Ou seja, será que as duas variáveis se potencializam entre si?”

Pese embora os contextos de trabalho sejam elucidadores e apresentem a informação necessária, talvez os atuais conhecimentos para procedimentos não sejam suficientes.

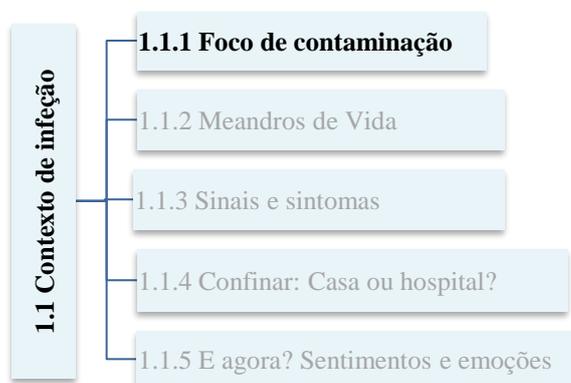


Figura 4: Apresentação hierárquica relativa à primeira categoria de primeira e segunda gerações

“Meandros de Vida” – Onde e Como aconteceu a infecção,

Na próxima Figura, que apresenta o grupo 1.1.2. da árvore categorial, apresenta-se a segunda variável em estudo (Figura 5) - segunda categoria de segunda geração (1.1.2) **“Meandros de Vida”** – que responde ao **“Onde e Como”, aconteceu a infecção**, e, cujas componentes discursivas, fazem emergir 4 categorias de terceira geração, (1.1.2.1) **“Trabalho”**, (1.1.2.2) **“Comunidade”**, (1.1.2.3) **“Casa/Família”** e (1.1.2.4) **“Não sei”**.

Ser infetado no seu local de “Trabalho”

De entre estas, a subcategoria (1.1.2.1) **“Trabalho”** assume o estatuto de categoria major: é a mais prevalente, e verifica-se que da totalidade da amostra, maioritariamente (69,7%), os enfermeiros foram contaminados no local de trabalho, e este **“foco”** é fundamentado por expressões como: **“... [por] Procedimentos básicos”** (8 UD), **“Contágio de superfícies ou contextos de morbilidade”** (2 UD), **“Insuficiência / negligência em relação aos EPIs”** (2 UD), **“Cansaço Físico, exaustão”** (2 UD).

Além destes, são mencionados como foco, os tempos e interações nos atos cuidativos de enfermagem, aos quais não podem nem devem omitir-se, fenómeno que coloca o risco, como pertinente para necessária análise, - na questão já colocada atrás -, e que aqui se identifica como as continuas e sucessivas ações de **“Aspiração de secreções”** (2 UD); e de sucessivas e continuadas ações da **“Colocação de SNG”** (E1), bem como as **“Colheitas na Naso e orofaringe”** (E31), **“Insuficiência de EPIs”** (E33), **“Stress Psicológico”** (E22).

Outro componente de foco, assumido em auto-consciência e em auto-questão: “*Abusei [com ou em relação ao contacto de] um doente 2 dias antes do mesmo testar positivo, seria por aí?*” (E25). Emergem, no entanto, outras componentes discursivas que revelam o contexto de perigosidade, nos casos de “*Equipa testada, enfermeiros positivos!*” (E25) e nos casos em que “*Foram feitos testes à equipa e doentes e resultaram vários positivos*” (E33).

Este conjunto de focos, reconhecidos, poderiam ter sido omitidos? Será que as insuficiências de recursos – humanos, técnicos – têm que ser revistos, na atribuição de responsabilidades? O que será que foi aprendido pelo SNS em geral e pelos enfermeiros em particular no sentido de minimizar estes focos, no futuro?

Ser infetado na “Comunidade”

Relativamente à categoria de terceira geração (1.1.2.2) “**Comunidade**” fundamentada pela expressão “[fui infetado na] *Comunidade*” (4 UD), verifica-se que as componentes discursivas emergem de um novo conhecimento, relativamente aos fatores de contagiosidade do SARS COV-2. Por exemplo, verifiquemos que um profissional de enfermagem (E2), considera que foi contaminado durante um “*jantar com familiar*” (E2), outro assume que não é só este jantar com familiar, mas também “*num jantar*” (E26) e a “*fazer uma refeição com a família*” (E10), pelo que se verifica que a amostra detém este conhecimento de necessidade de afastamento e o respeita, ou seja, compreende a proibição e o fechamento dos espaços de restauração. Considerando as diferenças entre o conhecimento teórico e as ações, podem colocar-se justamente as mesmas questões que foram colocadas anteriormente: Será que os enfermeiros prevaricam nos seus comportamentos e não respeitam as normas epidemiológicas do bloqueio à infeção ou o contexto é mesmo ameaçador?

Apresenta ainda uma componente discursiva em que um elemento da amostra foi contagiado no “*Carro, ambos com máscara*” (E7) e outro “*Durante a realização de um exame numa Clínica*” (E34), o que prova que poderemos ser vítimas dos nossos menores cuidados e dos de outros.

Ser contaminado em “Casa/Família”

A subcategoria bisneta ou categoria de terceira geração (1.1.2.3) “**Casa/Família**” fundamentada pela expressão “[fui infetado] *Em casa*” (5 UD) apresenta-nos que um profissional de enfermagem considera que foi contaminado por “*Contacto físico com filho de 5 anos*” (E30), pelo que não é de todo desconhecido que as crianças também contribuem para a disseminação do coronavírus, mas com menos frequência do que os adultos. O “*Ambiente familiar*” (E8), também surge como componente discursiva desta categoria, mas não é inócua,

ou seja, não é pelo facto das famílias estarem juntas entre si. Deve manter-se respeitoso todo o procedimento que temos que ter de isolamento mesmo na família porque há contágios feitos interfamiliares.

Relativamente à categoria (1.1.2.4) “*Não sei*” verificamos que o facto de um técnico de saúde assumir que não sabe, é só por si indicador de que vale a pena continuar a questionar, a indagar, a analisar, e sobretudo, que vale a pena continuar a estudar os contextos, porque talvez não seja possível assumir que estão estudados todos os pontos desta equação. Na verdade, se um técnico de saúde não consegue fazer ideia e se assume que não sabe: “*Não sei ao certo*” (2 UD), e “*Não sei*” (E29), e que foi “*Totalmente desconhecido*” (E11), ao ponto de assumir que “*Desconheço, descobri quando fiz teste serológico*” (E32), e ainda de que “*Não sei de que forma fiquei infetada*” (E37), este conjunto de discursos, deixam claro que é um fenómeno indicador de que não basta o conhecimento científico teórico, para nos assegurar que não possamos ser vítimas de um contágio aparentemente improvável, e viver a infeção. Importa, portanto, trabalhar ao nível da promoção e educação para a saúde e manter a etiqueta respiratória e o distanciamento mais do que a prevenção primária da doença e a prevenção secundária.

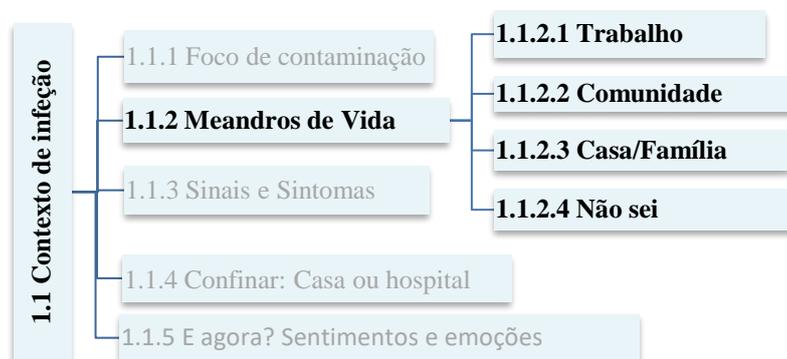


Figura 5: Apresentação hierárquica relativa à primeira categoria de primeira geração, segunda categoria de segunda geração e categorias de terceira geração

Que “*Sinais e sintomas*”?

As subcategorias que emergiram relativamente à subcategoria (1.1.3) “*Sinais e sintomas*” foram: (1.1.3.1) “*Sistema Neurológico*”, (1.1.3.2) “*Sistema Termorregulador*”, (1.1.3.3) “*Sistema Respiratório*” e (1.1.3.4) “*Assintomático*”. A subcategoria (1.1.3.1) “*Sistema Neurológico*” que aqui, assume o estatuto de categoria major ou categoria forte, - tal como se pode constatar pelas seguintes unidades de registo – e estão expressas: as “*Mialgias*” (10 UD), como principal sintoma para a situação de infetado; as “*Cefaleias*” (5 UD) e a “*Ageusia* (perda do paladar)” (5 UD), e ainda a “*Anosmia* (perda do olfato)” (4 UD)

que é particularmente perturbadora, nomeadamente ao nível da alimentação. Verificamos que 1 elemento da amostra refere os 4 sintomas que fazem parte do sistema neurológico. Esta subcategoria é fundamentada ainda por expressões como: “...dores de pernas, dores articulares e musculares” (E37), “trémulos nas mãos, lapsos de memória” (E37), “os sintomas eram muito fortes, não tinha olfato/ paladar, não tinha apetite” (E37), “... fraq...[fraqueza muscular]” (E37), “... pois se falasse mais um bocadinho ... o cansaço, cefaleias e falta de forças também não ajudou...” (E37).

As experiências – consideradas de alguma forma assustadoras – da condição de viver febre, está nas componentes discursivas que fizeram emergir a subcategoria (1.1.3.2) “**Sistema Termorregulador**” e são expressas pelas palavras: “*Hipertermia/Febre*” (6 UR) e a evidência de que “*Durante 10 dias a febre não passava*” (E34), de manifestar estado “*Sub febril*” (E20) e “*transpiração noturna, hipersudorese [nos] pés durante o dia*” (E37), que como se vê é perturbador, de caráter limitador, mesmo para técnicos de saúde.

Relativamente à categoria de terceira geração (1.1.3.3) “**Sistema Respiratório**”, esta é fundamentada pelas expressões: “*Tosse*” (3 UD), “*Dispneia*” (E5), “*cansaço fácil subir escadas/ pequenos esforços*” (E37); “*pois se falasse mais um bocadinho a tosse era continua...*” (E37);

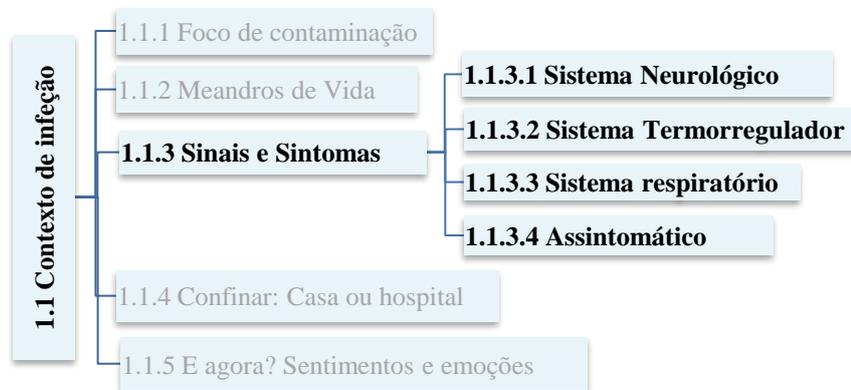


Figura 6: Apresentação hierárquica relativa à primeira categoria de primeira geração, terceira categoria de segunda geração e categorias de terceira geração

A subcategoria (1.1.3.4) “**Assintomático**” apresenta-se como uma subcategoria forte, dela fazem parte 6 componentes discursivas “*Sem sintomas*” (4 UD), “*Nenhum [sintoma]*” (E1) e “*Estive sempre assintomática*” (E30). Verificamos que o facto dos enfermeiros estarem positivos para a COVID 19 e assintomáticos corresponde às evidências que nos dizem que a maioria dos infetados é assintomática. As evidências científicas também nos dizem que os assintomáticos são capazes de transmitir a doença. Isto é um fenómeno indicador que os enfermeiros assintomáticos devem fazer o isolamento social generalizado.

Compreender o isolamento em “*Confinar: Casa ou hospital*”

Para a categoria de segunda geração (1.1.4) “*Confinar: Casa ou hospital*” verifica-se na Figura 7, que esta é uma subcategoria muito forte, pois a totalidade da amostra fez o isolamento no domicílio, e insere expressões como: “*Domiciliário*” (33 UD), “*foi um isolamento de 7 semanas no quarto da habitação*” (E36), “*O local onde fiz o isolamento foi no quarto, com presença de WC privativo. Uma bancada com EPIs no corredor junto ao quarto e uma dentro do quarto*” (E36).

Apenas um dos enfermeiros passou por um internamento hospitalar durante alguns dias e refere ainda algumas idas ao hospital, o que é fundamentado pelas expressões: “*A chegada ao isolamento Covid ao [Hospital] Padre Américo para internamento*” (E36), e “*Durante o isolamento domiciliário, ainda tive 3 idas ao SU, por manter sintomas*” (E36).

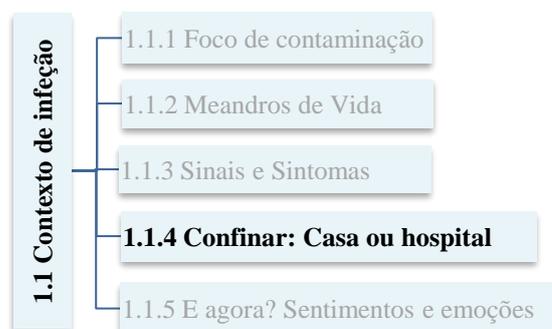


Figura 7: Apresentação hierárquica relativa à primeira categoria de primeira geração e quarta categoria de segunda geração

Que “*Sentimentos e emoções*” perante o diagnóstico?

Como podemos constatar na Figura 8, na quinta categoria de segunda geração (1.1.5) “*E agora? Sentimentos e emoções*”, as componentes discursivas fazem emergir 6 subcategorias de terceira geração: (1.1.5.1) “*Medo*”, (1.1.5.2) “*Surpresa*”, (1.1.5.3) “*Angústia*”, (1.1.5.4) “*Tristeza*”, (1.1.5.5) “*Fúria*” e (1.1.5.6) “*Indefensão*”.

De entre estas, a subcategoria (1.1) “**Medo**”, assume o estatuto de categoria major: é a mais prevalente, e é fundamentada por expressões como “*medo*” (6 UD), “*ansiedade*” (4 UD), “*receio*” (2 UD), “*Preocupação*” (2 UD), “*ansiedade por ter deixado trabalho pendente*” (E37), “*Nervosismo*” (E6), “*Desespero por ter que ficar em casa mais tempo em isolamento*” (E30), “*...Nervoso*” (E10), “*cada vez a ansiedade se instalava mais*” (E34), “*Tem o pior*” (E34), “*Pânico*” (E36), “*Choque*” (E36) e “*impotência por ter de ficar isolada*” (E37). A subcategoria (1.1.5.2) “**Surpresa**” insere expressões como: “*surpresa*” (2 UD), “*...incrédulo*”

(E1, P1, L21) e “... foi tudo muito rápido...” (E37). A subcategoria (1.1.5.3) “**Angústia**” é fundamentada por esta expressão, em 15,2% (5 UD) dos enfermeiros entrevistados. A subcategoria (1.1.5.4) “**Tristeza**” insere: “...tristeza” (3 UD), “...desalento” (E2), “sensação de ter falhado” (E35) e “Senti-me triste/sozinha quatro dias após estás isolada pois fiz 40 anos e não pude estar com ninguém” (E37).

A subcategoria (1.1.5.5) “**Fúria**” emergiu através da expressão de sentimentos como a “...revolta” (4 UD), a “...frustração” (E35) e o sentimento de acabar com tudo “...Stop tudo” (E14), e interrogações sem resposta, como “Questionava como foi possível ficar infetada se tinha os cuidados todos...?” (E37).

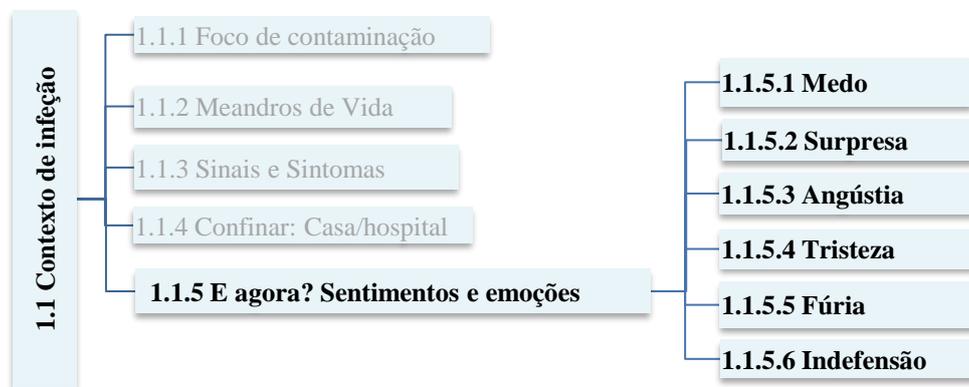


Figura 8: Apresentação hierárquica relativa à primeira categoria de primeira geração, quinta categoria de segunda geração e categorias de terceira geração

No que se refere à (1.1.5.6) “**Indefensão**”, remete-se aqui, para a imagem da experiência de situações desencorajadoras, que minam a esperança de mudança, condição que é fundamentada por expressões como: “Já estava mentalizada que possivelmente estaria positiva” (E8), ou a submissão ao facto “...Fiquei conformada” (E29) e ainda “... (percebi)... Que tinha chegado a minha vez de apanhar com o maldito vírus” (E34).

Este conjunto categorial, desconstrói a ideia de que tudo pode ser controlado e que conhecemos com alguma previsão o que pode sentir-se e como pode sentir-se.

2.2.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO SEGUNDO GRUPO CATEGORIAL – MUDANÇAS NA VIDA.

Será aqui apresentada a sequência categorial do ramo 1.2 “*Mudanças na vida*”, para dar resposta ao objetivo: Reconhecer as eventuais causas e consequências do fenómeno da contaminação.

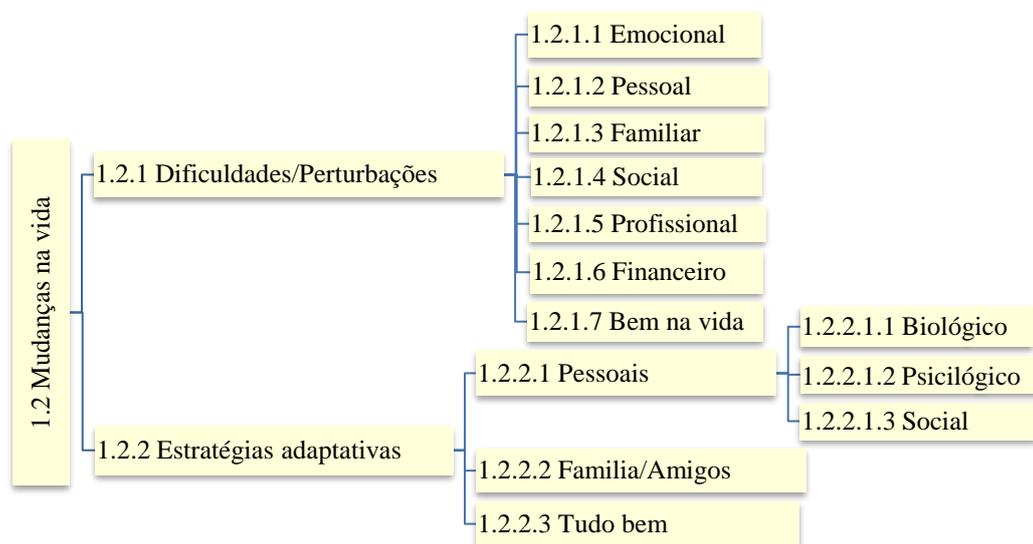


Figura 9: Apresentação hierárquica da sequência categorial relativa ao segundo ramo - 1.2. “Mudanças na vida”

Como podemos constatar a partir da Figura 10 relativamente à categoria de primeira geração (1.2) “*Mudanças na vida*”, as unidades discursivas fazem emergir 2 categorias de segunda geração, (1.2.1) “*Dificuldades/perturbações*” e (1.2.2) “*Estratégias adaptativas*”.

“*Mudanças na vida*”... Entre as dificuldades e as adaptações

Na subcategoria (1.2.1) “*Dificuldades/perturbações*” as componentes discursivas fazem emergir 7 subcategorias de terceira geração: (1.2.1.1) “*Emocional*”, (1.2.1.2) “*Pessoal*”, (1.2.1.3) “*Familiar*”, (1.2.1.4) “*Social*”, (1.2.1.5) “*Profissional*”, (1.2.1.6) “*Financeiro*” e (1.2.1.7) “*Bem na vida*”.

Que dificuldades a nível *Emocional*?

A subcategoria (1.2.1.1) “*Emocional*”, assume o estatuto de categoria major, é a mais prevalente, apresenta 153 unidades discursivas e é ilustrada por expressões como: “...*Tristeza*” (23 UD), “...*Medo*” (23 UD), “...*Angústia*” (21 UD), “*Impotência pessoal perante a situação que me aconteceu*” (20 UD), “...*Revolta*” (16 UD), “...*Culpa*” (9 UD), “...*Raiva*” (3 UD), “*Incompreensão por parte dos outros*” (2 UD), “...*Ansiedade*” (2 UD) e “...*Solidão*” (2 UD).

Apresenta ainda outras expressões de carácter triste e difícil de gerir: “...*saudade dos familiares próximos...*” (E5), “...*impotência perante a situação*” (E5), “*Receio de infetar os*

familiares...” (E17), “Apenas temia a propagação [e] o isolamento não foi a pior parte mas sim se já tinha contaminado mais alguém” (E20) e “Preocupação com o meu estado de saúde, com a possibilidade de infectar a restante família...” (E23).

Os sentimentos negativos foram sempre uma constante: “...deprimida, dificuldade em dormir, angustiada com a incerteza da evolução da doença...” (E24), “Sem Paciência para os telefonemas com a família!” (E25), “Ansiedade, por saber que os meus filhos estavam positivos...” (E26), “Culpabilização por ter permitido o jantar em que achamos que a contaminação ocorreu...” (E26), “Raiva porque a pessoa que me contaminou sabia que tinha tido um contacto e não valorizou...” (E26) e “... paranoia...” (E28), “...Tranquilidade...” (E32), “O receio de contágio permaneceu durante praticamente os 2 meses...” (E33), “No início medo, receio de perder a vida. cada vez que fechava os olhos para dormir, tinha muito medo de não acordar...” (E33).

Inesperadamente, surgem emoções altamente perturbadoras e que ficarão no tempo pós-covid, como por exemplo: “...culpa por ter infectado a minha filha” (E33), a “Frustração a cada teste semanal positivo...” (E33), “O sentimento de culpa por ter colocado alguém em risco é angustiante...” (E33), “Nunca estive tão doente na minha vida...” (E35), “Apesar do apoio da família e amigos via telefone, sentimento de solidão...” (E37), “...angústia por estar presa e sozinha...” (E37), “O facto de ter chovido muito nessa altura também impediu que eu pudesse vir a varanda ou terraço arejar... tinha de estar presa dentro de casa...” (E37) e “Medo de os sintomas respiratórios agravarem e ter de ir para o hospital...” (E37).

E ter a evidência de ter uma morte a sós, como nos maus momentos “...tinha a sensação de que ia morrer só, porque não queria contaminar minha família...” (E35), “Só pensava que iria morrer sem ver novamente a minha família” (E36), “...momentos atroztes, ansiedade, emoções violentas, solidão...” (E36) e “...a incerteza que me esperava...” (E36).

A importância da família na vida das pessoas “...estava sempre à espera de ouvir a voz da minha filha...” (E36), “Nos dias seguintes foram mesmo muito difíceis, quer pela doença, quer pela família...” (E36), “...queria ver a minha filha e esposa, para lhes dizer o quanto as amava...” (E36), “Não poder ajudar o meu pai quando se queimou no pé ao levar-me sopa quente, tendo ... vertido quando chegou a minha casa...” (E37), “Psicologicamente não foi fácil tinha terminado um relacionamento há pouco tempo, estava a fazer medição para depressão, a gestão de todos estes sintomas, sentimentos e emoções foi difícil...” (E37) e “...medo de poder infectar os meus pais quando iam lá mesmo estado[estando] afastados, e pelo facto de levarem os Tupperware lavados para casa deles...” (E37).

E a nível Pessoal, como foi?

Relativamente à subcategoria (1.2.1.2) **“Pessoal”**, apresenta 58 unidades discursivas que explicam as dificuldades vividas a nível pessoal, e insere expressões como: *“Isolamento no quarto...”* (3 UD), *“...Isolamento...”* (2 UD), *“Isolamento da família...”* (E1), *“Estar longe dos meus filhos, receio de infetar restante família* (E3), *“Isolamento no domicílio, com uso de máscara, desinfeção das mãos e uso de luvas”* (E4), *“...isolamento em relação ao resto do agregado familiar”* (E4).

Para além do isolamento social, o isolamento dentro da própria casa *“Passei a usar só o quarto e a casa de banho, desinfetava sempre as mãos antes de tocar em algo, o meu lixo era colocado á parte, a roupa também, a louça era lavada sempre na máquina”* (E5), *“Cansaço psicológico devido ao facto de estar isolado no quarto sem qualquer tipo de contacto exterior”* (E6), *“...falta de rotina habitual”* (E5), *“...isolamento sem qualquer contacto”* (E6), *“Uso de máscara 24/7”* (E6), *“...menos motivada...”* (E7) e *tentei sempre evitar o contacto com objetos que poderiam ser locais de [risco] isso comum e aumentar os cuidados de desinfeção dos espaços utilizados* (E7).

Deixar de se poder dedicar aos outros *“Dificuldade em aceitar que não estava a ser útil...”* (E7), *“Estar isolada e saber que era necessária noutro local...”* (E8), *“Mantive todos os cuidados inerentes... de higiene respiratória”* (E8), *“...Isolamento em casa...”* (E10), *“Isolamento total a nível pessoal e social...”* (E11), *“Uso de máscara nas zonas comuns da habitação e cuidados de higiene e desinfeção redobrados”* (E11) *“...esta situação nos obriga a isolar socialmente e a não ter contacto com grupos de risco, ao qual pertencem alguns dos meus familiares”* (E13), *“...alterações que tive de fazer na minha rotina...”* (E13), *“Fiquei isolada num quarto com casa de banho...”* (E35), *“Ainda mais precauções de contacto; evitar contactos desnecessários...”* (E16), *“Tempo de isolamento difícil de gerir...”* (E16), *“...ausência de contacto com familiares...”* (E16), *“Necessidade de isolamento e distanciamento constante, desinfeção das mãos e superfícies, arejamento da uso de máscara constante”* (E17), *“Comecei a evitar proximidades...”* (E18), *“Cumprir... isolamento de acordo com a norma da DGS”* (E20),

Na impossibilidade de se estar próximo *“...contactos passaram a ser tecnológicos”* (E20), *“Uso de máscara para ir ao wc. Desinfeção e lavagem das mãos”* (E21), *“...isolamento em relação a todos os restantes elementos da família”* (E23), *“Deixavam as refeições à porta do quarto. Quando saíam, eu ia buscar. Louça recolhida com precauções de contacto, e lavada*

à parte. Sempre que saía do quarto (raramente) era com máscara e luvas e com a devida distância dos restantes. Além disso lavagem frequente das mãos e manutenção da etiqueta respiratória. Roupas lavadas à parte” (E23), Viver a separação física “Vivi sozinha durante a quarentena, família foi para outra casa...” (E24), “Sair do quarto apenas 2 vezes por dia para ir ao WC e preparar comida, máscara em casa, ver os vizinhos à janela para arejar o quarto, tomar banho no fim das colegas de casa. Muito mais lixívia em casa...” (E25), “...dependência... insónias, separação familiar, uso de máscara no domicílio e limpeza e desinfecção constante da casa...” (E28), “...separação...” (E28), “Necessidade de manter os cuidados necessários para evitar contágios, sair de casa só quando estritamente necessário, reduzir ao máximo os contactos com familiares mais afastados” (E30), “Isolamento no domicílio, utilização de espaços separados dos restantes habitantes. Uso de máscaras e restantes medidas de precaução...” (E32) e o “Quarto [era] arejado todos os dias (E35).

O distanciamento da família mesmo antes de estar infetado “O isolamento foi feito num quarto da casa, onde já estava a pernoitar cerca de 1 mês antes para proteger de alguma forma a minha família” (E33), “Para não manipular loiça ou roupa suja, eu colocava máscara, higienizava bem as mãos e levava a loiça/roupa para a máquina já aberta, normalmente ao final do dia, tentando não tocar no corrimão das escadas, nos interruptores.. mesmo assim o marido depois acabava por passar pano com lixívia em todo lado” (E33). O medo constante de contaminar os outros “Ninguém entrava no meu carro!” (E33) e “No início era como se nos sentíssemos “suja”; os cuidados de higiene quase exagerados, a higienização do quarto e da casa de banho várias vezes ao dia, o arejamento do espaço, mesmo nos dias mais frios.” (E33).

As complicações provocadas pela doença “Na fase mais grave da doença houve um dia que estive desorientada (eu não me lembro muito)” (E33), “Os sintomas...limitavam-me na rotina que tentava manter apesar do espaço. Até o falar ao telefone me cansava muito” (E33), “Senti-me privado da minha liberdade como pessoa” (E34), “Quarto individual, só via algum colaborador esporadicamente” (E36), “...sintomas atroztes da doença com inicio da hidroxicloroquina...” (E36), “Durante o internamento, recuperação muito, muito lenta, não dormia, não tinha força...” (E36), “Um dia de manhã ... vi-me ao espelho, não era eu...perda de 6 quilos” (E36), “Fiquei isolada 21 dias sozinha em casa (E37), “...via os meus pais afastada..”. (E37), “Ter de ligar a minha mãe para levar o meu pai a uma clínica para lhe realizar um penso no local da queimadura, não poder cuidar e aproximar dele...” (E37«) “Ter de depender dos meus pais para ter alimentação” (E37).

Uma problemática de quem vive só “*Dificuldade em aceder a bens essenciais, como bens alimentares...*” (E4)

E como foi a nível *Familiar*?

A subcategoria (1.2.1.3) “***Familiar***” apresenta 22 componentes discursivas e é ilustrada pelas expressões: “...*preocupação com a situação escolar dos filhos*” (E4), “*Todos as áreas eram desinfetadas...*” (E6), “*Stress... familiar*” (E14).

A partilha de quem não ficou confinado a sós “*Apenas partilha da habitação com esposa*” (E11), “...*sentiu um imenso apoio, que foi fundamental para colmatar as alterações pessoais, sociais e emocionais a que o isolamento levaram*” (E23), “*Ficamos em isolamento em família. Pois todo o agregado positivou...*” (E26), “*Família, em isolamento profilático, boa compreensão e conhecimento...*” (E32), “...*a minha filha mais velha testou também positivo, acabando por ficar isolada comigo, partilhando o espaço...*” (E33),

A importância do suporte familiar “*Ajuda [de] colega de casa* (E21), “*As refeições e restante lida da casa e cuidados com a filha mais nova ficaram a cargo do marido, que colocava as refeições ou outras coisas necessárias à porta do quarto*” (E33), “*A porta do quarto e da casa de banho permaneciam sempre fechados para proteger o resto da família*” (E33), “*A minha filha mais nova colocava-nos comida ou outras coisas à porta do quarto, batia à porta e fugia escadas a baixo antes que pudéssemos abrir a porta...*” (E33), “...*o meu marido preocupado no corredor a perguntar se estava tudo bem...*” (E33), “...*meu marido vinha trazer comida ... com máscara P2 e levava com luva[s]. Depois desinfetava sempre [sempre] as mãos*” (E35).

As relações familiares em construção “...*permitiu estreitar os laços...*” (E33), “*A filha mais nova “cresceu” e tinha tarefas de casa a cumprir*” (E33), “...*fez-nos “re”-conhecer-nos melhor, ... como pais, como casal...*” (E33), “...*estávamos juntos...*” (E33), “*O regresso a casa, foi um misto de sensações, um por estar em casa outro por poder contaminar a minha família. Não me lembro de nada, unicamente de chegar ao meu quarto e ver uma mesa à entrada do quarto e outra no quarto, com material de apoio (EPIS)*” (36), “...*os meus pais levavam-me comida uma vez/dia e deixavam cá fora...*” (E37), “...*apesar de ter tido visita dos meus pais, irmã/afilhada, duas amigas na rua...*” (E37), “*Fazia sempre recomendações para que colocassem [os tupperwares] novamente na máquina quando chegassem a casa e desinfetar as mãos*” (E37).

E da componente *Social e Profissional*, como foi?

A subcategoria (1.2.1.4) **“Social”**, é expressa pelas palavras das seguintes componentes discursivas: *“A nível social e profissional o estigma da sociedade (E1), “...houve necessidade de fazer uma pausa...” (E4), “...situação escolar dos filhos... nem sempre houve resposta por parte da escola no sentido de adaptação à realidade em causa” (E4), “Já não havia grande interação social na vida pessoal” (E8), “...sem contacto social...” (E10), “...o facto de não poder conviver com os outros, da forma que antes convivia...” (E13), “ Stress... social...” (E14).*

A subcategoria (1.2.1.5) **“Profissional”** apresenta 15 unidades discursivas e é fundamentada pelas expressões: *“...ausência profissional durante o isolamento” (E1), “A nível social e profissional o estigma da sociedade” (E1),” ...houve necessidade de fazer uma pausa...” (E4), “...senti que não estava a ser suficiente ao não estar a exercer...” (E7), “Recusar exercer funções de enfermagem sem os Epi's adequados” (E9), “Stress profissional...” (E14), “...falta de apoio por parte das chefias/ instituição” (E22), “...não conseguir ajudar os colegas de trabalho que estavam sobrecarregados de trabalho...” (E23),*

Projetos profissionais adiados “Profissionalmente, o horário de trabalho foi alterado de trabalho por turnos, para trabalho matutino pelo Médico de Saúde Ocupacional” (E33), “A nível profissional, muitos projetos foram perdidos, desde o segundo emprego, o lecionar, orientação de alunos em estágio2 (E36), “Ficar limitado a fazer um turno por dia, por indicação da medicina do trabalho” (E36), “A nível profissional senti preocupação/impotência pois sabia que os meus doentes iam ficar sem apoio dado que a minha ausência não foi substituída por outro profissional” (E37), “...o facto de ter deixado várias coisas combinadas e agendadas também mexeu comigo pois de um dia para o outro tudo mudou...” (E37), “Não tive oportunidade de deixar as coisas orientadas...” (E37), “Tentei ajudar [à] distância, mas era muito penoso...” (E37).

E a nível financeiro?

A subcategoria (1.2.1.6) **“Financeiro”** insere as seguintes unidades discursivas: *“Dificuldade financeira principalmente” (E10), “[dificuldades] Económicas” (E28), “...sinto muita injustiça a baixa médica que à data da infeção ainda não era considerada doença profissional remunerada a 100%, pelo que ainda aguardo o processo e respetiva compensação” (E33), “Esposa teve que ficar um mês baixa para cuidar de mim” (E36), “... foram os meus Pais que me ajudaram, porque tive 8 meses em casa e a minha esposa 1 mês,*

com o crédito da habitação e o da viatura, não foi fácil mesmo, tive que pedir ajuda sim...” (E36).

A subcategoria (1.2.1.7) **“Bem na vida”** é fundamentada pelas seguintes expressões: *“Sem dificuldades ou perturbação”* (E11), *“Não aconteceram alterações na minha vida já colocava em prática precauções básicas e afastamento social”* (E22), *“... não senti alterações, visto que o ordenado se manteve...”* (E23), *“Não tive repercussão financeira”* (E26), *“Não senti praticamente nenhuma perturbação”* (E31, P57, L1781), *“...foi um período de “férias”...”* (E32), *“Poucas dificuldades...”* (E32), *“sem qualquer impacto”* (E32), *“A questão financeira não foi das preocupações centrais, a estabilidade permite cumprir as responsabilidades, sem preocupações adicionais”* (E33).



Figura 10: Apresentação hierárquica relativa à segunda categoria de primeira geração, sexta categoria de segunda geração e categorias de terceira geração

Quais as **“Estratégias”** adotadas?

Como podemos verificar a partir da Figura 11, a subcategoria (1.2.2) *“Estratégias adaptativas”*, revela 3 categorias de 3ª geração: (1.2.2.1) *“Pessoais”*, (1.2.2.2) *“Família/amigos”* e (1.2.2.3) *“Tudo bem”*. Por sua vez a subcategoria (1.2.2.1) *“Pessoais”* faz revelar 4 categorias de 4ª geração: (1.2.2.1.1) *“Biológico”*, (1.2.2.1.2) *“Psicológico”* e (1.2.2.1.3) *“Social”*.

A adaptação a nível **Biológico...**

A subcategoria de 4ª geração (1.2.2.1.1) **“Biológico”**, é a mais predominante, assume o estatuto de categoria major, apresenta 24 unidades discursivas e é fundamentada pelas expressões: *“Pensamento positivo...”* (2 UD), *“...paciência...”* (2 UD), *“... Resiliência...”* (E33), *“Pensar de forma positiva”* (E9), *“Pensar que amanhã será um dia melhor do que hoje”*

(E2), “*Esperar que cada dia passasse sem intercorrências*” (E3), “*Distrair-me ao máximo...*” (E6), “*...tratar [de] e assuntos pendentes*” (E17) “*Manter rotinas*” (E18), “*Fazer o isolamento acompanhada*” (E8).

Inventar tarefas “*...manter-me proativa...*”, “*...realização de tarefas adiadas, como bricolage, jardinagem...*” (E32), (E8), “*Dar tempo ao tempo...*” (E25), “*...dediquei-me à família e a mim mesma...*” (E30), “*Manter a calma...*” (E31), “*...cumprir ao rigor o descanso e isolamento*” (E31).

A caminho da reabilitação “*Fazer exercício físico* (E29), “*...auto-reabilitação...*” (E33), “*...a varanda permitia “apanhar sol”, fazer refeições, fazer “caminhada”, exercício físico, socializar (à distância) com amigos, vizinhos e familiares que “aqueciam a alma” ...*” (E33), “*Confiar em quem estava fora do quarto! No marido, na filha mais nova. o resto da casa e a nossa “sobrevivência” dependia deles!*” (E33), “*Fazer coisas que gosto*” (E37), “*... dormir/ descansar, fazer esforço para comer pois não tinha apetite, perdi peso e massa muscular...*” (E37).

E a nível Psicológico como foi?

A subcategoria (1.2.2.1.2) “**Psicológico**”, é fundamentada por 22 unidades discursivas tais como: “*...leitura...*” (2 UD), “*...ler...*” (2 UD), “*...Estudar...*” (E5), “*...ver televisão...*” (E10), “*...focar nas coisas boas*” (E17), “*...elaborar planos futuros*” (E17), “*...ver séries...*” (E23), “*...visualização de filmes e series...*” (E32), “*...assistir às aulas...*” (E23), “*Aceitação...*” (E14), “*...aceitação da situação*” (E33), “*Aceitar o acontecimento sem culpa e sem criar expectativas em relação aos outros*” (E22), “*...Adaptação...*” (E28), “*...não podia negar, não podia correr o risco de pôr outros em perigo*” (E33).

Pensamentos positivos começaram a surgir “*Somos mais fortes do que achamos!*” (E33), “*...não fazer nada é a melhor solução...*” (E33), “*Acreditar que tudo vai correr bem...*” (E33), “*...Vi séries...*” (E35), “*...tive a necessidade de recorrer a profissionais de saúde, nomeadamente a Psiquiatria e Psicologia que me ajudaram a ultrapassar algumas sequelas emocionais/psíquicas que a doença tinha deixado*” (E36), “*...ouvir música, ler coisas inspiradoras e de autoajuda, acender a lareira...*” (E37).

E a nível social?

A subcategoria (1.2.2.1.3) “**Social**”, apresenta 17 unidades discursivas e insere expressões como: “*... contacto via telefone com familiares e amigos*” (E7), “*Videoconferências*

com amigos e familiares” (E10), “...contacto... pela tecnologia, com familiares e amigos” (E20), “... [contacto pelas] redes sociais” (E13), “...desabafo com amigos...” (E16), “...falar com amigos pelo telefone...” (E23), “Contacto frequente por telefone com a família” (E24), “... [utilizar as] redes sociais para falar com amigos” (E24), “... falar com amigos e familiares...” (E17), “Comunicação com família e amigos...” (E21), “Diálogos em família” (E26), “Partilha de sentimentos...” (E26), “Falava com família e amigos por vídeo chamada...” (E35). Ser capaz de pedir ajuda “... pedi ajuda, foi uma luz que veio clarear o túnel que estava tão escuro...” (E36), “... falar com as pessoas que amo...” (E37), “... sentir que apesar das limitações os amigos deixavam mimos a porta...” (E37), “...sentir que tinha o apoio dos outros” (E37).

E com a família e os amigos?

As componentes discursivas que fizeram emergir a subcategoria (1.2.2.2) “**Família/amigos**” são expressas pelas palavras: “...apoio familiar...” (4 UD), “Não vou conseguir seguir noite! Não tenho casa para isolamento sozinha!” (E25), “...os amigos, à distância ou pelo telefone estiveram sempre presentes” (E33), “Os meus pais, familiares e amigos, com as suas palavras e “mimos” (...) traziam força e esperança...” (E33), “...havia um problema e todos “trabalharam” para o mesmo rumo, (...) com o seu esforço, mas todos na mesma direção” (E33), “Esposa teve que ficar um mês baixa para cuidar de mim” (E36), “Pedir todo o tipo de ajuda aos familiares mais próximos...” (E36).

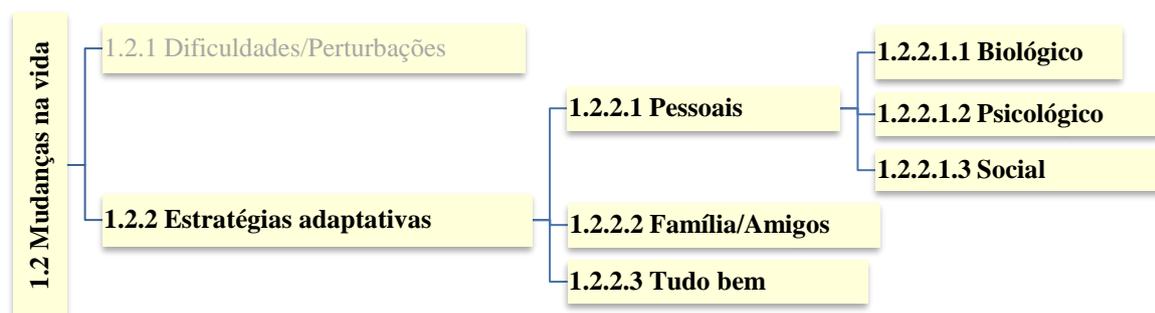


Figura 11: Apresentação hierárquica relativa à segunda categoria de primeira geração, sétima categoria de segunda geração e categorias de terceira e quarta geração

Neste estudo foi verificado que alguns dos enfermeiros respondentes, não viveram grandes perturbações na sua vida, e os que as viveram, encontraram sempre recursos bem-adaptados para as superar. Este fenómeno, revela-se na subcategoria de terceira geração (1.2.2.3) “**Tudo bem**”, insere expressões como: “Habitação de dimensões generosas ajudou

muito...” (E11), “...a nível familiar tudo se manteve praticamente igual, uma vez que podemos continuar em contacto pelo facto de vivermos na mesma casa” (E13), “A minha casa tem um espaço, e condições que permitiram o isolamento sem dificuldades” (E32) e “Considero que o facto de ter boas condições de habitação, pisos diferentes, quartos com boas áreas, várias casas de banho, uma varanda espaçosa, permitiram atenuar um pouco as restrições” (E33), que explicam as condições facilitadoras vividas pelos enfermeiros. E com esta categoria, termina o processo metodológico, ou seja, a componente, que se remete aos dados anteriormente apresentados em construto. No que à metodologia diz respeito, aqui, termina a componente fenomenológica do estudo.

A partir deste determinado ponto, somente os dados tomam a palavra, e a partir desse ponto inicia o processo essencial da Teoria Fundamentada nos Dados. A partir deste conjunto categorial, o estudo apresenta uma cisão. Por falta de resultados em literatura científica, as categorias a seguir apresentadas – e como foi já especificado - constituem-se como um todo novo e realmente emergente, no sentido do conhecimento, e neste caso do conhecimento acerca desta temática. É a essência da Teoria Fundamentada nos Dados.

2.2.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO TERCEIRO GRUPO CATEGORIAL – QUE CONSELHOS APRENDI.

Será aqui apresentada a sequência categorial do ramo 1.3 “Que conselhos aprendi”, para dar resposta ao objetivo: Desocultar as vivências específicas do processo de confinamento do ponto de vista profissional, pessoal, biológico, psicológico, social, cultural, ético e espiritual.

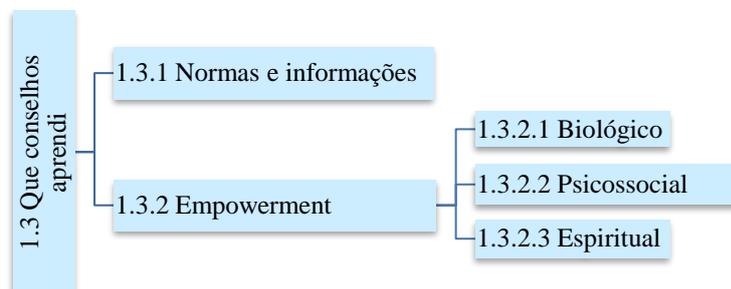


Figura 12: Apresentação hierárquica da sequência categorial relativa ao terceiro ramo - 1.3 “Que conselhos aprendi”

“Normas e informações” como empowerment perante a infecção

A Figura 13, apresenta a subcategoria 1.3.1 da árvore categorial, que corresponde à oitava categoria de segunda geração “**Normas e informações**”, que é ilustrada pelas expressões: “*Respeitar as indicações fornecidas...*” (E1), “*O uso de máscara e desinfecção das mãos é essencial...*” (E4), “*Conhecer lei e normas sobre a doença*” (E18), “*...cumprir com tudo o que é referente ao isolamento...*” (E20), “*... manter-me informada ...*” (E33) e “*...cumprir os cuidados básicos de prevenção da contaminação para terceiros*” (E33).

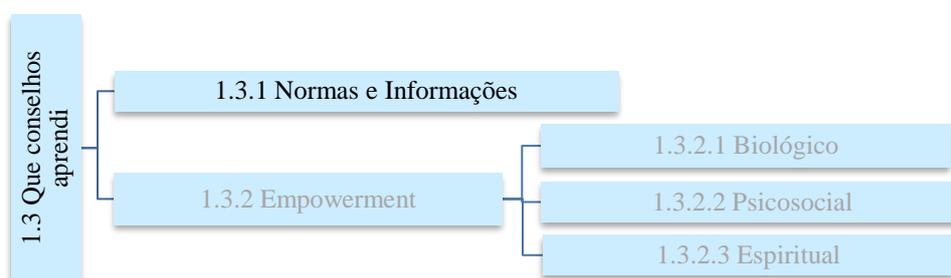


Figura 13: Apresentação hierárquica relativa à terceira categoria de primeira geração e oitava categoria de segunda geração

O “empoderamento” pessoal no processo

Na Figura 14, que apresenta a subcategoria (1.3.2) da árvore categorial, apresenta-se a variável em estudo – nona categoria de segunda geração (1.3.2) – que corresponde ao “**Empowerment**”, donde emergem 3 categorias de terceira geração, (1.3.2.1) “*Biológico*”, (1.3.2.2) “*Psicossocial*” e (1.3.2.3) “*Espiritual*”.

A nível Biológico como foi?

De entre estas a subcategoria de terceira geração (1.3.2.1) “**Biológico**”, assume o estatuto de categoria major, pois apresenta 59 unidades de discurso e é fundamentada pelas expressões: “*...Calma...*” (11 UD), “*...tranquilidade...*” (3 UD), “*...Paciência...*” (3 UD), “*...arranjar algo de que goste para fazer...*” (E6), “*...encarar a situação de forma positiva*” (E7), “*...não se resguardar relativamente às emoções que está a sentir...*” (E7), “*Manter a motivação*” (E8), “*...positividade...*” (E8), “*...manter a cabeça ocupada...*” (E13).

Tomar atenção ao possível agravamento da doença “*Vigiar muito bem sintomas...*” (E11), “*Estar atento à evolução dos sintomas*” (E13), “*...resolver os problemas que vão*

surgindo 1 de cada vez, com o menor stress e ansiedade possível” (E16), “...atento a gravidade dos sintomas, procurando ajuda caso haja agravamento” (E31), “...estar muito atentos aos sinais do nosso corpo e agir rapidamente; a hidratação, a alimentação, a suplementação vitamínica e proteica; o exercício físico, por mais pequeno que pareça o esforço...” (E33), “...pedir ajuda se necessário, quer para a parte física, quer emocionalmente...” (E33), “Não deixar arrastar no tempo quando sentir algum sinal de alarme” (E36) e “Vigiar os principais sintomas...” (E32).

Apresenta ainda outras sugestões tais como: “...pensamento positivo...” (E13), “...tranquilidade, autocontrolo e tempo...” (E14), “...dormi[r] e alimentar-se bem...” (E17), “...fazer atividades que o próprio goste e que não tem habitualmente tempo para fazer” (E17), “...estar ocupado/distraído com o que gosta...” (E20), “...tirar o melhor partido do tempo que está em isolamento, sem culpas...” (E22), “...cuidar da mente...” (E22), “...conversar...” (E23), “...ficar calmo...” (E24), “...repousar...” (E24), “...comer bem...” (E24), “...distrair-se...” (E24), “...Resiliência...” (E26), “...Estar atento...” (E26), “Nunca desvalorizar um sinal ou sintomas² (E26), “Expor-se o menos possível...” (E28), “...não facilitar...” (E28), “...coragem...” (E30), “...descanso...” (E31), “...ficar em casa...” (E31), “... aproveitar o tempo para as tarefas "adiadas", e/ou, as que mais gostam de fazer...” (E32), “Ser positivo...” (E32), “Aceitar o momento como uma pausa...” (E33), “...criar uma rotina...” (E33), “Não desistir da recuperação!... a força de vontade, o objetivo, o foco, tem de existir” (E33), “Muita força e sobretudo pensar que vai ficar bem...” (E34), “Para se apoiar na família...” (E35), e “Não ter tanto medo, os sintomas vão passando...” (E37).

E a nível Psicossocial e Espiritual?

A subcategoria (1.3.2.2) “**Psicossocial**”, é fundamentada por 17 componentes discursivas, tais como: “...ocupar o tempo com tarefas...” (E2), “... actividades que... preenchem e ajudam a ocupar o tempo disponível” (E4), “Não pensar demasiado na situação” (E9), “Manter... rotinas diárias...” (E13), “...autocontrolo...” (E14), “Acreditar que tudo vai correr bem!” (E33), “Manter o foco na importância dos cuidados que devemos ter e o pensamento positivo de que fazemos sempre o que está ao nosso alcance.” (E7).

Manter o contacto com os outros à distância “Manter contacto via telefónica... regular, com ente querido...” (E4), “Manter contacto virtual com familiares para evitar a solidão e o aumento de ansiedade” (E10), “...manter contacto com quem mais gosta... pelas variadas formas de tecnológicas...” (E20), “Comunicação [com os outros]” (E21), “...falar muito com

família e amigos próximos” (E24), “*Manter proximidade (virtual) com as pessoas significativas* (E33) e “[para] *não se isolarem, ligar [às] as pessoas significativas*” (E37).

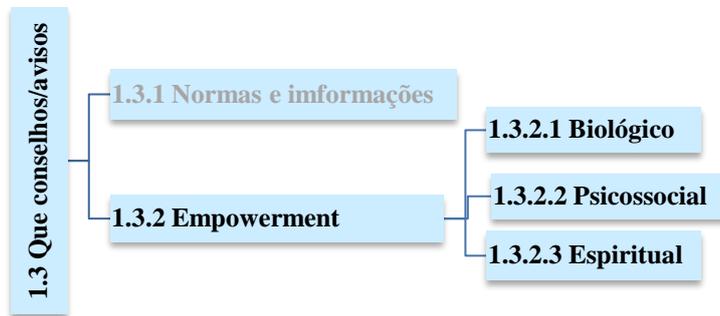


Figura 14: Apresentação hierárquica relativa à terceira categoria de primeira geração, nona categoria de segunda geração e categorias de terceira geração

Apresenta ainda outras expressões “*Mais respeito pela profissão...*” (E28), “*Utilizar áreas exclusivas e separadas...*” (E32) e “*...pedir apoio aos profissionais de saúde...*” (E37).

A subcategoria (1.3.2.3) “***Espiritual***” é expressa pelas palavras das seguintes componentes discursivas: “*...meditar...*” (E24), “***FÉ!*** *Como católica, a fé, a oração foi um grande suporte para mim! Tinha tempo para mim, dediquei-o ao meu “eu espiritual”!* (E33), “*...fazer meditação...*” (E37).

2.2.4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO QUARTO GRUPO CATEGORIAL – APRENDER COM OS EXPERTS.

De entre os atores da pesquisa qualitativa, os respondentes, ocupam o lugar de destaque: considerando as experiências de vida, de que se fala, são os experts na matéria. Não poderemos aprender os fenómenos de sentimentos e vivências relativos ao confinamento, senão com quem os viveu. Assim, esta Categoria recebe o seu nome, e será aqui apresentada, a sequência categorial do ramo 1.4 “*Aprender com os experts*”, para dar resposta ao objetivo: Desocultar as perspetivas pessoais para o futuro, do ponto de vista profissional, pessoal, biológico, psicológico, social, cultural, ético e espiritual.

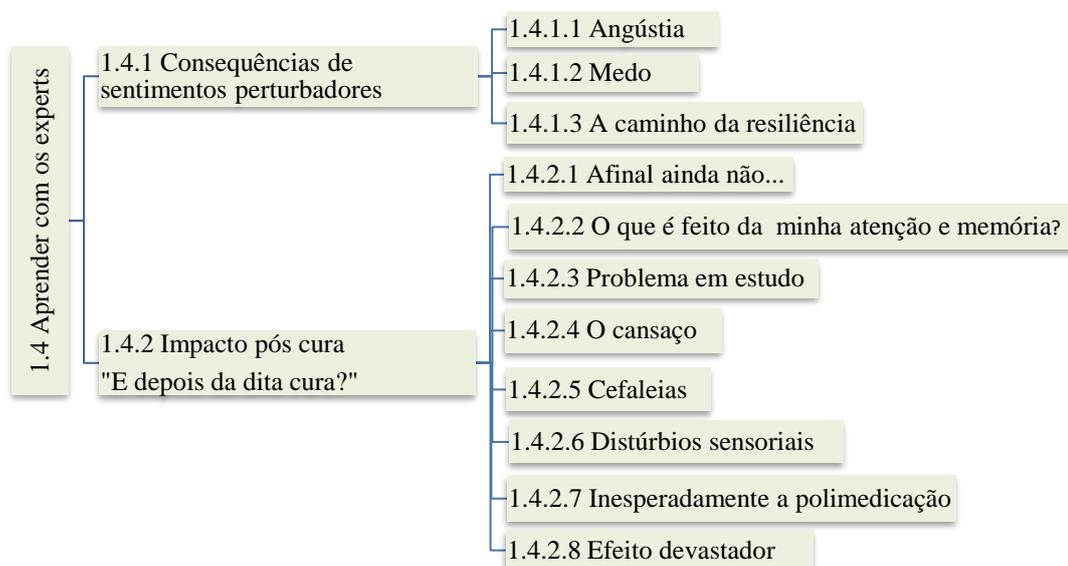


Figura 15: Apresentação hierárquica da sequência categorial relativa ao quarto ramo - 1.4 “Aprender com os experts”

O que podemos aprender com os experts?

Podemos constatar através da Figura 16, que as componentes discursivas fizeram emergir a quarta categoria de primeira geração, (1.4) “*Aprender com os experts*” e às duas categorias subsequentes, de segunda geração (1.4.1) “*Consequências de sentimentos perturbadores*” e (1.4.2) “*Impacto pós cura - E depois da dita cura?*”.

Quais as “*Consequências de sentimentos perturbadores*”

Relativamente à subcategoria (1.4.1) “*Consequências de sentimentos perturbadores*”, as unidades discursivas fizeram emergir 3 categorias de terceira geração (1.4.1.1) “*Angústia*”, (1.4.1.2) “*Medo*” e (1.4.1.3) “*A caminho da resiliência*”.

Destas a subcategoria (1.4.1.1) “*Angústia*” é fundamentada nas expressões: “*Dificuldade em contactar serviço de saúde ou ter acesso ao centro de saúde*” (E2), “A

resposta da saúde ocupacional insuficiente. Serviços e saúde com muitas dificuldades em dar respostas” (E11), “Colegas enfermeiras que ligam no primeiro dia quando só queremos uma baixa médica. Rever o primeiro telefonema nos cuidados de saúde primários.” (E25) e “Não esquecer que o doente infetado com Covid-19 é uma pessoa, que tem de estar isolado mas também precisa de afeto” (E35). A subcategoria (1.4.1.2) “**Medo**” é identificada a partir de: “Risco profissional” (E14), “Que, mesmo com todos os cuidados e EPI's necessários, infelizmente há sempre o risco de propagação e que ainda assim, estamos todos a ser incansáveis” (E20), “De facto o SARS COV-2 é de facto um vírus muito "potente". (E34), “Não facilitar... Não esquecer que somos mortais...” (E3);

Quanto à subcategoria (1.4.1.3) “**A caminho da resiliência**”, identifica-se como a subcategoria maior, é a mais prevalente e insere expressões como: “O apoio dos colegas foi extremamente importante e, sendo enfermeiros, valorizam muito o cuidado ao outro” (E24), “Mantive sempre presente a minha equipa... Contactos telefónicos diários... Manifestação de apoio. Vontade de me ajudar. Total disponibilidade para qualquer situação” (E26), “...a Humanização dos cuidados da Equipa de Enfermagem que cuidou de mim...” (E36).

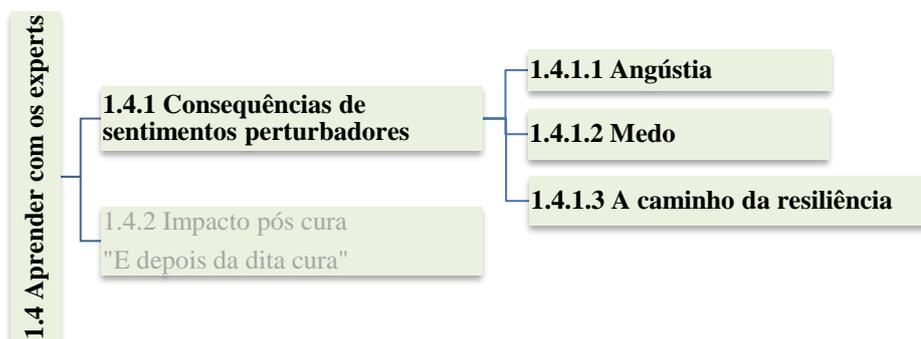


Figura 16: Apresentação hierárquica relativa à quarta categoria de primeira geração, décima categoria de segunda geração e categorias de terceira geração

Apresenta ainda outras expressões como: “Proporcionar ir á janela da enfermaria todos os dias ver a minha Mãe que se encontrava no carro na variante (junto ao heliporto) e eu da janela.” (E36), “Aguardava religiosamente a chegada de alguém da minha família aquela hora, naquele lugar...” (E36), “Os enfermeiros são fundamentais no controlo e tratamento da população infetada.” (E30), “Aproveitei também para estudar mais, sobre o conhecimento científico sobre Sars-Cov2/ Covid-19” (E32), “...fez-nos “re” -conhecer-nos melhor, como pessoas, como pais, como casal.. no reencontro (...) estávamos juntos.” (E33).

O que virá depois da cura?

Como podemos verificar, a Figura 17 mostra-nos a décima primeira categoria de segunda geração (1.4.2) “*Impacto pós cura - E depois da dita cura?*” e as categorias de terceira geração subsequentes (1.4.2.1) “*Afinal ainda não...*”, (1.4.2.2) “*O que é feito da minha atenção e memória*”, (1.4.2.3) “*Problema em estudo*”, (1.4.2.4) “*O cansaço*”, (1.4.2.5) “*Cefaleias*”, (1.4.2.6) “*Distúrbios sensoriais*”, (1.4.2.7) “*Inesperadamente a polimedicação*” e (1.4.2.8) “*Efeito devastador*”.

Destas, a subcategoria (1.4.2.1) “*Afinal ainda não...*”, apresenta-se como a mais prevalente e é fundamentada nas unidades discursivas: “...medo perante os riscos a longo prazo que o vírus pode provocar...” (E7), “*Perspetiva igual ao do doente*” (E18), “*O impacto que causa [em] termos psicológicos nas pessoas positivas é ainda pouco falado. Foi muito difícil regressar ao serviço e para o ambiente que me infetou* (E22), “...sinto-me mais frágil, mais ansiosa, mais preocupada...” (E30), “...no reencontro apesar de estarmos todos de certa forma fragilizados...” (E33), “...arranjar estratégias para recuperar o melhor possível” (E33), “*Ainda não estou a 100%*” (E33).

Apresenta ainda outras expressões que requerem ser estudados “... há sintomas (não respiratórios) que permanecem após a considerada cura” (E33), “...problemas de atenção e memória e outros do foro neurológico...” (E33), “... foi-me diagnosticado stress traumático pós Covid...” (E36), “*Aumentou exponencialmente as depressões*” (E36), “*Mas cheguei aqui ao serviço, fiz a primeira noite, agudizei, pieira, o médico disse logo que não me queria aqui, nem pensar, pronto, tornei a meter atestado e depois vim agora em dezembro para testar as minhas capacidades e ver...*” (E36), “... mas embora tu tenhas muita sintomatologia, estás muito sintomático...” (E36), “...isto é ainda sequelas da COVID, estás muito sintomático...” (E36), “*Acompanhamento/ apoio pós Covid aos profissionais de saúde que mantém sintomas por vários meses*” (E37).

A subcategoria (1.4.2.2) “*O que é feito da minha atenção e memória*” é identificada a partir das expressões: “*Sinto dificuldades de atenção e memória...*” (E33), “*Após cinco meses de ter sido infetada ainda ...[tenho], períodos de lapso de Memória, concentração.*” (E37).

Relativamente à subcategoria (1.4.2.3) “*Problema em estudo*”, é expressa pelas palavras das seguintes componentes discursivas: “...outros problemas do foro neurológico ainda em estudo...” (E33), “*Pedir ajuda a profissionais especializados na área do foro mental e psicológico*” (E36), “*Foi quando pediu as provas funcionais respiratórias, estavam todas alteradas...*” (E36), “...todos os profissionais estão a ser seguidos por pneumologia...” (E36).

A subcategoria (1.4.2.4) “**O cansaço**”, é ilustrada pelas expressões: “*Ao fim do dia estou sempre muito mais cansada...*” (E33), “*...como o cansaço/fadiga com pequenos esforços;*” (E33) e “*Após cinco meses de ter sido infetada ainda sinto muito cansaço, dores/ diminuição da força muscular...*” (E37).

A categoria de terceira geração (1.4.2.5) “**Cefaleias**”, emergiu das componentes discursivas: “*...mas estas cefaleias são COVID não tem dúvida nenhuma*” (E36), “*...quando tenho essas cefaleias intensas eu não consigo fazer nada, eu ainda cheguei a vir trabalhar um dia, cheguei aqui de manhã tive que ir embora...*” (E36).

A subcategoria (1.4.2.6) “**Distúrbios sensoriais**”, insere as expressões: “*...o que afetou mais foi a visão*” (E36), “*...tive que mudar de óculos, mas a médica disse que não tem a certeza se foi do COVID, mas o que é certo é que eu tive que alterar*” (E36).

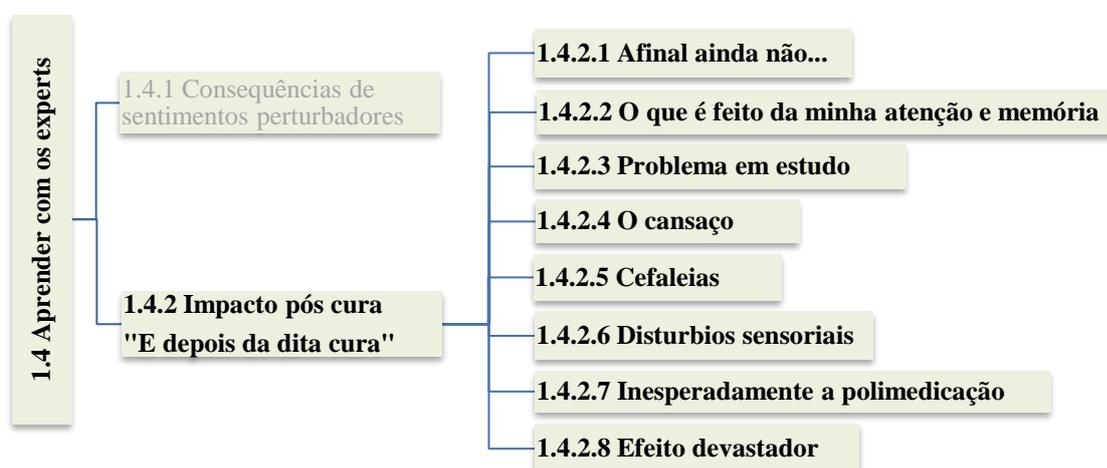


Figura 17: Apresentação hierárquica relativa à quarta categoria de primeira geração, décima primeira categoria de segunda geração e categorias de terceira geração

Relativamente à categoria de terceira geração (1.4.2.7) “**Inesperadamente a polimedicação**”, é ilustrada pelas expressões: “*...polimedicado com antidepressivos e sedativos, acompanhado por Psicologia e Psiquiatria até á presente data [desde abril 2020 até março 2021]*” (E36) e “*...recorrer a medicação sempre que necessário*” (E24).

A última categoria de terceira de terceira geração (1.4.2.8) “**Efeito devastador**”, é fundamentada por 4 unidades de registo: “*... arrasou-me por completo as primeiras semanas de trabalho...*” (E22), “*A minha vida mudou completamente em todas as vertentes...*” (E36), “*Existem momentos que não me lembro de nada...*” (E36) e “*Apesar de estar recuperado a doença deixou um rasto devastador na minha saúde mental e mesmo no meu seio familiar e profissional...*” (E36).

3 DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados do estudo, realizada no capítulo anterior, passamos à sua discussão.

De acordo com a agência LUSA (2021), através das informações fornecidas pela DGS, foram infetados em Portugal cerca de 8732 enfermeiros, desde o início desta pandemia até à data de 26 de fevereiro de 2020.

Partiu-se do objetivo de conhecer pormenores e desocultações relativas à experiência de viver a infeção e o confinamento, por parte dos enfermeiros infetados. A amostra respondente para aceder a este propósito, foi constituída por 33 enfermeiros, do norte, centro e sul do país, maioritariamente feminina, a viver em meio urbano, com idade situada entre os escalões etários de 21 a 30 anos e, de 51 a 60 anos, tendo em comum a experiência de viver a contaminação por SARS COV 2.

Relativamente ao contexto da infeção, a maioria da amostra (69,7%) refere ter sido contaminada no local de trabalho, o que corrobora o estudo de Jin et al. (2020) no qual, também a maioria dessa amostra (84,5%) também referiu ter sido infetada pelo ambiente de trabalho no hospital. Dos 20 enfermeiros que neste estudo, estavam convictos de terem sido infetados no local de trabalho, 12 (36,4%) afirmaram que tiveram contacto próximo com doente confirmado e 4 enfermeiros (12,1%) tiveram contacto com doente suspeito de resultado positivo para COVID19, antes da confirmação do diagnóstico. Estes resultados não corroboram na totalidade, os encontrados no estudo de Jin et al. (2020), pois 73,6% dos profissionais de saúde referem que tiveram contacto próximo com doente confirmado, enquanto que 17,2% dos profissionais de saúde tiveram contacto próximo com doentes suspeitos. Ou seja, foram encontrados os mesmos contextos, mas não nas mesmas proporções amostrais, tendo havido mais enfermeiros no estudo de Ji et al. (2020), infetados no trabalho do que no presente estudo.

No estudo de Lai et al. (2020) houve 65 respondentes (59,1%) que atribuíram a infeção ao contato com doentes que só posteriormente foram diagnosticados com COVID-19, fenómeno só verificado em 4 enfermeiros (12,1%), no presente estudo, o que de algum modo parece ser tradutor de melhores condições de contexto laboral.

Neste estudo, 5 elementos da amostra (15,1%), tiveram contacto com elemento da equipa confirmado, 1 enfermeiro (3%) com elemento da equipa suspeito, e 5 enfermeiros (15,1%) tiveram contacto desprotegido com elementos da equipa, enquanto que no estudo de Jin et al. (2020), verifica-se que 36 profissionais (41,4%) foram expostos aos seus colegas de trabalho que estavam confirmados. No estudo de Lai et al. (2020) 12 (10,9%) assumiram a sua

infecção ao contato com colegas. Independentemente dos valores absolutos, foi mais elevado o valor relativo dos enfermeiros infetados na equipa, neste estudo e em Portugal do que no estudo deste autor, na China, cidade de Wuhan.

Há focos de infeção nos locais de saúde

Relativamente aos focos de infeção, não se verificaram diferenças entre países: os enfermeiros infetados no local de trabalho e neste estudo, identificaram como focos da infeção: os procedimentos básicos nas práticas cuidativas de enfermagem (24,2%), o contágio de superfícies ou contextos de morbilidade (6,1%), a Insuficiência ou negligência em relação aos EPIs (6,1%) e ao cansaço físico e exaustão (6,1%). Além destes, são mencionados como foco, os tempos e interações nos atos cuidativos de enfermagem, aos quais não podem nem devem omitir-se, fenómeno que coloca o risco, como pertinente para necessária análise, e que aqui se identifica como as continuas e sucessivas ações de aspiração de secreções (6,1%); e de sucessivas e continuadas ações da colocação de SNG (3%), bem como as colheitas na naso e orofaringe (3%).

No estudo de Jin et al. (2020), e com bastante semelhança, os três principais procedimentos de infeção reconhecidos, foram: a execução da técnica de aspiração de secreções, os procedimentos básicos de enfermagem e a colheita de zaragatoa faríngea. Esta variável identificada, a execução de técnicas de enfermagem, ao nível da componente superior do corpo do doente, parece ter aqui uma representação dominante, razão pela qual se considera, que a divulgação dos resultados deve apresentar esta variável como tema de atenção em estudos futuros e foco de cuidados redobrados no presente cuidativo.

No que toca aos focos identificados como “de infeção” no estudo de Jin et al. (2020), 43 elementos da amostra, reconheceram a existência de problemas de equipamento de proteção individual (EPI) como a causa da sua infeção. Destes, 44,2% expressaram que acreditavam que a infeção era causada pela oferta inadequada de equipamentos de proteção, e outros 32,6%, consideraram que era devido à proteção insuficiente fornecida pelos equipamentos de proteção individual (EPI) que possuíam, já que estava instalada a prática de usar apenas máscara cirúrgica para contactar com casos confirmados. No estudo de Malik et al. (2020) a taxa de infeção pode estar atribuída a medidas de proteção insuficientes no início desta pandemia que expuseram os profissionais de saúde a um maior risco. Tendo em conta que a prestação de cuidados de Enfermagem requer muita proximidade com os doentes, o uso de EPI no contexto desta pandemia é essencial para a prevenção da contaminação dos enfermeiros. A falta de equipamento de proteção individual no início desta pandemia, bem como o desconhecimento

em relação ao seu uso, tornou-se uma das principais causas de contaminação dos enfermeiros. Tudo isto levou a DGS a elaborar normas e orientações no sentido de definir a adequada utilização, pelos profissionais de saúde, do equipamento de proteção individual (EPI), foram implementadas medidas de precauções básicas em controlo de infeção (PBCI) e medidas baseadas nas vias de transmissão ao nível das instituições de saúde, foram também estabelecidas normas sobre os procedimentos a serem adotados pelos profissionais de saúde devido ao risco de exposição profissional ao SARS-CoV-2 que apresentam.

Entre a exaustão e a sobrecarga

Outro fenómeno, que se verificou e que também é apontado pela amostra, é a exaustão e a sobrecarga horária, tendo sido reconhecida, ao nível do nº de horas semanais de trabalho: apesar de a maioria (21=63,6%) assumir que trabalha as 35h semanais, há contudo 24,2% da amostra em sobrecarga: 2 (6,1%) enfermeiros trabalham em sobrecarga de trabalho com 45 e 46 horas por semana, 2 (6,1%) trabalham 50 horas por semana, em alta sobrecarga nível 1, outros 2 (6,1%) trabalham 60 e 65 horas por semana, em alta sobrecarga nível 2, respetivamente, e por último 2 enfermeiros (6,1%) com 80 horas por semana, em alta sobrecarga nível 3. Este conjunto de resultados, corrobora em parte os factos encontrados, (mas não os valores) com os de Jin et al. (2020); já que estes investigadores, encontraram mais enfermeiros (46=44,7%), com mais de sete horas por dia, num ambiente que apresentava risco de infeção.

Partindo do pressuposto que num horário normal, os profissionais de saúde já têm probabilidade de serem infetados, quando se desencadeiam as necessidades de nível de sobrecarga, aumenta o nível dessa probabilidade. Os enfermeiros que apresentam alta sobrecarga, nomeadamente do nível II (\geq a 60 horas semanais) e nível III (\geq a 80 horas semanais), também apresentam duas vezes mais probabilidade, de serem infetados do que os outros profissionais com horário normal (35 horas por semana), pois permanecem nos locais de trabalho, algo próximo do dobro do tempo. E como se não bastasse, estão mais tempo, mais cansados, menos atentos e menos vigilantes. E este pormenor, não se dirige só ao doente, dirige-se sobretudo a si próprio. É que ao estar menos atento e vigilante, pode permanecer menos atento a gestos e contactos menos seguros, e sem dar-se conta, correr risco de contaminação. Curiosamente, estas reflexões a partir das horas em sobrecarga vêm corroborar as expressões encontradas na literatura, quando apresenta resultados de estudos relativos ao excesso de número de horas de trabalho: associado a um risco aumentado de níveis elevados de stress, ansiedade, depressão e burnout (El-Hage et al., 2020). Associado ainda a um medo

constante de se infectar, medo de “levar o vírus para a família”, nervosismo devido ao novo vírus, e sentimento de impotência (Raza et al., 2020). Paula et al. (2021) refere ainda no seu estudo que os profissionais de saúde apresentam sentimentos como: a obrigação, preocupação com a morte, tristeza, discriminação, isolamento, incerteza e dúvidas relativamente ao futuro. Sendo que Borges et al. (2021), completa ainda com o sentimento de angústia e insegurança, acerca das experiências vividas pelos enfermeiros, sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19. Todos estes sentimentos podem ter implicações na saúde mental dos profissionais de saúde, pois como refere Jin et al. (2020), manter a saúde mental dos profissionais de saúde é essencial, para controlar melhor as doenças infecciosas.

Entre a família e a comunidade

No presente estudo, 4 participantes (12,1%), assumem ter sido contaminados na comunidade enquanto que 5 enfermeiros (15,2) referem ter sido contaminados em contextos familiares, o que corrobora com o estudo de Lai et al. (2020), que 14 profissionais de saúde (12,7%) assumiram a sua infeção no contato com familiares ou amigos e 14 elementos da amostra (12,7%) foram presumivelmente infetados por infeção adquirida na comunidade. O estudo de Jin et al. (2020) referem que 5 elementos da amostra (4,9%) foram infetados na vida quotidiana ou pelo ambiente na comunidade. Enquanto o estudo de Malik et al. (2020), referem que a grande taxa de infeção entre os profissionais de saúde daquele hospital pode ser explicada pela transmissão na comunidade, visto que: (1) alguns profissionais de saúde foram infetados na comunidade durante a primeira fase da pandemia devido à falta de conscientização, (2) pelo facto de terem estado em reuniões sociais fora do local de trabalho, e ou (3) terem estado em contato com doentes conhecidos com COVID-19 na comunidade e, além disto, da convicção da (4) falta de proteção individual fora do local de trabalho.

Não sei como nem aonde

O presente estudo concluiu ainda que 6 enfermeiros (18,1%) não sabem qual possa ter sido o foco de contaminação. Da mesma forma que no estudo de Jin et al. (2020) 5 elementos da amostra, não sabiam como foram infetados e no estudo de Lai et al. (2020), 19 profissionais de saúde (17,3%) assumiram que não se conseguiam lembrar do histórico de exposição.

Que “Sinais e sintomas”?

Os sinais e sintomas verificados com maior expressão foram os referentes ao sistema neurológico, verificados em 18 enfermeiros, 54,5% da amostra, com destaque para as mialgias, verificadas em 10 participantes, 30,3% da amostra, corroborando o estudo de de Khan et al. (2020), que verificaram as dores musculares em 47,1%, da amostra, o de Jin et al. (2020) em

35,9%, e o de Lai et al. (2020), em 56,4% das respetivas amostras. Relativamente a outro sintoma aqui encontrado, as cefaleias, presentes em 5 elementos desta amostra (15,2%), vêm corroborar os sintomas encontrados por Khan et al. (2020), que também observaram cefaleias em 31,4% dos respondentes, os resultados de Jin et al (2020) que verificaram esse sintoma em 21% dos participantes, além de Lai et al. (2020), que constataram em 45,5% da amostra e ainda Mao et al., (2020) que verificaram cefaleias em 13,1% da sua amostra.

Relativamente à ageusia, aqui verificada em 15,2% dos enfermeiros infetados respondentes, corrobora os resultados, do comprometimento do paladar manifestado em menor dimensão, por 5,6% da amostra estudada por Mao et al., (2020). Outro tipo de sinalética, aqui verificada em 4 enfermeiros, 12,1% da amostra, a anosmia, verificada por Malik et al. (2020), em 38,8% da amostra, e ainda em Mao et al (2020), que também verificou o comprometimento do olfato manifestado em 5,1% dos doentes estudados.

Verificou-se que 4 enfermeiros (12,1%) referiram sintomas respiratórios, tal como tosse em 9,1% dos enfermeiros e dispneia em apenas 1 elemento da amostra (3%), o que corrobora em parte, com as sinaléticas clínicas mais evidentes descritas, factos que corroboram os resultados encontrados em Khan et al. (2020) que verificaram a presença de tosse e de dispneia em 59,5% e 57%, dos doentes estudados, e em parte os sinais de tosse seca em 34,0% da amostra verificados por Malik et al (2020), que registaram a tosse em 54% dos doentes e a dispneia em 26,6% da amostra. Também Lai et al (2020), registam a tosse em 56,4%, e a dispneia em 35,5% dos doentes estudados, respetivamente, e ainda, no estudo de Mao et al (2020) que assinalaram a tosse em 50,0% da amostra.

A febre foi assinalada neste estudo por 21,2% dos enfermeiros, como um dos sintomas mais frequentes ao longo do seu processo infeccioso, o que vem corroborar os resultados encontrados no estudo de Khan et al. (2020), cujo sintoma mais comum foi a febre, em 72,7% da amostra, com Jin et al. (2020) onde a febre se verificou em 48,5% da amostra, em Malik et al. (2020) em 84,2% dos respondentes, no estudo de Lai et al. (2020), que se evidenciou em 60,9% da amostra, e em Mao et al., (2020) que foi verificada, em 61,7% dos doentes estudados.

Por fim, é pertinente que se observe que sinais e sintomas como por exemplo a anorexia a diarreia, a dor de garganta, a dor abdominal, e ainda, algumas manifestações do sistema nervoso central (SNC), como: a tontura, o comprometimento da visão e até as lesões associadas ao aparelho músculo-esquelético (Mao et al., 2020), não foram aqui verificadas.

Outro fenómeno que importa referir, é o facto de quase um quarto (1/4) da amostra deste estudo, cerca de 18,2% dos enfermeiros, assumem ter estado infetados e assintomáticos.

Este fenómeno, que pode colocar em perigo os próprios e os seus próximos, vem corroborar os resultados também já encontrados nos estudos de Khan et al. (2020), de Malik et al. (2020) e de Lai et al. (2020), onde referem este fenómeno, e apresentam 23%, 7,2% e 0,9%, respetivamente, de respondentes infetados e assintomáticos, durante o período patológico. Tal como a literatura apresenta, os assintomáticos constituem uma fonte de preocupação segundo as entidades de saúde pública, porque continuam a poder pensar na “falsa inocuidade” da sua condição, o que os leva a manter contactos pessoais no seu dia a dia, contribuindo assim para a probabilidade da rápida disseminação da infeção.

Compreender o isolamento em “*Confinar: Casa ou hospital*”

O isolamento da totalidade da amostra foi feito no domicílio, apenas 1 enfermeiro, pelo agravamento dos sintomas teve de ficar internado durante 1 semana. Enquanto que no estudo de Jin et al. (2020), 47 do total dos profissionais de saúde estudados foram isolados no hospital e 38 em casa. De referir ainda que dos profissionais de saúde que fizeram o isolamento no domicílio, 68,4% viveram sozinhos. E no estudo de Malik et al. (2020), apenas 20 do total dos profissionais estudados (14,4%), foram hospitalizados e os restantes foram tratados em isolamento domiciliário (59,7%) ou em isolamento institucional (25,9%).

O isolamento no domicílio torna necessária a gestão de espaço e de um cuidador para o apoio necessário em cuidados de saúde, e bens imprescindíveis à alimentação e outros: facto difícil para a amostra (vive com a família), contudo verificou-se que 48,5%, vive em meio rural, em habitações com uma área igual ou superior a 200m².

Que “*Sentimentos e emoções*” perante o diagnóstico?

Neste estudo verificou-se que a grande maioria dos respondentes - 93,9% dos enfermeiros - assumiu apresentar alterações emocionais, desde o momento em que teve conhecimento factual do seu diagnóstico, fenómeno que vem corroborar os resultados de Jin et al. (2020), ao verificarem que 88,3% dos profissionais de saúde do seu estudo, viveram stress psicológico ou alterações emocionais durante o período de isolamento. Segundo a amostra, estar infetado, transforma a perspetiva de vida e de condições de vida. A experiência de viver a infeção e o isolamento, fez emergir em cada pessoa, perspetivas diferentes de sentimentos também diferentes, relativamente às mesmas condições de vida. Os sentimentos ou emoções mais frequentemente percebidos pelos enfermeiros, foram: o medo em 51,5% dos enfermeiros, o que vem corroborar os resultados encontrados em Xiang et al. (2020), em doentes com SARS COV 2 confirmados ou suspeitos, já que os autores revelaram que estes

doentes podem sentir medo das consequências da infeção por um novo vírus potencialmente fatal.

Neste estudo, foi ainda assumido o sentido e significado atribuído a um tipo de revolta intensa e interior ou injustiça, através da expressão da tríade da hostilidade: 21,2% dos participantes assumiram sentir fúria e raiva, relativamente ao facto de sentirem como injusta e inusitada a sua contaminação. Este conjunto de sentimentos não encontrou paralelismo em estudos prévios.

Além destes, foram encontrados outros sentimentos, profundamente relacionados com estados de corpo desprazerosos, como por exemplo a angústia, em 15,2% dos respondentes, da tristeza em 12,1%, que no seu conjunto de energia, e de alguma forma, vão construindo nos sujeitos, o que se identifica como a Indefensão Aprendida – aqui verificada em 9,1% dos participantes – e que revelam alterações emocionais negativas, na forma como estes enfermeiros interpretam e encaram a doença.

Importa referir – o que também não tem estudos de corroboração – o sentimento de sentir a surpresa - em 12,1% dos elementos da amostra -, seja perante o diagnóstico, seja perante o contexto em que hipoteticamente decorreu a contaminação.

Mudanças de Vida.... Entre as dificuldades e as adaptações

A situação de infetado provocou mudanças na vida dos enfermeiros. Mudanças estas que ocorreram a nível emocional, pessoal, familiar, social, profissional e financeiro. A nível emocional foram notórios os estados emocionais negativos, que corroborando Jin et al (2020), se identificam como:

A raiva em 9,1% dos respondentes, por ter sido contaminado por alguém que sabia que tinha tido contactos. Além deste, o sentimento de culpa, revelado em 27,3% dos enfermeiros, emergiu, por ter contaminado outras pessoas e por ter sentido que prevaricaram nos seus comportamentos e não terem respeitado as normas epidemiológicas do bloqueio à infeção. Este sentimento, não corrobora, mas encontra uma pequena similaridade, nos resultados de Jin et al (2020) ao apresentarem a preocupação com a saúde da sua família, em 57,1% dos profissionais daquela amostra. Curiosamente, também nesta amostra foi revelado o medo pelo mesmo motivo, como a seguir se verá. O sentimento de incompreensão por parte dos outros, assumido por 6,1% da amostra, vem corroborar o já surpreendente resultado encontrado em Jin et al. (2020) ao revelarem que 28,6% dos seus profissionais estudados, se sentiram discriminados.

Além destes sentimentos, este estudo é singular por não encontrar outros resultados que apresentem contextos humanos em que emergiu a tristeza, - aqui assumida em 69,9% dos

enfermeiros, - e o medo: o medo da evolução da doença, o medo de poder contaminar a família, e da morte em 69,9% dos participantes. Como se estes medos não bastassem, os enfermeiros, corporizam os significados da angústia devido à incerteza da evolução da doença, e por ter que ficar confinado, o que é assumido em 63,3% dos elementos da amostra.

Verificou-se ainda a impotência pessoal perante a situação e para com os outros em 60,6% da amostra, e a acompanhar esta impotência, a revolta assume-se por 48,5% dos participantes. Além destes, são assinalados a ansiedade, a solidão, e a saudade – sentimento peculiar de uma amostra portuguesa - devido ao isolamento da família em 3% dos enfermeiros.

A maior mudança

A nível pessoal, o isolamento familiar e social foi a mudança mais referida pelos enfermeiros. O uso de máscara, de luvas, a desinfecção constante das mãos nas zonas comuns da casa, o arejamento do quarto, os cuidados de desinfecção dos espaços utilizados o tratamento da roupa e da loiça de forma separada, foram os recursos usados para prevenir a disseminação da infeção. No estudo de Jin et al. (2020), dos 38 profissionais que se isolaram em casa, 76,3% usaram máscara em casa, 89,5% não saíram de casa durante o período de isolamento e 71,1% dos profissionais trocavam de máscaras em menos de 8h. A maioria dos profissionais de saúde avaliavam a temperatura regularmente em casa, lavavam e desinfetavam as mãos com frequência, e tinham utensílios alimentares independentes.

O papel da família foi preponderante nesta mudança de vida. Todo o apoio ao nível da alimentação, roupas e bens essenciais ficou a cargo da família, o que fez “estretar laços” com os vários elementos do agregado familiar. A preocupação com os filhos foi uma constante, uma vez que estes também tiveram que ficar em isolamento. Nos casos em que todo o agregado familiar positivou, tornaram-se uma fonte de apoio uns para com os outros.

A privação da vida social nem sempre é bem aceite, a falta de interação com os outros torna as pessoas mais ansiosas. A sociedade nem sempre deu as respostas necessárias a quem tinha que ficar isolado. As escolas não estavam adaptadas a essas situações, não articulavam o ensino presencial com o ensino à distância dos alunos da mesma turma. O estigma da sociedade referido por um dos enfermeiros é corroborado pelo estudo de Jin et al. (2020), quando refere que uma das causas para o stress psicológico é “ser discriminado por outros”, pelo facto de ter sido infetado. No sentido de compreender o sofrimento psicológico de enfermeiros na resposta à COVID-19, o estudo de Paula et al. (2021) e o INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2020), referem o medo do estigma e a discriminação como dois dos problemas mais comuns.

A nível profissional, foi evidente o sentimento de incapacidade por não poder ajudar os colegas devido ao excesso de trabalho e a frustração por ter deixado assuntos pendentes. Alguns enfermeiros referem-se a esta fase das suas vidas como um momento de pausa ou como um período de férias. O recomeço à vida profissional, sofreu algumas alterações por complicações que se mantiveram no pós-covid, ou seja, obrigou a alterações de horário de trabalho e à ausência de capacidade para dar continuidade a alguns projetos profissionais.

As dificuldades financeiras são apontadas por 12,1% dos enfermeiros. Uma das causas destas dificuldades são devidas ao facto de um dos elementos do casal ter de ficar de baixa médica de forma a poder dar apoio ao conjugue (enfermeiro infetado). No início desta pandemia, a infeção por SARS COV-2 não era considerada doença profissional, por isso a baixa médica não era remunerada a 100%, sendo que passou a ser remunerada a 100% para todos os enfermeiros a partir de junho de 2020 (DGS, 2020d). Outra das causas para as dificuldades económicas surge, na medida em que os enfermeiros deixam de poder acumular funções, logo o rendimento mensal depende apenas da baixa médica relativa ao trabalho principal. No estudo de Jin et al. (2020), apenas 1,1% dos elementos da amostra estavam preocupados com a situação económica.

Verificou-se ainda que 12,1% dos enfermeiros não apresentaram dificuldades, o que significa que a grande maioria, em torno dos 88%, sentiu-as. Naquele pequeno grupo alegaram possuir casa com condições e dimensões generosas, que permitiu o isolamento sem dificuldades, o que corrobora com o estudo de Jin et al. (2020), que 11,7% dos estudados, não apresentaram alterações emocionais. Relativamente à variável financeira, 9,1% dos enfermeiros referiram não apresentar repercussões.

Estratégias Adaptativas

Os enfermeiros usaram estratégias adaptativas nomeadamente a nível pessoal, do ponto de vista biológico, psicológico e social. Do ponto de vista biológico são enunciadas medidas como: adotar pensamento positivo, ter paciência, ser resiliente, adotar medidas de distração tais como, praticar bricolage e jardinagem e manter-se proativo. Verificou-se outras medidas como, fazer exercício físico promovendo a auto-reabilitação de forma a evitar a sarcopenia, promover a socialização com os outros à distância, confiar nos cuidadores, pois deles depende a sobrevivência de quem necessita dos cuidados, repousar e fazer uma boa alimentação.

Do ponto de vista psicológico os enfermeiros recorreram à leitura, ao estudo, a ver televisão, como por exemplo ver filmes e séries, ouvir música, estudar e assistir às aulas, os que se encontravam em formação, dirigir o foco para as coisas boas, aceitar a situação sem

culpa e adaptar-se à nova situação. Recorrer à ajuda de profissionais de saúde, tais como psicólogos e psiquiatras para o apoio psicológico, tal como se verifica no estudo de Jin et al. (2020), que 12,1% dos profissionais de saúde procuraram apoio psicológico.

Nas estratégias adaptativas do ponto de vista social, os enfermeiros adotaram algumas medidas, dando elevada importância à comunicação com familiares e amigos, desde os diálogos em família à partilha de sentimentos. A comunicação poderá ser feita por via telefónica, por videochamada, pelos mais variados meios tecnológicos e pelas redes sociais. Sentir o apoio por parte dos outros é de extrema relevância. Da mesma forma também se verifica no estudo de Jin et al. (2020), que em 75,8% dos profissionais, a comunicação com os outros é realizada através do WeChat e em 72,5% dos elementos da amostra é feita por videochamada com familiares ou colegas.

Outra estratégia adotada relativamente à família e amigos foi, o envolvimento de todos à nova situação. Toda a ajuda e apoio que viesse por parte da família e dos amigos, era sentida como uma energia positiva e uma dádiva de esperança.

No estudo de Jin et al. (2020), os profissionais de saúde usaram ainda outras medidas adaptativas eficazes para controlar as suas emoções ou o stress, tais como: a autorregulação em 83,5% dos elementos da amostra, revisão de literatura em 26,4% dos elementos da amostra e evitar informação em 22% dos profissionais. Sendo que 75,8% das equipas expressaram ativamente o seu stress psicológico, face a 24,2% que não o fizeram.

Verificou-se também que esta mudança na vida dos enfermeiros foi facilitadora, pelas boas condições habitacionais que alguns elementos apresentam. Nas famílias em que todos ficaram infetados, tiveram a possibilidade de manter a sua dinâmica familiar.

A partir deste ponto, somente os dados tomam a palavra, e por falta de resultados para comparar ou discutir, inicia-se o processo essencial de análise e reflexão do que nesta metodologia se considerou como a Teoria Fundamentada nos Dados.

“Normas e informações” como empowerment perante a infeção

Os conselhos de quem passou pela experiência podem tornar-se numa fonte de aprendizagem para si próprio, em primeira instância, e em segunda instância, para os outros, pelo que as partilhas são bem-vindas.

Nesta componente, nem a DGS, tinha antes das ocorrências das vagas pandémicas, quaisquer normas de prevenção e bloqueio relativamente à COVID 19. Assim, os enfermeiros aprenderam a descobrir os aconselhamentos, a rever literatura sobre a doença, e obviamente, a refletir acerca e nomeadamente, das normas e orientações sobre as precauções básicas em

controlo de infeção (PBCI) e as medidas baseadas nas vias de transmissão, e a dar cumprimento a essas mesmas orientações.

O “*empoderamento*” pessoal no processo

Os enfermeiros que passaram pela experiência de infetados expressaram todo um conjunto de crenças e ações que poderão ajudar ao empoderamento pessoal dos que poderão viver esta mesma condição. Todas estas crenças e ações consistem em manter a calma, referida por 33,3% dos elementos da amostra, ser resiliente, estar tranquilo, encarar esta nova condição de vida sempre com pensamento positivo e com motivação. A ocupação da mente com tarefas agradáveis de se fazer é outro dos conselhos dados pelos enfermeiros. Aproveitar o tempo disponível com a realização de tarefas que anteriormente não havia tempo para as realizar. A vigilância dos sintomas e a atenção dada ao seu aparecimento foi referida como sendo de extrema importância, de forma a pedir ajuda antes que os sintomas se agravem. Pois a doença covid 19 pode evoluir rapidamente de doença ligeira a doença grave (DGS, 2021). É importante cuidar do corpo, dormindo bem, fazer uma boa alimentação e hidratação, se necessário tomar suplementos vitamínicos e proteicos, repousar e fazer exercício físico, por mais pequeno que seja o esforço. Ter sempre presente mais o apoio da família, pois é com a família que estabelecemos laços afetivos desde a tenra idade, na maioria dos humanos.

Na vertente psicossocial, é importante para o empoderamento pessoal, manter as relações pessoais com a família e os amigos, pelos mais variados meios tecnológicos, de forma a evitar a solidão. Respeitar as áreas da casa para proteger os restantes elementos da família. Deve-se pedir apoio aos profissionais de saúde sempre que necessário, nunca desvalorizando o pedido de apoio psicológico. Os enfermeiros sentem falta de respeito pela profissão que exercem, nomeadamente por parte das entidades governamentais. A falta de recursos materiais e humanos, o excesso do número de horas de trabalho a que os enfermeiros se viam obrigados a fazer no início desta pandemia, bem como a inexistência de um subsídio de risco, são fatores que contribuem para que os enfermeiros não vejam a sua profissão dignificada.

A fé e a oração surgiram como uma das medidas adaptativas do ponto de vista espiritual, bem como a meditação.

Todas estas experiências vividas pelos enfermeiros desencadearam sentimentos perturbadores, tais como, a angústia pela dificuldade em contactar o obter respostas dos serviços de saúde e pelo facto de se ser contactado pelos serviços de saúde, logo no primeiro

dia após o resultado do teste. Sentimentos angustiantes também estiveram presentes apelando à falta de afeto dos profissionais de saúde ao doente em isolamento infetado com SARS-COV2.

O medo como um sentimento perturbador, devido ao risco que os enfermeiros enfrentam no exercício da sua profissão, mesmo respeitando as precauções básicas em controlo de infeção e tomando todas as medidas baseadas nas vias de transmissão.

A ligação continua com a equipa de trabalho e todo o apoio fornecido pelos vários elementos da equipa contribuiu para enfrentar de forma positiva esta condição. Numa situação de internamento, a humanização dos cuidados pela equipa de enfermagem saiu reforçada. Situações como proporcionar ir à janela para ver um familiar que se encontrava na rua, foi preponderante para o equilíbrio emocional daquele enfermeiro, que no momento se encontrava fragilizado. Depois da fase aguda da doença prevaleceu a coesão familiar.

O que virá depois da cura?

No início desta pandemia só podia/devia sair do isolamento quem apresenta-se teste negativo para a covid 19 e para os profissionais de saúde, eram precisos 2 testes negativos para a considerada cura. Os enfermeiros após saírem do isolamento referem não estar ainda a 100%, e assumem estar sintomáticos por vários meses. O estado de fragilidade com que se deparam, os sintomas respiratórios que persistem, deixam-nos sem as mínimas condições para retomarem o seu trabalho laboral. Os enfermeiros deixam transparecer o seu estado de medo, perante as complicações que possam surgir a longo prazo referindo-se aos problemas psicológicos e neurológicos. O aumento das depressões e ansiedade nesta fase também foi verificado. O stress pós-traumático foi referido por um dos enfermeiros, o que corrobora o estudo de Liu et al. (2020), que referiram sintomas clinicamente significativos de transtorno de stress pós-traumático (TSPT) devido à COVID e / ou níveis moderados a graves de ansiedade, e depressão. Foram referidos pelos enfermeiros dificuldades de atenção e memória, bem como lapsos de memória e défice de concentração, alguns meses após a infeção, o que não tem estudos de corroboração. Surgiram outros problemas que ainda se encontram em estudo, do foro neurológico, mental e psicológico e do sistema respiratório. Além destes também foram assumidos, o cansaço, a fadiga para pequenos esforços, a diminuição da força muscular foram sintomas ainda presentes nos enfermeiros, no momento em que preencheram o guião da entrevista. Outro dos sintomas verificados, foi as cefaleias intensas que apenas cedem a analgésicos fortes. Os Distúrbios sensórias como a visão também foi referido como um dos sintomas pós-covid. O recurso à polimedicação com antidepressivos e sedativos, até à data em que foi preenchido o guião da entrevista.

CONCLUSÕES DO ESTUDO

Este estudo partiu do pressuposto que era possível desocultar as realidades vividas por enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal. Para tal fez-se uma análise à bibliografia disponível. Abordou-se a etiopatogenia da SARS COV-2, e fez-se referência à legislação emanada pela DGS, dirigida aos profissionais de saúde, na abordagem ao doente suspeito ou infetado com SAR COV 2. Verificou-se que existe pouca informação sobre este tema.

Na segunda parte seguiu-se uma componente metodológica empírica, de forma a poder dar resposta aos objetivos propostos, para o desenho do estudo.

No que concerne ao objetivo: **Reconhecer o contexto em que se desencadeia a contaminação dos enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;** este encontra resposta nos discursos que constroem a categoria *“Contexto de infeção (1.1)”*, que é revelado pelas categorias filhas de segunda geração *“Foco de contaminação (1.1.1)”*, *“Meandros de vida (1.1.2)”*, *“Sinais e sintomas (1.1.3)”*, *“Confinar: Casa ou hospital (1.1.4)”* e *“E agora? Sentimentos e emoções (1.1.5)”* e as subseqüentes categorias de terceira geração. Concluiu-se que: maioritariamente (69,7%), os enfermeiros foram contaminados no local de trabalho, sendo que 12 (36,4%) assumiram ter sido por contacto próximo com doente confirmado. As principais causas da infeção foram: 24,2% da amostra assumiu ter sido através de procedimentos básicos nas práticas cuidativas de enfermagem, 6,1% da amostra, assumem que decorreu, por contágio de superfícies ou contextos de morbidade, e ainda por Insuficiência ou negligência em relação aos EPIs, assumido também por 6,1% dos enfermeiros, tal como devido ao cansaço físico e exaustão (6,1%), e finalmente, mas não menos importante, à execução da técnica de aspiração de secreções (6,1%). No entanto 4 participantes (12,1%), assumem ter sido contaminados na comunidade, enquanto 5 enfermeiros (15,2) referem ter sido contaminados em contexto familiar. O presente estudo concluiu ainda – o que se considera algo preocupante - que 6 enfermeiros (18,1%) não sabem qual possa ter sido o foco de contaminação.

Os sinais e sintomas mais verificados pelos elementos da amostra foram os referentes ao sistema neurológico, verificados em 18 enfermeiros, 54,5% da amostra, com destaque para as mialgias, verificadas em 30,3% dos participantes, seguido das cefaleias, presentes em 15,2% da amostra, ageusia, também verificada em 15,2% dos respondentes, e anosmia, verificada em 12,1% dos enfermeiros da amostra. A febre também foi revelada por 21,2% dos enfermeiros,

como um dos sintomas mais frequentes, e 12,1% dos participantes, referiram sintomas respiratórios, tal como tosse em 9,1% dos enfermeiros e dispneia em apenas 3% da amostra. Cerca de 18,2% dos enfermeiros assumem ter estado assintomáticos. O isolamento da totalidade da amostra foi feito no domicílio. O sentimento/emoção mais referido foi o “*medo*” em 69,7% dos enfermeiros, fúria em 21,2% dos participantes, tristeza em 18,2% dos respondentes, angústia em 15,2% dos elementos da amostra, surpresa em 12,1% dos participantes e Indefensão em 9,1% dos respondentes, que revelam alterações emocionais negativas, na forma como os humanos interpretam e encaram a doença.

Quanto ao objetivo **Reconhecer as eventuais causas e consequências do fenómeno da contaminação dos enfermeiros por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;** encontra resposta nos conteúdos discursivos que constroem a segunda categoria de primeira geração “*Mudanças na vida (1.2)*”, das categorias filhas de segunda geração “*Dificuldades/Perturbações (1.2.1)*” e “*Estratégias adaptativas (1.2.2)*”, e as subsequentes categorias de terceira e quarta gerações. A dificuldade ou perturbação mais evidente foi a nível emocional, foi notório os estados emocionais negativos, tais como: a tristeza (69,7%), o medo (69,7%), a angústia (63,6%), a impotência pessoal perante a situação (60,6%), a revolta (48,5%), a culpa (27,3%), a raiva (9,1%), incompreensão por parte dos outros (6,1%), a ansiedade (6,1%) e a solidão (6,1%).

A nível pessoal, o isolamento familiar e social foi a mudança mais referida pelos enfermeiros. O uso de máscara, de luvas, a desinfeção constante das mãos nas zonas comuns da casa, o arejamento do quarto, os cuidados de desinfeção dos espaços utilizados o tratamento da roupa e da loiça de forma separada, foram medidas adotadas para prevenir a contaminação da família.

O papel da família foi preponderante nesta mudança de vida. Todo o apoio ao nível da alimentação, roupas e bens essenciais ficou a cargo da família, o que fez “estreitar laços” com os vários elementos do agregado familiar. A preocupação com os filhos foi uma constante, uma vez que estes também tiveram que ficar em isolamento.

A nível profissional, foi evidente o sentimento de incapacidade por não poder ajudar os colegas devido ao excesso de trabalho e a frustração por ter deixado assuntos pendentes. O recomeço à vida profissional, teve que ser ajustado, por diminuição das capacidades físicas e psicológicas deixadas pela infeção. Cerca de 12,1% dos enfermeiros, referem ter apresentado dificuldades financeiras.

Curiosamente verificou-se ainda, que 12,1% dos enfermeiros não apresentaram dificuldades, o que significa que a grande maioria, em torno dos 88%, sentiu-as.

As estratégias adaptativas verificadas em maior número foram as pessoais, de caráter biológico, psicológico e social.

Do ponto de vista biológico destaca-se: o pensamento positivo, ter paciência, ser resiliente, adotar medidas de distração, manter-se proativo, fazer exercício físico, promover a socialização com os outros à distância, confiar nos cuidadores, repousar e fazer uma boa alimentação.

Para a adaptação psicológica, os enfermeiros recorreram à leitura, ao estudo, a ver televisão, ouvir música, estudar e assistir às aulas, dirigir o foco para as coisas boas, aceitar a situação sem culpa, a adaptação à nova situação e recorrer a ajuda de profissionais de saúde, tais como psicólogos e psiquiatras para o apoio psicológico.

No que respeita à socialização, os enfermeiros adotaram algumas medidas, dando elevada importância à comunicação à distância com familiares e amigos, desde os diálogos em família à partilha de sentimentos.

Para o objetivo **Desocultar as vivências específicas do processo de confinamento do ponto de vista profissional, pessoal, biológico, psicológico, social, cultural, ético e espiritual dos enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;** a sua consecução foi obtida através da categoria de primeira geração “*Que conselhos aprendi (1.3)*”, e as subsequentes categorias filhas de segunda geração “*Normas e Orientações (1.3.1)*” e “*Empowerment(1.3.2)*”, e de terceira geração “*Biológico (1.3.2.1)*”, “*Psicossocial (1.3.2.2)*” e “*Espiritual (1.3.2.3)*”.

Os enfermeiros aconselharam a rever literatura sobre a doença, bem como as normas e orientações sobre as precauções básicas em controlo de infeção (PBCI) e as medidas baseadas nas vias de transmissão. Para o empoderamento pessoal a nível Biológico, manter a calma, foi o conselho mais referido pelos enfermeiros, seguido de manter a tranquilidade e de ter paciência. Na vertente psicossocial, é importante, manter as relações pessoais com a família e os amigos, pelos mais variados meios tecnológicos. Respeitar as áreas da casa para proteger os restantes elementos da família e pedir apoio aos profissionais de saúde, mesmo o apoio psicológico.

A fé e a oração surgiram como uma das medidas adaptativas do ponto de vista espiritual, bem como a meditação.

A consecução para o objetivo **Desocultar as perspetivas pessoais para o futuro, do ponto de vista profissional, pessoal, biológico, psicológico, social, cultural, ético e espiritual, dos enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal, através de relatos na primeira pessoa;** foi obtida através da categoria de 1ª geração “*Aprender com os experts 1.4*”, das categorias subsequentes de 2ª geração “*Consequências de sentimentos perturbadores (1.4.1)*” e “*Impacto pós cura - E depois da dita cura (1.4.2)*?” e das categorias de terceira geração.

Os sentimentos perturbadores expressos pelos enfermeiros foram, a angústia e o medo. O apoio da família, amigos e colegas andam de mãos dadas pelo caminho da resiliência. Existem sintomas que perduram, mesmo para além da considerada cura, tais como: dificuldades de atenção e memória, o cansaço, as cefaleias, os distúrbios sensoriais, bem como outros problemas em estudo. A polimedicação é outra das consequências de efeito devastador provocado pela infeção do SARS COV-2.

Este estudo permitiu um pequeno contributo para desocultar as realidades vividas por enfermeiros infetados por SARS COV-2, durante a pandemia 2020 em Portugal, pelo que poderá assumir um contributo para uma melhor compreensão acerca da qualidade dos cuidados.

Aconselham-se mais estudos no sentido de compreender esta realidade vivida a sós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelrahman, Z., Li, M., & Wang, X. (2020). Comparative Review of SARS-CoV-2, SARS-CoV, MERS-CoV, and Influenza A Respiratory Viruses. *Frontiers in Immunology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.552909>
- Awadasseid, A., Wu, Y., Tanaka, Y., & Zhang, W. (2020). Initial success in the identification and management of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) indicates human-to-human transmission in Wuhan, China. *International Journal of Biological Sciences*, *16*(11), 1846–1860. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45018>
- Bandyopadhyay, A. R., Chatterjee, D., Ghosh, K., & Sarkar, P. (2020). COVID 19: An Epidemiological and Host Genetics Appraisal. *Asian Journal of Medical Sciences*, *11*(3), 71–76. <https://doi.org/10.3126/ajms.v11i3.28569>
- Borges, E. M. das N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., Teixeira, A. A. R., Borges, E. M. das N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., & Teixeira, A. A. R. (2021). Percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19. *Rev Rene*, *22*. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>
- Britto, D. S. (2004). STRESS, COPING (ENFRENTAMENTO) E SAÚDE GERAL DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E PROBLEMAS RENAI. *Enfermería Global*, *10*.
- Chaica, V., Pontífice-Sousa, P., & Marques, R. (2020). Abordagem de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a oxigenação por membrana extracorporeal: Scoping review. *Enfermería Global*, *19*(3), 507–546. <https://doi.org/10.6018/eglobal.395701>
- Coutinho, C. P. (2019). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª edição). Almedina.
- Das, D., Datta, A., & Kumar, P. (2020). Exit Strategies for COVID 19: An ISM and MICMAC approach. *Asia Pacific Journal of Health Management*, *15*(3), 94–109. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v15i3.423>
- DGS. (2020a). *Orientação nº 03/2020, Prevenção e Controlo de Infeção por novo Coronavírus (2019-nCoV)*. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Orientac%CC%A7a%CC%83o-003-1.pdf>
- DGS. (2020b). *Orientação nº 013/2020, Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0132020-de-21032020-pdf.aspx>

- DGS. (2020c). *Norma nº 007/2020, Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- DGS. (2020d). *CIRCULAR INFORMATIVA 14/2020, COVID-19—Certificados de Incapacidade Temporária por Doença Profissional*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/06/Circular-Informativa_14_2020.pdf
- DGS. (2020e). *Norma nº 014/2020, Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2: Blocos Operatórios e Procedimentos Cirúrgicos*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142020-de-14072020-pdf.aspx>
- DGS. (2021). *Norma nº 004/2020 atualizada a 19/04/2021, Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0132020-de-21032020-pdf.aspx>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M.-O., & Aouizerate, B. (2020). Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique*, 46(3), S73–S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.014.008>
- Fairclough, N., & Melo, I. F. de. (2012). Análise Crítica do Discurso como método em pesquisa social científica. *Linha D'Água*, 25(2), 307–329. <https://doi.org/10.11606/issn.2236-4242.v25i2p307-329>
- George, F., & Guiomar, R. (2020). Pandemia de COVID-19 em Portugal. *WIKIPÉDIA: A enciclopédia livre*, 1–21.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. (2020). *Protecting nurses from COVID-19 a top priority: A survey of ICN's national nursing associations*.
- Jin, Y.-H., Huang, Q., Wang, Y.-Y., Zeng, X.-T., Luo, L.-S., Pan, Z.-Y., Yuan, Y.-F., Chen, Z.-M., Cheng, Z.-S., Huang, X., Wang, N., Li, B.-H., Zi, H., Zhao, M.-J., Ma, L.-L., Deng, T., Wang, Y., & Wang, X.-H. (2020). Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: A cross-sectional

- survey. *Military Medical Research*, 7(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00254-8>
- Khademi, M., Vaziri-Harami, R., & Shams, J. (2021). Prevalence of Mental Health Problems and Its Associated Factors Among Recovered COVID-19 Patients During the Pandemic: A Single-Center Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.602244>
- Khan, M., Khan, H., Khan, S., & Nawaz, M. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of coronavirus disease (COVID-19) cases at a screening clinic during the early outbreak period: A single-centre study. *Journal of Medical Microbiology*, 69(8), 1114–1123. <https://doi.org/10.1099/jmm.0.001231>
- Koerich, C., Copelli, F. H. da S., Lanzoni, G. M. de M., Magalhães, A. L. P., & Erdmann, A. L. (2018). Teoria fundamentada nos dados: Evidenciando divergências e contribuições para a pesquisa em enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 22(0), 1–6. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180014>
- Lai, X., Wang, M., Qin, C., Tan, L., Ran, L., Chen, D., Zhang, H., Shang, K., Xia, C., Wang, S., Xu, S., & Wang, W. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019) Infection Among Health Care Workers and Implications for Prevention Measures in a Tertiary Hospital in Wuhan, China. *JAMA Network Open*, 3(5), e209666. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9666>
- Linka, K., Peirlinck, M., Sahli Costabal, F., & Kuhl, E. (2020a). Outbreak dynamics of COVID-19 in Europe and the effect of travel restrictions. Em *Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering* (Vol. 23, Número 11, pp. 710–717). <https://doi.org/10.1080/10255842.2020.1759560>
- Linka, K., Peirlinck, M., Sahli Costabal, F., & Kuhl, E. (2020b). Outbreak dynamics of COVID-19 in Europe and the effect of travel restrictions. *Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering*, 23(11), 710–717. <https://doi.org/10.1080/10255842.2020.1759560>
- Liu, D., Baumeister, R. F., Veilleux, J. C., Chen, C., Liu, W., Yue, Y., & Zhang, S. (2020). Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Research*, 292, 113297. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113297>

- LUSA. (2021, Março 1). *Covid-19/Um ano: Quase 28 mil profissionais de saúde infetados e 19 morreram.* www.lusa.pt.
<https://www.lusa.pt/article/FDL3tq4wUzbZMu3XR9zk9jMSZM5iuSI1>
- Malik, F.-T.-N., Ishraqzaman, M., Kalimuddin, M., Choudhury, S., Ahmed, N., Badiuzzaman, M., Ahmed, M. N., Banik, D., Huq, T. S., & Al Mamun, M. A. (2020). Clinical Presentation, Management and In-Hospital Outcome of Healthcare Personnel With COVID-19 Disease. *Cureus*, *12*(8), e10004. <https://doi.org/10.7759/cureus.10004>
- Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, Y., Wang, D., Miao, X., Li, Y., & Hu, B. (2020). Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*, *77*(6), 683–690. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>
- Onuma, F. M. S. (2020). Contribuição da análise crítica do discurso em Norman Fairclough para além de seu uso como método: Novo olhar sobre as organizações. *Organizações & Sociedade*, *27*(94), 585–607. <https://doi.org/10.1590/1984-9270949>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018—Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.* Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018; <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.
- Ordem Enfermeiros. (2020). *Abordagem dos Enfermeiros ao doente com COVID 19 internado na Unidade de Cuidados Intensivos. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17941/ mesa-do-col%C3%A9gio-da-especialidade-de-enfermagem-m%C3%A9dico-cir%C3%BArgica-abordagem-dos-enfermeiros-ao-doente-covid-19-internado-na-uci.pdf>
- Pandemia de COVID-19 em Portugal. (2021). Em *Wikipédia, a enciclopédia livre.* https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Pandemia_de_COVID-19_em_Portugal&oldid=61075329
- Paula, A. C. R. D., Carletto, A. G. D., Lopes, D., Ferreira, J. C., Tonini, N. S., Trecossi, S. P. C., Paula, A. C. R. D., Carletto, A. G. D., Lopes, D., Ferreira, J. C., Tonini, N. S., & Trecossi, S. P. C. (2021). Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado

- de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(SPE). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200160>
- Raza, A., Matloob, S., Rahim, N. F. A., Halim, H. A., Khattak, A., Ahmed, N. H., Durr-e-Nayab, Hakeem, A., & Zubair, M. (2020). Factors Impeding Health-Care Professionals to Effectively Treat Coronavirus Disease 2019 Patients in Pakistan: A Qualitative Investigation. *Frontiers in Psychology*, 11, 572450. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.572450>
- Ribeiro, J. L. P. (2010a). *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª edição). Legis Editora.
- Ribeiro, J. L. Pais. (2010b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. <https://online.fliphtml5.com/pollw/ryib/#p=1>
- Santos, J. L. G. dos, Cunha, K. S. da, Adamy, E. K., Backes, M. T. S., Leite, J. L., & Sousa, F. G. M. de. (2018). Análise de dados: Comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303>
- WHO. (2020a). *CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19) OUTBREAK: RIGHTS, ROLES AND RESPONSIBILITIES OF HEALTH WORKERS, INCLUDING KEY CONSIDERATIONS FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0.
- WHO. (2020b, Julho 9). *Transmission of SARS-CoV-2: Implications for infection prevention precautions*. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>
- WHO. (2020c). *Infection prevention and control health-care facility response for COVID-19*.
- WHO. (2020d). *Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19: Interim guidance*.
- Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet. Psychiatry*, 7(3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Zou, L., Ruan, F., Huang, M., Liang, L., Huang, H., Hong, Z., Yu, J., Kang, M., Song, Y., Xia, J., Guo, Q., Song, T., He, J., Yen, H.-L., Peiris, M., & Wu, J. (2020). SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *The New England Journal of Medicine*, 382(12), 1177–1179. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2001737>

ANEXOS

ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPB, RELATIVO AO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: “VIVER A CONTAMINAÇÃO POR SARS-COV-2 EM ENFERMEIROS - DISCURSOS NA PRIMEIRA PESSOA”.



Parecer

Dados do Funcionário

Nome:

Email:

Filiação:

Parecer

Anexo, Parecer nº 50, decorrente da reunião da CE do dia 31 de maio.

Data

P281402-R341641-D1229717

Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança

PARECER N.º 50 /2021

Sobre o processo: Título do assunto: Estudo sobre “VIVER A
CONTAMINAÇÃO POR SARS COVID-19
EM ENFERMEIROS – DISCURSOS NA
PRIMEIRA PESSOA. ESSa.

Número: 281402

A - Questões com eventuais implicações éticas.

B – Conclusões

1 Face ao exposto a Comissão de Ética do IPB decide emitir Parecer:

Deferido

Indeferido

Condicional

Aprovado em reunião do dia 31/05/2021 , por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética do IPB

Assinado por: **Teresa Isaltina Gomes Correia**
Num. de identificação: B105920982
Data: 2021.05.31 16:58:20 +0100



ANEXO II – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS – GUIÃO DE ENTREVISTA:
“VIVER A CONTAMINAÇÃO POR SARS-COV-2 EM ENFERMEIROS - DISCURSOS
NA PRIMEIRA PESSOA”.

Guião de Entrevista

Viver a Contaminação por SARS-COV-2 em enfermeiros – Discursos na primeira pessoa
As realidades do trabalho de enfermagem, nem sempre têm a visibilidade e legitimidade que o seu esforço e energia representam. Considera-se essencial, reconhecer, dar imagem e representação, a como foi e continua a ser vivido pelos enfermeiros, o fenómeno global de "viver uma situação de contágio por COVID19".

Não basta estar na linha da frente. Importa revelar como é "estar na linha da frente".

O presente estudo tem como objetivo reconhecer as problemáticas e constrangimentos - na perceção dos próprios Enfermeiros infetados por COVID-19 - deste quadro sintomático, suas consequências, limitações e inseguranças.

Assim, solicitamos a sua colaboração, preenchendo este Questionário (10 minutos aproximadamente), mantendo desde já o compromisso de colocar ao seu dispor, num futuro próximo, a publicação dos resultados.

Leia com atenção as questões e responda conforme a sua vivência e experiência acerca do que é apresentado.

A informação prestada é ANÓNIMA E DE CARÁTER CONFIDENCIAL, pelo que em momento algum pode apresentar quaisquer dados pessoais, garantindo assim, a total confidencialidade dos dados.

A finalidade é aceder a informação honesta e sucinta, que permita a análise dos dados e a obtenção de algumas conclusões.

NOTA:

1. Responda a todas as questões, mas se em algum momento não quiser continuar, e decidir abandonar este preenchimento, pode fazê-lo.
2. Nas questões com caixa para texto, pode e deve escrever o que sente e ou pensa, por palavras suas
3. Se sentir que facilita, tente ler e preencher todo o Formulário antes de Enviar.

Obrigada pela sua participação. No fim do preenchimento, carregue em ENVIAR. Obrigada!
Orientação Científica M. A. R. Veiga-Branco, aubra@ipb.pt

Caraterização sociodemográfica e laboral

1. Sexo

- Feminino
- Masculino
- Outro

2. Idade

- 21 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- 60»

3. Estado civil

- Solteiro

Casado / União de facto
Divorciado / Separado
Viúvo
Outro

4. Local de residência

Rural
Urbano

**5. Local ou Locais de trabalho (por exemplo, se é Hospital ou CS, ou clínica Privada...)
ou outro.**

6. Carga de trabalho. Número de horas semanais (atualmente...)

7. Trabalha por turnos

Sim
Não
Outra

8. No sentido de compreender o seu contexto de vida, mencione com quem vive (só, com família, em hospedagem...)

9. Com quantas pessoas partilha diretamente o seu local /casa de habitação

10. Área da casa ou do contexto da sua habitação

11. Número de divisões da casa

12. Antecedentes patológicos

12. Medicação domiciliária

13. Peso

14. Altura

Permita-nos conhecer as Problemáticas e constrangimentos que vive ou viveu, (na sua perceção) como Enfermeiro/a infetado/a por COVID-19

1. Onde foi infetado?

Comunidade
Em casa
Em casa de Amigos
Não sei ao certo
Outra

2. Ocorrência de Contágio

Com doente confirmado de resultado positivo para COVID19
Com doente suspeito, mas não confirmado
Com elemento da equipa confirmado de resultado positivo para COVID19
Com elemento da equipa suspeito, mas não confirmado
Por contágio de superfícies ou contextos de morbilidade
Com familiar confirmado de resultado positivo para COVID19
Com familiar suspeito, mas não confirmado
Com contacto social confirmado de resultado positivo para COVID19

Com contacto social suspeito, mas não confirmado

Outro

3. Refira-se ao processo de como foi infetado

Aspiração de secreções

Colheitas na Naso e orofaringe

Procedimentos básicos

Insuficiência / negligência em relação aos EPIs

Cansaço Físico, exaustão

Contacto desprotegido com elementos da equipa

Stress Psicológico

Outro

3.1. Se respondeu outro, diga como aconteceu

4. Quais os primeiros sintomas

Hipertermia/Febre

Letargia

Mialgias

Tosse

Dispneia

Anosmia (perda do olfato)

Ageusia (perda do paladar).

Outro

4.1. Se respondeu outro, escreva qual ou quais

5. Onde decorreu o local de isolamento

Domiciliário

Hospitalar

Outro

5.1. Se respondeu outro escreva qual

6. O que sentiu no momento, quando soube do diagnóstico

7. Com esta situação de infeção que tipo de alterações aconteceram na sua vida? Faça referência ao nível pessoal, social, profissional; ao local onde fez o isolamento; aos

cuidados a ter na prevenção da contaminação (uso de máscara, desinfeção das mãos) com os outros com quem interage normalmente...

8. Que dificuldades ou perturbações sentiu com esta situação? A nível emocional, pessoal, familiar, social profissional e financeiro.

9. Que sentimentos viveu, durante este processo? ..., assinale só os cinco mais importantes para si.

Tristeza

Angústia

Medo

Impotência pessoal perante a situação que me aconteceu

Incompreensão por parte dos outros

Não aceitação por parte dos outros

Revolta

Raiva

Vergonha

Culpa

Outro

9.1. Se respondeu outro, escreva que outros sentimentos o/a invadiram

10. Que estratégias encontrou para ultrapassar esta situação? Ao nível emocional, pessoal, familiar, social, profissional e financeiro.

11. Perante um colega que está a viver ou vai viver esta sua situação, o que aconselharia? (elencar as maiores dificuldades vividas).

12. Existe mais algum aspeto que queira referir em relação à sua experiência como doente infetado por COVID-19? Algo por exemplo que este estudo possa dar visibilidade em termos de Enfermagem?

Obrigada por participar

Se quiser pode não entregar este questionário.

**ANEXO III- ÁRVORE CATEGORIAL – ESTRUTURA COMPLETA DE 1º, 2ª, 3ª E 4ª
GERAÇÕES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS: “VIVER A
INFEÇÃO POR SARS-COV-2 EM ENFERMEIROS DURANTE A PANDEMIA 2020 EM
PORTUGAL”.**

Árvore categorial “Viver a Contaminação por SARS COVID-19 em Enfermeiros – Discursos na primeira pessoa”

Categoria Principal/Objeto de estudo	Subcategorias – Categorias de 1ª, 2ª, 3ª e 4ª gerações				Conteúdos escritos emergentes das Entrevistas: Componentes Discursivas
	Cat. 1ª geraç ão	Cat. 2ª geraç ão	Cat. 3ª geraç ão	Cat. 4ª geraç ão	
Viver a contaminação por SARS-COV-2 em enfermeiros durante a pandemia 2020 em Portugal	1.1 Contexto de Infecção		1.1.1 Foco de contaminação		<ul style="list-style-type: none"> - Com doente confirmado de resultado positivo para COVID19 (E1, P1, L13); (E4, P5, L136); (E6, P9, L263); (E9, P15, L450); (E14, P24, L734); (E16, P28, L857); (E17, P30, L918); (E21, P38, L1170); (E22, P40, L1231); (E25, P46, L1420); (E28, P51, L1607); (E36, P69, L2175); - Com elemento da equipa confirmado de resultado positivo para COVID19 (E3, P4, L102); (E14, P24, L736); (E20, P36, L1106); (E21, P38, L1170-1171); (E24, P44, L1358); - Contacto desprotegido com elementos da equipa; (E3, P4, L104); (E5, P7, L201); (E20, P36, L1108); (E23, P42, L1296); (E24, P44, L1360); - Com familiar confirmado de resultado positivo para COVID19 (E2, P3, L68); (E8, P13, L389); (E26, P48, L1482); (E30, P54, L1702); - Com doente suspeito, mas não confirmado (E10, P16, L484); (E14, P24, L735); (E17, P30, L918-919); (E33, P61, L1894); - Com contacto social suspeito, mas não confirmado (E13, P22, L670); (E34, P65, L2045); - Com elemento da equipa suspeito, mas não confirmado (E5, P7, L199); - Com familiar suspeito, mas não confirmado (E7, P11, L325); - Com contacto social confirmado de resultado positivo para COVID19 (E18, P32, L981); - [outro] (E11, P18, L546); (E29, P54, L1668); (E32, P59, L1827); (E35, P66, L2109); (E37, P73, L2334);
	1.1.2 Meandros de Vida	1.1.2.1 Trabalho		<ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos básicos (E4, P5, L138); (E14, P24, L738); (E16, P27, L859); (E17, P30, L921); (E18, P32, L983); (E21, P38, L1173); (E28, P51, L1609); (E33, P61, L1896); - por contágio de superfícies ou contextos de morbilidade (E22, P40, L1231-1232); (E31, P57, L1765); - Insuficiência / negligência em relação aos EPIs (E9, P15, L452); (E17, P30, L921); - Cansaço Físico, exaustão (E17, P30, L921-922); (E22, P40, L1234); - Aspiração de secreções (E33, P61, L1896); (E36, P69, L2177); - Colocação de SNG (E1, P1, L15); - Colheitas na Naso e orofaringe (E31, P56, L1767); - Insuficiência de EPIs (E33, P61, L1896); - Stress Psicológico (E22, P40, L1234); - Equipa testada, enfermeiros positivos! (E25, P46, L1422); - Foram feitos testes à equipa e doentes e resultaram vários positivos (E33, P61, L1898); - Abusei [com ou em relação ao contacto de] um doente 2 dias antes do mesmo testar positivo, seria por aí? (E25, P46, L1422-1423); 	

1.1.3 Sinais e sintomas	1.1.2.2 Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - [fui infetado na] Comunidade (E2, P3, L66); (E7, P11, L323); (E18, P32, L979); (E26, P48, L1480); - jantar com familiar (E2, P3, L70) - Num jantar (E26, P48, L1484); - Fazer uma refeição com a família (E10, P16, L486); - Carro, ambos com máscara (E7, P11, L326); - Durante a realização de um exame numa Clínica (E34, P65, L2047);
	1.1.2.3 Casa/Família	<ul style="list-style-type: none"> - [fui infetado] Em casa (E6, P9, L261); (E8, P13, L387); (E10, P16, L482); (E13, P22, L668); (E30, P55, L1700); - Ambiente familiar (E8, P13, L391); - Contacto físico com filho de 5 anos (E30, P54, L1704);
	1.1.2.4 Não sei	<ul style="list-style-type: none"> - Não sei ao certo (E34, P65, L2043); (E35, P67, L2107); - Totalmente desconhecido (E11, P18, L548); - Não sei (E29, P54, L1670); - Desconheço, descobri quando fiz teste serológico (E32, P59, L1829); - Não sei de que forma fiquei infetada (E37, P73, L2336);
	1.1.3.1 Sistema Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> - Mialgias (E9, P15, L454); (E10, P16, L488); (E17, P30, L924); (E23, P42, L1298); (E24, P44, L1362); (E33, P61, L1900); (E34, P65, L2049); (E35, P67, L2113); (36, P69, L2179); (E37, P73, L2338); - Cefaleias (E4, P5, L140); (E16, P28, L861); (E29, P54, L1672); (E33, P61, L1900); (E37, P73, L2359); - Ageusia (perda do paladar) (E6, P9, L267); (E7, P11, L329); (E22, P40, L1236); (E33, P61, L1900); (E37, P73, L2338); - Anosmia (perda do olfato) (E21, P38, L1175); (E26, P48, L1486); (E33, P61, L1900); (E37, P73, L2338); - ...dores de pernas, dores articulares e musculares (E37, P73, L2339-2340); - trémulos nas mãos, lapsos de memória (E37, P73, L2341); - os sintomas eram muito fortes, não tinha olfato/ paladar, não tinha apetite (E37, P73, L2358); - ... fraq...[fraqueza muscular] (E37, P73, L2359); - ... pois se falasse mais um bocadinho ... o cansaço, cefaleias e falta de forças também não ajudou... (E37, P73, L2365-2366);
	1.1.3.2 Sistema Termorregulador	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertermia/Febre (E2, P3, L72); (E14, P24, L740); (E18, P32, L985); (E25, P46, L1425); (E31, P57, L1769); (E37, P73, L2338); - Durante 10 dias a febre não passava (E34, P65, L2061); - SUB febril (E20, P36, L1110); - transpiração noturna, hipersudorese pés durante o dia (E37, P73, L2340-2341);
	1.1.3.3 Sistema Respiratório	<ul style="list-style-type: none"> - Tosse (E13, P22, L674); (E28, P52, L1611); (E37, P73, L2359); - Dispneia (E5, P7, 203); - cansaço fácil subir escadas/ pequenos esforços (E37, P73, L2339); - pois se falasse mais um bocadinho a tosse era continua... (E37, P73, L2365);
	1.1.3.4 Asintomático	<ul style="list-style-type: none"> - Sem sintomas (E3, P4, L106); (E8, P13, L393); (E11, P18, L550); (E32, P59, L1831); - Nenhum [sintoma] (E1, P1, L17); - Estive sempre assintomática (E30, P55, L1706);

		<p>1.1.4 Confinar: casa ou hospital?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Domiciliário (E1, P1, L19); (E2, P3, L74);(E3, P4, L108); (E4, P5, L142); (E5, P7, L205); (E6, P8, L269); (E7, P11, L331); (E8, P13, L395); (E9, P15, L456); (E10, P16, L490); (E11, P18, L552); (E13, P22, L676); (E14, P24, L742); (E16, P28, L863); (E17, P30, L926); (E18, P32, L987); (E20, P36, L1112); (E21, P38, L1177); (E22, P40, L1238); (E23, P42, L1300); (E24, P44, L1364); (E25, P46, L1427); (E26, P48, L1488); (E28, P52, L1613); (E29, P54, L1674); (E30, P55, L1708); (E31, P57, L1771); (E32, P59, L1833); (E33, P61, L1904); (E34, P65, L2051); (E35, P67, L2115); (E36,P69, L2181); (E37, P73, L2343); - foi um isolamento de 7 semanas no quarto da habitação (E36, P69, L2192); - O local onde fiz o isolamento foi no quarto, com presença de WC privativo. Uma bancada com EPIs no corredor junto ao quarto e uma dentro do quarto. (E36, P69, L2195-2197); - A chegada ao isolamento Covid ao [Hospital] Padre Américo para internamento (E36, P69, L2200); - Durante o isolamento domiciliário, ainda tive 3 idas ao SU, por manter sintomas (E36, P70, L2212-2213); 												
		<p>1.1.5 E agora? Sentimentos e emoções</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="439 432 622 794"> <p>1.1.5.1 Medo</p> </td> <td data-bbox="622 432 2098 794"> <ul style="list-style-type: none"> - Medo (E7, P11, L333); (E13, P22, L678); (E17, P29, L928); (E18, P32, L989); (E28, P51, L1615); (E33, P61, L1906); - Ansiedade (E13, P22, L678); (E17, P29, L928); (E20, P36, L1114); (E26, P48, L1490); - Receio (E16, P28, 865); (E33, P61, L1906); - Preocupação (E23, P42, L1302); (E31, P57, L1773); - ansiedade por ter deixado trabalho pendente (E37, P73, L2345-2347); - Nervosismo (E6, P8, L271); - Desespero por ter que ficar em casa mais tempo em isolamento (E30, P55, L1710); - Nervoso (E10, P16, L492); - cada vez a ansiedade se instalava mais (E34, P65, L2061); - Temi o pior (E34, P65, L2062); - Pânico (E36, P69, L2183); - Choque (E36, P69, L2183); - impotência por ter de ficar isolada (E37, P73, L2345); </td> </tr> <tr> <td data-bbox="439 794 622 906"> <p>1.1.5.2 Surpresa</p> </td> <td data-bbox="622 794 2098 906"> <ul style="list-style-type: none"> - Surpresa (E11, P17, L554); (E32, P59, L1835); - Incrédulo (E1, P1, L21); - ... foi tudo muito rápido... (E37, P73, L2345-2347); </td> </tr> <tr> <td data-bbox="439 906 622 1018"> <p>1.1.5.3 Angústia</p> </td> <td data-bbox="622 906 2098 1018"> <ul style="list-style-type: none"> - Angústia (E4, P5, L144); (E24, P44, L1366); (E28, P51, L1615); (E33, P61, L1906); (E36, P69, L2183); </td> </tr> <tr> <td data-bbox="439 1018 622 1137"> <p>1.1.5.4 Tristeza</p> </td> <td data-bbox="622 1018 2098 1137"> <ul style="list-style-type: none"> - Tristeza (E5, P7, L207); (E35, P67, L2117); (E37, P73, L2345); - Desalento (E2, P3, L76); - sensação de ter falhado (E35, P67, L2117); - Senti-me triste/sozinha quatro dias após estás isolada pois fiz 40 anos e não pude estar com ninguém (E37, P73, L2356-2358); </td> </tr> <tr> <td data-bbox="439 1137 622 1257"> <p>1.1.5.5 Fúria</p> </td> <td data-bbox="622 1137 2098 1257"> <ul style="list-style-type: none"> - Revolta (E3, P4, L110); (E5, P7, L207); (E21, P38, L1179); (E22, P40, L1240); - Stop tudo! (E14, P24, L744); - frustração (E35, P67, L2117); - "Questionava como foi possível ficar infetada se tinha os cuidados todos...?" (E37, P73, L2346- 2347); </td> </tr> <tr> <td data-bbox="439 1257 622 1361"> <p>1.1.5.6 Indefinição</p> </td> <td data-bbox="622 1257 2098 1361"> <ul style="list-style-type: none"> - Já estava mentalizada que possivelmente estaria positiva (E8, P13, L397); - Fiquei conformada (E29, P54, L1676); - Que tinha chegado a minha vez de apanhar com o maldito vírus (E34, P65, L2053); </td> </tr> </table>	<p>1.1.5.1 Medo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medo (E7, P11, L333); (E13, P22, L678); (E17, P29, L928); (E18, P32, L989); (E28, P51, L1615); (E33, P61, L1906); - Ansiedade (E13, P22, L678); (E17, P29, L928); (E20, P36, L1114); (E26, P48, L1490); - Receio (E16, P28, 865); (E33, P61, L1906); - Preocupação (E23, P42, L1302); (E31, P57, L1773); - ansiedade por ter deixado trabalho pendente (E37, P73, L2345-2347); - Nervosismo (E6, P8, L271); - Desespero por ter que ficar em casa mais tempo em isolamento (E30, P55, L1710); - Nervoso (E10, P16, L492); - cada vez a ansiedade se instalava mais (E34, P65, L2061); - Temi o pior (E34, P65, L2062); - Pânico (E36, P69, L2183); - Choque (E36, P69, L2183); - impotência por ter de ficar isolada (E37, P73, L2345); 	<p>1.1.5.2 Surpresa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surpresa (E11, P17, L554); (E32, P59, L1835); - Incrédulo (E1, P1, L21); - ... foi tudo muito rápido... (E37, P73, L2345-2347); 	<p>1.1.5.3 Angústia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Angústia (E4, P5, L144); (E24, P44, L1366); (E28, P51, L1615); (E33, P61, L1906); (E36, P69, L2183); 	<p>1.1.5.4 Tristeza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza (E5, P7, L207); (E35, P67, L2117); (E37, P73, L2345); - Desalento (E2, P3, L76); - sensação de ter falhado (E35, P67, L2117); - Senti-me triste/sozinha quatro dias após estás isolada pois fiz 40 anos e não pude estar com ninguém (E37, P73, L2356-2358); 	<p>1.1.5.5 Fúria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revolta (E3, P4, L110); (E5, P7, L207); (E21, P38, L1179); (E22, P40, L1240); - Stop tudo! (E14, P24, L744); - frustração (E35, P67, L2117); - "Questionava como foi possível ficar infetada se tinha os cuidados todos...?" (E37, P73, L2346- 2347); 	<p>1.1.5.6 Indefinição</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Já estava mentalizada que possivelmente estaria positiva (E8, P13, L397); - Fiquei conformada (E29, P54, L1676); - Que tinha chegado a minha vez de apanhar com o maldito vírus (E34, P65, L2053);
<p>1.1.5.1 Medo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medo (E7, P11, L333); (E13, P22, L678); (E17, P29, L928); (E18, P32, L989); (E28, P51, L1615); (E33, P61, L1906); - Ansiedade (E13, P22, L678); (E17, P29, L928); (E20, P36, L1114); (E26, P48, L1490); - Receio (E16, P28, 865); (E33, P61, L1906); - Preocupação (E23, P42, L1302); (E31, P57, L1773); - ansiedade por ter deixado trabalho pendente (E37, P73, L2345-2347); - Nervosismo (E6, P8, L271); - Desespero por ter que ficar em casa mais tempo em isolamento (E30, P55, L1710); - Nervoso (E10, P16, L492); - cada vez a ansiedade se instalava mais (E34, P65, L2061); - Temi o pior (E34, P65, L2062); - Pânico (E36, P69, L2183); - Choque (E36, P69, L2183); - impotência por ter de ficar isolada (E37, P73, L2345); 														
<p>1.1.5.2 Surpresa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surpresa (E11, P17, L554); (E32, P59, L1835); - Incrédulo (E1, P1, L21); - ... foi tudo muito rápido... (E37, P73, L2345-2347); 														
<p>1.1.5.3 Angústia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Angústia (E4, P5, L144); (E24, P44, L1366); (E28, P51, L1615); (E33, P61, L1906); (E36, P69, L2183); 														
<p>1.1.5.4 Tristeza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza (E5, P7, L207); (E35, P67, L2117); (E37, P73, L2345); - Desalento (E2, P3, L76); - sensação de ter falhado (E35, P67, L2117); - Senti-me triste/sozinha quatro dias após estás isolada pois fiz 40 anos e não pude estar com ninguém (E37, P73, L2356-2358); 														
<p>1.1.5.5 Fúria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revolta (E3, P4, L110); (E5, P7, L207); (E21, P38, L1179); (E22, P40, L1240); - Stop tudo! (E14, P24, L744); - frustração (E35, P67, L2117); - "Questionava como foi possível ficar infetada se tinha os cuidados todos...?" (E37, P73, L2346- 2347); 														
<p>1.1.5.6 Indefinição</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Já estava mentalizada que possivelmente estaria positiva (E8, P13, L397); - Fiquei conformada (E29, P54, L1676); - Que tinha chegado a minha vez de apanhar com o maldito vírus (E34, P65, L2053); 														

	1.2 Mudanças na vida	1.2.1 Dificuldades/Perturbações (durante o processo de isolamento)	<p style="text-align: center; color: red; margin-bottom: 0;">1.2.1.1 Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tristeza (E1, P2, L32); (E2, P3, L87); (E3, P4, L121); (E4, P5, L160); (E5, P7, L217 e L221); (E6, P9, L284); (E7, P11, L348); (E8, P13, L402-410); (E10, P16, L503); (E11, P18, L567); (E13, P22, L693); (E18, P32, L1000); (E21, P38, L1191); (E22, P40, L1249 e L1252); (E24, P44, L1378); (E26, P48, L1505); (E28, P52, L1627); (E30, P44, L1723); (E31, P57, L1784); (E33, P62, L1963); (E35, P67, L2131); (E36, P70, L2223); (E37, P74, L2381); - Medo (E2, P3, L87); (E3, P4, L121); (E4, P5, L160); (E6, P9, L284); (E7, P11, L348); (E8, P13, L402-410); (E10, P16, L503); (E11, P18, L567); (E13, P22, L693); (E16, P28, L876); (E17, P30, L941); (E18, P32, L1000); (E20, P36, L1127); (E23, P42, L1321); (E24, P44, L1378); (E25, P46, L1442); (E26, P48, L1505); (E28, P52, L1627); (E33, P62, L1963); (E34, P65, L2065); (E35, P67, L2131); (E36, P70, L2223); (E37, P74, L2381); - Angústia (E1, P2, L32); (E3, P4, L121); (E4, P5, L160); (E5, P7, L221); (E6, P9, L284); (E7, P11, L348); (E10, P16, L503); (E11, P18, L567); (E13, P22, L693); (E16, P28, L876); (E17, P30, L941); (E23, P42, L1321); (E24, P44, L1378); (E26, P48, L1505); (E28, P52, L1627); (E30, P44, L1723); (E33, P62, L1963); (E34, L65, P2065); (E35, P67, L2131); (E36, P70, L2223); (E37, P74, L2381); - Impotência pessoal perante a situação que me aconteceu (E1, P2, L32); (E4, P5, L160); (E5, P7, L221); (E6, P9, L284-285); (E7, P11, L348); (E8, P13, L402-410); (E9, P15, L469); (E11, P18, L567-568); (E13, P22, L693-694); (E14, P24, L755); (E16, P28, L876); (E18, P32, L1000); (E21, P38, L1191); (E22, P40, L1249); (E28, P52, L1627-1628); (E30, P44, L1723-1724); (E33, P61, L1963-1964); (E35, P67, L2131-2132); (E36, P70, L2223-2224); (E37, P74, L2381-2382); - Revolta (E1, P2, L33); (E3, P4, L121); (E5, P7, L221); (E7, P11, L349); (E11, P18, L568); (E16, P28, L876); (E21, P38, L1191); (E22, P40, L1249 e L1252); (E24, P44, L1378); (E26, P48, L1505); (E28, P52, L1628); (E29, P54, L1687); (E30, P44, L1724); (E35, P67, L2132); (E36, P70, L2224); (E37, P74, L2382); - Culpa (E3, P4, L121); (E5, P7, L221); (E13, P22, L694); (E18, P32, L1001); (E20, P36, L1127); (E24, P44, L1378); (E26, P48, L1505); (E33, P61, L1964); (E34, P65, L2065); - Raiva (E16, P28, L877); (E18, P32, L1000); (E26, P48, L1505); - Incompreensão por parte dos outros (E1, P2, L33); (E34, P65, L2065); - Ansiedade (E2, P3, L84); (E36, P69, L2203); - Solidão (E5, P7, L217); (E36, P69, L2203); - saudade dos familiares próximos (E5, P7, L217); - impotência perante a situação (E5, P7, L218); - Receio de infectar os familiares (E17, P30, L938); - Apenas temia a propagação [e] o isolamento não foi a pior parte mas sim se já tinha contaminado mais alguém (E20, P36, L1123-1124); - Preocupação com o meu estado de saúde, com a possibilidade de infectar a restante família (E23, P42, L1316-1317); - deprimida, dificuldade em dormir, angustiada com a incerteza da evolução da doença (E24, P44, L1374-1375); - Sem Paciência para os telefonemas com a família! (E25, P46, L1439); - Ansiedade, por saber que os meus filhos estavam positivos (E26, P48, L1499); - Culpabilização por ter permitido o jantar em que achamos que a contaminação ocorreu (E26, P48, L1499-1500); - Raiva porque a pessoa que me contaminou sabia que tinha tido um contacto e não valorizou (E26, P48, L1500-1501); - paranoia (E28, P52, L1624); - Tranquilidade (E32, P59, L1849); - O receio de contágio permaneceu durante praticamente os 2 meses... (E33, P61, L1925-1926); - No início medo, receio de perder a vida. cada vez que fechava os olhos para dormir, tinha muito medo de não acordar (E33, P62, L1946-1947); - culpa por ter infetado a minha filha (E33, P62, L1948); - Frustração a cada teste semanal positivo (E33, P62, L1957); - O sentimento de culpa por ter colocado alguém em risco é angustiante. (E33, P63, L1996) - Nunca estive tão doente na minha vida (E35, P67, L2127); - tinha a sensação de que ia morrer só, porque não queria contaminar minha família (E35, P67, L2127-2128); - momentos atroz, ansiedade, emoções violentas, solidão... (E36, P69, L2203); - a incerteza que me esperava (E36, P69, L2203-2204); - estava sempre à espera de ouvir a voz da minha filha (E36, P69, L2204);
--	----------------------	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Nos dias seguintes foram mesmo muito difíceis, quer pela doença, quer pela família (E36, P69, L2204-2205); - Só pensava que iria morrer sem ver novamente a minha família (E36, P69, L2206-2207); - queria ver a minha filha e esposa, para lhes dizer o quanto as amava (E36, P69-70, L2208-2209); - Não poder ajudar o meu pai quando se queimou no pé ao levar-me sopa quente, tendo ... vertido quando chegou a minha casa. ... (E37, P73, L2353-2355); - Psicologicamente não foi fácil tinha terminado um relacionamento há pouco tempo, estava a fazer medição para depressão, a gestão de todos estes sintomas, sentimentos e emoções foi difícil... (E37, P74, L2369-2371); - Apesar do apoio da família e amigos via telefone, sentimento de solidão, (E37, P74, L2371-2372); - angústia por estar presa e sozinha, (E37, P74, L2372-2373); - medo de poder infetar os meus pais quando iam lá mesmo estado afastados, pelo facto de levarem os Tupperware lavados para casa deles... (E37, P74, L2373-2374); - O facto de ter chovido muito nessa altura também impediu que eu pudesse vir a varanda ou terraço arejar. tinha de estar presa dentro de casa.... (E37, P74, L2376-2377); - Medo de os sintomas respiratórios agravarem e ter de ir para o hospital... (E37, P74, L2377-2378);
--	--	--	--

			<p>1.2.1.2 Pessoal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolamento no quarto (E14, P24, L749); (E21, P38, L1184); (E29, P54, L1681); - Isolamento (E3, P4, L115); (E28, P52, L1620); - Isolamento da família... (E1, P1, L26); - Estar longe dos meus filhos, receio de infetar restante família (E3, P4, L118) - Isolamento no domicílio, com uso de máscara, desinfeção das mãos e uso de luvas (E4, P5, L149); - ...isolamento em relação ao resto do agregado familiar (E4, P5, L151); - Dificuldade em aceder a bens essenciais, como bens alimentares (E4, P5, L155); - Passei a usar só o quarto e a casa de banho, desinfectava sempre as mãos antes de tocar em algo, o meu lixo era colocado á parte, a roupa também, a louça era lavada sempre na máquina (E5, P7, L212-214); - falta de rotina habitual (E5, P7, L217-218); - ...isolamento sem qualquer contacto (E6, P9, L276); - Uso de máscara 24/7; (E6, P9, L277); - Cansaço psicológico devido ao facto de estar isolado no quarto sem qualquer tipo de contacto exterior (E6, P9, L280-281); - menos motivada (E7, P11, L338); - tentei sempre evitar o contacto com objetos que poderiam ser locais de isso comum e aumentar os cuidados de desinfeção dos espaços utilizados (E7, P11, L339-341); - Dificuldade em aceitar que não estava a ser útil (E7, P11, L344); - Mantive todos os cuidados inerentes... de higiene respiratória (E8, P13, L402-403); - Estar isolada e saber que era necessária noutra local (E8, P13, L402-407); - Isolamento em casa (E10, P16, L497); - Isolamento total a nível pessoal e social (E11, P18, L559); - Uso de máscara nas zonas comuns da habitação e cuidados de higiene e desinfeção redobrados (E11, P18, L559-560); - esta situação nos obriga a isolar socialmente e a não ter contacto com grupos de risco, ao qual pertencem alguns dos meus familiares (E13, P22, L684-685); - alterações que tive de fazer na minha rotina (E13, P22, L689); - Fiquei isolada num quarto com casa de banho (E35, P67, L2122); - Ainda mais precauções de contacto; evitar contactos desnecessários (E16, P28, L870); - Tempo de isolamento difícil de gerir (E16, P28, L873); - ausência de contacto com familiares (E16, P28, L873); - Necessidade de isolamento e distanciamento constante, desinfeção das mãos e superfícies, arejamento do uso de máscara constante (E17, P30, L934-935); - Comecei a evitar proximidades (E18, P32, L994); - Cumpri... isolamento de acordo com a norma da DGS (E20, P36, L1119); - contactos passaram a ser tecnológicos (E20, P36, L1120); - Uso de máscara para ir ao wc. Desinfeção e lavagem das mãos (E21, P38, L1184); - isolamento em relação a todos os restantes elementos da família (E23, P42, L1307); - Deixavam as refeições à porta do quarto. Quando saíam, eu ia buscar. Louça recolhida com precauções de contacto, e lavada à parte. Sempre que saía do quarto (raramente) era com máscara e luvas e com a devida distância dos restantes. Além disso lavagem frequente das mãos e manutenção da etiqueta respiratória. Roupas lavadas à parte (E23, P42, L1307-1311); - Vivi sozinha durante a quarentena, família foi para outra casa (E24, P44, L1371); - Sair do quarto apenas 2 vezes por dias para ir ao WC e preparar comida, máscara em casa, ver os vizinhos à janela para arejar o quarto, tomar banho no fim das colegas de casa. Muito mais lixívia em casa (E25, P46, 1434-1436); - dependência... insónias, separação familiar, uso de máscara no domicílio e limpeza e desinfeção constante da casa (E28, P52, L1620-1621); - separação (E28, P52, L1624);
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de manter os cuidados necessários para evitar contágios, sair de casa só quando estritamente necessário, reduzir ao máximo os contactos com familiares mais afastados (E30, P55, L1715-1717); - Isolamento no domicílio, utilização de espaços separados dos restantes habitantes. Uso de máscaras e restantes medidas de precaução (E32, P59, L1840-1841); - O isolamento foi feito num quarto da casa, onde já estava a pernoitar cerca de 1 mês antes para proteger de alguma forma a minha família (E33, P61, L1915-1916); - Para não manipular loiça ou roupa suja, eu colocava máscara, higienizava bem as mãos e levava a loiça/roupa para a máquina já aberta, normalmente ao final do dia, tentando não tocar no corrimão das escadas, nos interruptores... mesmo assim o marido depois acabava por passar pano com lixívia em todo lado (E33, P61, L1922-1925); - Ninguém entrava no meu carro! (E33, P62, L1929); - No início era como se nos sentíssemos “sujas”; os cuidados de higiene quase exagerados, a higienização do quarto e da casa de banho várias vezes ao dia, o arejamento do espaço, mesmo nos dias mais frios. (E33, P62, L1932-1934); - Na fase mais grave da doença houve um dia que estive desorientada (eu não me lembro muito) (E33, P62, L1950-1951); - Os sintomas...limitavam-me na rotina que tentava manter apesar do espaço. Até o falar ao telefone me cansava muito (E33, P62, L1955-1956); - Senti-me privado da minha liberdade como pessoa (E34, P65, L2058); - Quarto arejado todos os dias (E35, P67, L2224); - Quarto individual, só via algum colaborador esporadicamente (E36, P69, L2201-2202); - sintomas atrozés da doença com início da hidroxicloroquina (E36, P69 L2202); - Durante o internamento, recuperação muito, muito lenta, não dormia, não tinha força (E36, P69, L220-2208); - Um dia de manhã ... vi-me ao espelho, não era eu...perda de 6 quilos (E36, P70, L2213-2214); - Fiquei isolada 21 dias sozinha em casa (E37, P73, L2352); - via os meus pais afastada... (E37, P73, L2353); - Ter de ligar a minha mãe para levar o meu pai a uma clínica para lhe realizar um penso no local da queimadura, não poder cuidar e aproximar dele... (E37, P73, L2355-2356); - Ter de depender dos meus pais para ter alimentação (E37, P73, L2369);
--	--	--	---

			<p>1.2.1.3 Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - preocupação com a situação escolar dos filhos (E4, P5, L155-156); - Todos as áreas eram desinfetadas (E6, P9, L277); - Apenas partilha da habitação com esposa (E11, P18, L560-561); - Stress... familiar (E14, P24, L752); - Ajuda colega de casa (E21, P38, L1184); - ...senti um imenso apoio, que foi fundamental para colmatar as alterações pessoais, sociais e emocionais a que o isolamento levaram (E23, P42, L1315-1316); - Ficamos em isolamento em família. Pois todo o agregado positivou (E26, P48, L1495); - Família, em isolamento profilático, boa compreensão e conhecimento (E32, P59, L1845-1846); - a minha filha mais velha testou também positivo, acabando por ficar isolada comigo, partilhando o espaço (E33, P61, L1917-1918); - As refeições e restante lida da casa e cuidados com a filha mais nova ficaram a cargo do marido, que colocava as refeições ou outras coisas necessárias à porta do quarto (E33, P61, L1920-1921); - A porta do quarto e da casa de banho permaneciam sempre fechados para proteger o resto da família. (E33, P61, L1935-1936); - A minha filha mais nova colocava-nos comida ou outras coisas à porta do quarto, batia à porta e fugia escadas abaixo antes que pudéssemos abrir a porta... (E33, P61, L1937-1938); - o meu marido preocupado no corredor a perguntar se estava tudo bem (E33, P61, L1951-1952); - meu marido vinha trazer comida e o que necessita-se com máscara P2 e levava com luva[s]. Depois desinfetava sempre [sempre] as mãos (E35, P67, L2122-2124); - ...permitiu estreitar os laços (E33, P61, L1958); - A filha mais nova “cresceu” e tinha tarefas de casa a cumprir (E33, P61, L1959); - fez-nos “re”-conhecer-nos melhor,... como pais, como casal (E33, P63, L1975-1976); - ...estávamos juntos (E33, P63, L1977); - O regresso a casa, foi um misto de sensações, um por estar em casa outro por poder contaminar a minha família. Não me lembro de nada, unicamente de chegar ao meu quarto e ver uma mesa à entrada do quarto e outra no quarto, com material de apoio (EPIS). (36, P70, L2209-2212); - os meus pais levavam-me comida uma vez/dia e deixavam cá fora... (E37, P73, L2352-2353); - apesar de ter tido visita dos meus pais, irmã/ afilhada, duas amigas na rua... (E37, P73, L2359-2360); - Fazia sempre recomendações para que colocassem [os tupperwares] novamente na máquina quando chegassem a casa e desinfetar as mãos (E37, P74, L2374-2376); <p>1.2.1.4 Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - A nível social e profissional o estigma da sociedade (E1, P1, L29); - ...houve necessidade de fazer uma pausa (E4, P5, L151-152); - situação escolar dos filhos... nem sempre houve resposta por parte da escola no sentido de adaptação à realidade em causa (E4, P5, L156-157); - Já não havia grande interação social na vida pessoal (E8, P13, L403); - sem contacto social (E10, P16, L497); - o facto de não poder conviver com os outros, da forma que antes convivia (E13, P22, L689-690); - Stress... social... (E14, P24, L752); (7)
--	--	--	---

			<p>1.2.1.5 Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> - ...ausência profissional durante o isolamento (E1, P1, L26); - A nível social e profissional o estigma da sociedade (E1, P1, L29); - ...houve necessidade de fazer uma pausa (E4, P5, L151-152); - senti que não estava a ser suficiente ao não estar a exercer (E7, P11, L338-339); - Recusar exercer funções de enfermagem sem os Epi's adequados (E9, P15, L463); - Stress profissional... (E14, P24, L752); - falta de apoio por parte das chefias/ instituição (E22, P40, L1249); - não conseguir ajudar os colegas de trabalho que estavam sobrecarregados de trabalho (E23, P42, L1317-1318); - Profissionalmente, o horário de trabalho foi alterado de trabalho por turnos, para trabalho matutino pelo Médico de Saúde Ocupacional (E33, P63, L1990-1991); - A nível profissional, muitos projetos foram perdidos, desde o segundo emprego, o lecionar, orientação de alunos em estágio. (E36, P69, L2192-2194); - Ficar limitado a fazer um turno por dia, por indicação da medicina do trabalho (E36, P69, L2194-2195); - A nível profissional senti preocupação/impotência pois sabia que os meus doentes iam ficar sem apoio dado que a minha ausência não foi substituída por outro profissional (E37, P73, L2360-2362); - o facto de ter deixado várias coisas combinadas e agendadas também mexeu comigo pois de um dia para o outro tudo mudou... (E37, P73, L2362-2363); - Não tive oportunidade de deixar as coisas orientadas... (E37, P73, L2363-2364); - Tentei ajudar [à] distância, mas era muito penoso (E37, P73, L2364-2365);
			<p>1.2.1.6 Financeiro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade financeira principalmente (E10, P16, L500); - Económicas (E28, P52, L1624); - sinto muita injustiça a baixa médica que à data da infeção ainda não era considerada doença profissional remunerada a 100%, pelo que ainda aguardo o processo e respetiva compensação. (E33, P63, L1886-1889); - Esposa teve que ficar um mês baixa para cuidar de mim (E36, P69, L2190); - foram os meus Pais que me ajudaram, porque tive 8 meses em casa e a minha esposa 1 mês, com o crédito da habitação e o da viatura, não foi fácil mesmo, tive que pedir ajuda sim (E36, P70, L2218-2220);
			<p>1.2.1.7 Bem na vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem dificuldades ou perturbação (E11, P18, L564); - Não aconteceram alterações na minha vida já colocava em prática precauções básicas e afastamento social (E22, P40, L1245-1246); - ... não senti alterações, visto que o ordenado se manteve (E23, P42, L1314); - Não tive repercussão financeira (E26, P48, L1502); - Não senti praticamente nenhuma perturbação (E31, P57, L1781); - Poucas dificuldades (E32, P59, L1844); - foi um período de "férias". (E32, P59, L1856); - sem qualquer impacto (E32, P59, L1856); - A questão financeira não foi das preocupações centrais, a estabilidade permite cumprir as responsabilidades, sem preocupações adicionais. (E33, P63, L1984-1985);

		1.2.2 Estratégias adaptativas	1.2.2.1 Pessoais	1.2.2.1.1 Biológico	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamento positivo (E1, P2, L36); (E34, P65, L2068); - paciência (E3, P4, L124); (E14, P24, L758); - Resiliência (E33, P62, L1967); - Pensar de forma positiva (E9, P15, L472); - Pensar que amanhã será um dia melhor do que hoje (E2, P3, L90); - Esperar que cada dia passasse sem intercorrências (E3, P4, L124); - Distrair-me ao máximo (E6, P9, L288); - tratar [de] e assuntos pendentes (E17, P30, L945); - Manter rotinas (E18, P32, L1004); - Fazer o isolamento acompanhada (E8, P13, L413); - manter-me proativa (E8, P13, L413); - Dar tempo ao tempo (E25, P46, L1445); - Fazer exercício físico (E29, P54, L1690); - dediquei-me à família e a mim mesma (E30, P55, L1728); - Manter a calma (E31, P57, L1787); - cumprir ao rigor o descanso e isolamento (E31, P57, L1787); - realização de tarefas adiadas, como bricolage, jardinagem... (E32, P59, L1852-1853) - auto-reabilitação (E33, P63, L1980); - a varanda permitia “apanhar sol”, fazer refeições, fazer “caminhada”, exercício físico, socializar (à distância) com amigos, vizinhos e familiares que “aqueciam a alma”. (E33, P61, L1941-1943); - Confiar em quem estava fora do quarto! No marido, na filha mais nova. o resto da casa e a nossa “sobrevivência” dependia deles! (E33, P63, L1969-1970); - Fazer coisas que gosto (E37, P74, L2385); - dormir/ descansar, fazer esforço para comer pois não tinha apetite, perdi peso e massa muscular... (E37, P74, L2388-2389);
--	--	-------------------------------	------------------	---------------------	---

				<p>1.2.2.1.2 Psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - leitura (E4, P5, L163); (E32, P59, L1853); - ler (E17, P30, L944); (E23, P42, L1324); - Estudar (E5, P7, L226); - ver televisão (E10, P13, L506); - focar nas coisas boas (E17, P30, L944); - elaborar planos futuros (E17, P30, L944); - ver séries (E23, P42, L1324); - visualização de filmes e series (E32, P59, L1853); - assistir às aulas (E23, P42, L1324); - Aceitação (E14, P24, L758); - aceitação da situação (E33, P62, L1967); - Aceitar o acontecimento sem culpa e sem criar expetativas em relação aos outros (E22, P40, L1255); - Adaptação (E28, P52, L1631); - não podia negar, não podia correr o risco de por outros em perigo (E33, P62, L1967-1968); - Somos mais fortes do que achamos! (E33, P62, L1968); - não fazer nada é a melhor solução (E33, P62-63, L1968-1969); - Acreditar que tudo vai correr bem (E33, P63, L1971); - Vi séries (E35, P67, L2135); - tive a necessidade de recorrer a profissionais de saúde, nomeadamente a Psiquiatria e Psicologia que me ajudaram a ultrapassar algumas sequelas emocionais/psíquicas que a doença tinha deixado (E36, P70, L2227-2229); - ouvir música, ler coisas inspiradoras e de auto ajuda, acender a lareira (E37, P74, L2385-2386);
				<p>1.2.2.1.3 Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - contacto via telefone com familiares e amigos (E7, P11, L352); - Videoconferências com amigos e familiares (E10, P13, L506); - contacto... pela tecnologia, com familiares e amigos (E20, P36, L1130-1131); - redes sociais (E13, P22, L697-698); - desabafo com amigos (E16, P28, L880); - falar com amigos pelo telefone.... (E23, P42, L1324); - Contacto frequente por telefone com a família (E24, P44, L1381); - redes sociais para falar com amigos (E24, P44, L1381-1382); - falar com amigos e familiares (E17, P30, L944-945); - Comunicação com família e amigos (E21, P38, L1194); - Diálogos em família (E26, P48, L1508); - Partilha de sentimentos (E26, P48, L1508); - Falava com família e amigos por vídeo chamada (E35, P67, L2135); - pedi ajuda, foi uma luz que veio clarear o túnel que estava tão escuro (E36, P70, L2216-2217); - falar com as pessoas que amo (E37, P74, L2386); - sentir que apesar das limitações os amigos deixavam miminhos a porta... (E37, P74, L2386-2387); - sentir que tinha o apoio dos outros (E37, P74, L2387);

		1.2.2.2 Família/Amigos	<ul style="list-style-type: none"> - apoio familiar (E1, P2, L36); (E4, P5, L163); (E16, P28, L880); (E26, P48, L1508); - Não vou conseguir seguir noite! Não tenho casa para isolamento sozinha! (E25, P46, L1429); - os amigos, à distância ou pelo telefone estiveram sempre presentes (E33, P61, L1960); - Os meus pais, familiares e amigos, com as suas palavras e “mimos” (...) traziam força e esperança (E33, P63, L1978-1979); - havia um problema e todos “trabalharam” para o mesmo rumo, (...) com o seu esforço, mas todos na mesma direção; (E33, P63, L1973-1975); - Esposa teve que ficar um mês baixa para cuidar de mim (E36, P69, L2190-2191); - Pedir todo o tipo de ajuda aos familiares mais próximos (E36, P70, L2231-2232);
		1.2.2.3 Tudo bem	<ul style="list-style-type: none"> - Habitação de dimensões generosas ajudou muito (E11, P18, L571); - a nível familiar tudo se manteve praticamente igual, uma vez que podemos continuar em contacto pelo facto de vivermos na mesma casa (E13, P22, L698-699); - A minha casa tem um espaço, e condições que permitiram o isolamento sem dificuldades (E32, P59, L1844-1845); - Considero que o facto de ter boas condições de habitação, pisos diferentes, quartos com boas áreas, várias casas de banho, uma varanda espaçosa, permitiram atenuar um pouco as restrições (E33, P61, L1939-1941)
	1.3 Que conselhos aprendi	1.3.1 Normas e Informações	<ul style="list-style-type: none"> - Respeitar as indicações fornecidas (E1, P2, L39); - O uso de máscara e desinfeção das mãos é essencial (E4, P8, L233); - Conhecer lei e normas sobre a doença (E18, P32, L1007); - cumprir com tudo o que é referente ao isolamento (E20, P36, L1134); - manter-me informada, (E33, P63, L1980); - cumprir os cuidados básicos de prevenção da contaminação para terceiros (E33, P63, L1995);

		<p style="text-align: center;">1.3.2 Empowerment (empoderamento pessoal no processo)</p>	<p style="text-align: center;">1.3.2.1 Biológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calma (E2, P3, L93); (E5, P7, L229); (E6, P9, L291); (E11, P18, L574); (E13, P23, L702); (E16, P28, L883); (E20, P36, L1134); (E22, P40, L1259); (E26, P48, L1511); (E29, P54, L1693); (E30, P55, L1731); - tranquilidade (E1, P2, L39); (E25, P46, L1448); (E29, P54, L1693); - Paciência (E3, P4, L127); (E5, P7, L229); (E30, P55, L1731); - arranjar algo de que goste para fazer (E6, P9, L291); - encarar a situação de forma positiva (E7, P12, L355); - não se resguardar relativamente às emoções que está a sentir (E7, P12, L355-356); - Manter a motivação (E8, P13, L416); - positividade (E8, P13, L416); - Vigiar muito bem sintomas (E11, P18, L574); - manter a cabeça ocupada (E13, P23, L703); - Estar atento à evolução dos sintomas (E13, P23, L703-704); - pensamento positivo (E13, P23, L704); - tranquilidade, autocontrolo e tempo (E14, P24, L761); - resolver os problemas que vão surgindo 1 de cada vez, com o menor stress e ansiedade possível. (E16, P28, L883-884); - dormi[r] e alimentar-se bem (E17, P31, L948); - fazer atividades que o próprio goste e que não tem habitualmente tempo para fazer (E17, P31, L948-949); - estar ocupado/distraído com o que gosta (E20, P36, L1135); - tirar o melhor partido do tempo que está em isolamento, sem culpas (E22, P40, L1259-1260); - cuidar da mente (E22, P40, L1260); - conversar (E23, P43, L1327); - ficar calmo (E24, P44, L1385); - repousar (E24, P44, L1386); - comer bem (E24, P44, L1386); - distrair-se (E24, P44, L1386); - Resiliência (E26, P48, L1511); - Estar atento (E26, P48, L1511); - Nunca desvalorizar um sinal ou sintomas (E26, P48, L1511); - Expor-se o menos possível (E28, P52, L1634); - não facilitar (E28, P52, L1634); - coragem (E30, P55, L1731); - atento a gravidade dos sintomas, procurando ajuda caso haja agravamento (E31, P57, L1990-1991); - descanso (E31, P57, L1991); - ficar em casa (E31, P57, L1991); - Vigiar os principais sintomas (E32, P60, L1859); - aproveitar o tempo para as tarefas "adiadas", e/ou, as que mais gostam de fazer (E32, P60, L1860); - Ser positivo (E32, P60, L1860); - Aceitar o momento como uma pausa (E33, P63, L1997); - estar muito atentos aos sinais do nosso corpo e agir rapidamente; a hidratação, a alimentação, a suplementação vitamínica e proteica; o exercício físico, por mais pequeno que pareça o esforço; (E33, P63, L2002-2004); - criar uma rotina; (E33, P63, L2005); - pedir ajuda se necessário, quer para a parte física, quer emocionalmente. (E33, P63, L2005-2006); - Não desistir da recuperação!... a força de vontade, o objetivo, o foco, tem de existir (E33, P63, L2009-2010); - Muita força e sobretudo pensar que vai ficar bem (E34, P65, L2071);
--	--	---	---	--

1.4 Aprender com os experts	1.4.1 Consequências de Sentimentos Perturbadores		<ul style="list-style-type: none"> - Para se apoiar na família (E35, P67, L2138); - Não deixar arrastar no tempo quando sentir algum sinal de alarme (E36, P70, L2235); - Não ter tanto medo, os sintomas vão passando, (E37, P74, L2392);
		1.3.2.2 Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> - ocupar o tempo com tarefas (E2, P3, L93); - actividades que... preencham e ajudem a ocupar o tempo disponível (E4, P6, L167); - Não pensar demasiado na situação (E9, P15, L475); - Manter... rotinas diárias (E13, P23, L703); - autocontrolo (E14, P24, L761); - Acreditar que tudo vai correr bem! (E33, P63, L1971); - Manter o foco na importância dos cuidados que devemos ter e o pensamento positivo de que fazemos sempre o que está ao nosso alcance. (E7, P12, L360-361); - Manter contacto via telefónica... regular, com ente querido (E4, P6, L166); - Manter contacto virtual com familiares para evitar a solidão e o aumento de ansiedade (E10, P16, L509-510); - manter contacto com quem mais gosta... pelas variadas formas de tecnológicas (E20, P36, L1135-1136); - Comunicação [com os outros] (E21, P38, L11978); - falar muito com família e amigos próximos (E24, P44, L1386); - Mais respeito pela profissão (E28, P53, L1638); - Utilizar áreas exclusivas e separadas (E32, P60, L1859); - Manter proximidade (virtual) com as pessoas significativas (E33, P63, L2007); - [para] não se isolarem, ligar [às] as pessoas significativas, (E37, P74, L2392-2393); - pedir apoio aos profissionais de saúde, (E37, P74, L2393);
		1.3.2.3 Espiritual	<ul style="list-style-type: none"> - meditar (E24, P44, L1385); - FÉ! Como católica, a fé, a oração foi um grande suporte para mim! Tinha tempo para mim, dediquei-o ao meu "eu espiritual"! (E33, P63, L1971-1972); - fazer meditação (E37, P74, L2385);
	1.4.1.1 Angústia	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em contactar serviço de saúde ou ter acesso ao centro de saúde (E2, P3, L97); - A resposta da saúde ocupacional insuficiente. Serviços e saúde com muitas dificuldades em dar respostas. (E11, P19, L578-579); - Colegas enfermeiras que ligam no primeiro dia quando só queremos uma baixa médica. Rever o primeiro telefonema nos cuidados de saúde primários. (E25, P47, L1452-1453); - Não esquecer que o doente infetado com Covid-19 é uma pessoa, que tem de estar isolado mas também precisa de afeto (E35, P68, L2142-2143); 	
	1.4.1.2 Medo	<ul style="list-style-type: none"> - Risco profissional (E14, P25, L765); - Que, mesmo com todos os cuidados e EPI's necessários, infelizmente há sempre o risco de propagação e que ainda assim, estamos todos a ser incansáveis (E20, P37, L1140-1141); - De facto o SARS COV-2 é de facto um vírus muito "potente". (E34, P66, L2075); - Não facilitar... Não esquecer que somos mortais (E3, P4, L131); 	

			<p>1.4.1.3 A caminho da resiliência</p> <ul style="list-style-type: none"> - O apoio dos colegas foi extremamente importante e, sendo enfermeiros, valorizam muito o cuidado ao outro (E24, P45, L1390-1391); - Mantive sempre presente a minha equipa... Contactos telefónicos diários... Manifestação de apoio. Vontade de me ajudar. Total disponibilidade para qualquer situação (E26, P49, L1515-1517); - a Humanização dos cuidados da Equipa de Enfermagem que cuidou de mim (E36, P70, L2241); - Proporcionar ir á janela da enfermaria todos os dias ver a minha Mãe que se encontrava no carro na variante (junto ao heliporto) e eu da janela. (E36, P70, L2243-2245); - Aguardava religiosamente a chegada de alguém da minha família aquela hora, naquele lugar (E36, P70, L2245-2246); - Os enfermeiros são fundamentais no controlo e tratamento da população infetada. (E30, P56, L1735); - Aproveitei também para estudar mais, sobre o conhecimento científico sobre Sars-Cov2/ Covid-19 (E32, P60, L1866-1867); - fez-nos “re”-conhecer-nos melhor, como pessoas, como pais, como casal.. no reencontro (...) estávamos juntos. (E33, P63, L1975-1977);
	<p>1.4.2 Impacto pós cura “ E depois da dita cura?”</p>	<p>1.4.2.1 Afinal ainda não...</p> <ul style="list-style-type: none"> - medo perante os riscos a longo prazo que o vírus pode provocar (E7, P11, L344-345); - Perspetiva igual ao do doente (E18, P33, L1011); - O impacto que causa [em] termos psicológicos nas pessoas positivas é ainda pouco falado. Foi muito difícil regressar ao serviço e para o ambiente que me infetou (E22, P41, L1264-1265); - sinto-me mais frágil, mais ansiosa, mais preocupada (E30, P55, L1720); - no reencontro apesar de estarmos todos de certa forma fragilizados, (E33, P63, L1976); - arranjar estratégias para recuperar o melhor possível (E33, P63, L1981); - Ainda não estou a 100% (E33, P63, L1981); - há sintomas (não respiratórios) que permanecem após a considerada cura; (E33, P64, L2014-2015); - problemas de atenção e memória e outros do foro neurológico (E33, P64, L2014-2016); - foi-me diagnosticado stress traumático pós Covid (E36, P69, L2188-2189); - Aumentou exponencialmente as depressões (E36, L71, P2262); - Mas cheguei aqui ao serviço, fiz a primeira noite, agudizei, pieira, o médico disse logo que não me queria aqui, nem pensar, pronto, tornei a meter atestado e depois vim agora em dezembro para testar as minhas capacidades e ver (E36, P71, L2266-2268); - mas embora tu tenhas muita sintomatologia, estás muito sintomático (E36,P 71, L2279-2280); - isto é ainda sequelas da COVID, estás muito sintomático (E36, P71, L2290); - Acompanhamento/ apoio pós Covid aos profissionais de saúde que mantém sintomas por vários meses (E37, P74, L2397-2398); 	
		<p>1.4.2.2 O que é feito da minha atenção e memória?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinto dificuldades de atenção e memória (E33, P63, L1981-1982); - Após cinco meses de ter sido infetada ainda ...[tenho], períodos de lapso de Memória, concentração. (E37, P74, L2398-2400); 	
		<p>1.4.2.3 Problema em estudo</p> <ul style="list-style-type: none"> - outros problemas do foro neurológico ainda em estudo (E33, P63, L1982-1983); - Pedir ajuda a profissionais especializados na área do foro mental e psicológico (E36, P70, L2235-2236); - Foi quando pediu as provas funcionais respiratórias, estavam todas alteradas (E36, P71, L2286-2287); - todos os profissionais estão a ser seguidos por pneumologia (E36, P71, L2298); 	
		<p>1.4.2.4 O cansaço</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ao fim do dia estou sempre muito mais cansada (E33, P63, L1991-1992); - como o cansaço/fadiga com pequenos esforços; (E33, P64, L2014); - Após cinco meses de ter sido infetada ainda sinto muito cansaço, dores/ diminuição da força muscular (E37, P74, L239-2399); 	

			<p>1.4.2.5 Cefaleias</p> <p>- mas estas cefaleias são COVID não tem dúvida nenhuma (E36, P71, L2250-2251); - quando tenho essas cefaleias intensas eu não consigo fazer nada, eu ainda cheguei a vir trabalhar um dia, cheguei aqui de manhã tive que ir embora (E36, P 71, L2259-2261);</p>
			<p>1.4.2.6 Distúrbios sensoriais</p> <p>- o que afetou mais foi a visão (E36, P71, L2309); - tive que mudar de óculos, mas a médica disse que não tem a certeza se foi do COVID mas o que é certo é que eu tive que alterar (E36, P71, L2309-2310);</p>
			<p>1.4.2.7 Inesperadamente a polimedicção</p> <p>- polimedicado com antidepressivos e sedativos, acompanhado por Psicologia e Psiquiatria até á presente data [desde abril 2020 até março 2021] (E36, P69, L2189-2190); - recorrer a medicação sempre que necessário (E24, P44, L1385);</p>
			<p>1.4.2.8 Efeito devastador</p> <p>- arrasou-me por completo as primeiras semanas de trabalho (E22, P41, L1265-1266); - A minha vida mudou completamente em todas as vertentes (E36, P69, L2188); - Existem momentos que não me lembro de nada (E36, P69, L2191-2192); - Apesar de estar recuperado a doença deixou um rasto devastador na minha saúde mental e mesmo no meu seio familiar e profissional (E36, P70, L2229-2231);</p>

ANEXO IV – CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO ORAL “*INFEÇÃO POR COVID 19 EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM - SENTIMENTOS E EMOÇÕES*” NO CONGRESSO DE LITERACIA EM SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA.



**CONGRESSO INTERNACIONAL
LITERACIA EM SAÚDE E AUTOCUIDADOS
EVIDÊNCIAS QUE PROJETAM A PRÁTICA CLÍNICA**

**CONGRESSO INTERNACIONAL
ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y AUTOCUIDADO
EVIDENCIAS QUE DISEÑAN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

28, 29 de abril 2021

Online

**Organização:
INFAD, Instituto Politécnico de Bragança, Escola
Superior de Saúde**



**D. Florencio Vicente Castro y Dña. Ana María Nunes
Portugués Galvão, presidentes del Comité
Organizador del “*Congreso Internacional
Alfabetización en Salud y Autocuidado. Evidencias que
diseñan la práctica clínica*” celebrado en el Instituto
Politécnico de Bragança de forma online los días 28 y
29 de abril de 2021**

Certifican que D/D^a

MARÍA EMÍLIA CRUZ GOMES

Ha participado en el mencionado Congreso
Internacional

**PRESENTANDO UNA COMUNICACIÓN CON
EL TÍTULO: “*Infeção por Covid 19 em profissionais de
enfermagem – sentimentos e emoções*”**

Fdo: Florencio Vicente Castro
Presidente Asociación INFAD



Fdo: Ana Galvão
Instituto Politécnico de Bragança



**CONGRESSO INTERNACIONAL
LITERACIA EM SAÚDE E AUTOCUIDADOS
EVIDÊNCIAS QUE PROJETAM A PRÁTICA CLÍNICA**

**CONGRESSO INTERNACIONAL
ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y AUTOCUIDADO
EVIDENCIAS QUE DISEÑAN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

28, 29 de abril 2021
Online

**Organização:
INFAD, Instituto Politécnico de Bragança, Escola
Superior de Saúde**

**D. Florencio Vicente Castro y Dña. Ana Maria Nunes
Portugués Galvão, presidentes del Comité
Organizador del “Congreso Internacional
Alfabetización en Salud y Autocuidado. Evidencias que
diseñan la práctica clínica” celebrado en el Instituto
Politécnico de Bragança de forma online los días 28 y
29 de abril de 2021**

Certifican que:

**Maria Emília Cruz Gomes , Maria Augusta Romão da Veiga
Branco**

Participó en el mencionado congreso con el siguiente
trabajo científico

Comunicação Oral

**INFEÇÃO POR COVID 19 EM PROFISSIONAIS
DE ENFERMAGEM - SENTIMENTOS E
EMOÇÕES**



Fdo: Florencio Vicente Castro
Presidente Asociación INFAD



Instituto Politécnico de Bragança



ANEXO V – SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO “VIVER A CONTAMINAÇÃO POR SARS-COV-2 EM ENFERMEIROS – CONTEXTO DE INFECÇÃO”.

30/05/2021

Gmail - Revista Referência | Submissão de artigo



Emilia Gomes <emiliacruzgomes@gmail.com>

Revista Referência | Submissão de artigo

1 mensagem

referencia@esenfc.pt <referencia@esenfc.pt>
Para: emiliacruzgomes@gmail.com

29 de maio de 2021 às 00:13



Caro(a) Maria Emilia da Cruz Gomes,

Agradecemos o interesse pela Revista de Enfermagem Referência.

O seu artigo foi submetido com êxito.

Código do artigo: ----

Título: Viver a Contaminação por SARS-COV-2 em Enfermeiros – Contexto de Infecção

Tipo: Artigo de Investigação Empírica

Ciclo de um Artigo: da Submissão à Divulgação

5 Dias	7 Dias	7 Dias	15 Dias	7 Dias	7 Dias	5 Dias	7 Dias	7 Dias	5 Dias	12 Dias	3 Dias	7 Dias	3 Dias	30 Dias
Fase de Pré-Análise (incluindo estatística, se aplicável)	Fase de Checklist	Editor	Fase de Revisão por Pares	Editor	Fase de Gestão de Artigo	Editor	Fase de Tratamento Técnico e Documental	Fase de Revisão Final	Editor	Fase de Tradução	Editor	Fase de Maquetização e Atribuição de DOI	Editor	Fase de Divulgação Impressa e Digital (Bases de Dados)
	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	
	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	

Dear Maria Emilia da Cruz Gomes,

We thank you for your interest in the Journal of Nursing Referência.

Your manuscript has been successfully submitted.

Manuscript code: ----

Title: Living with SARS-VOC-2 Contamination in Nurses - Context of Infection

Type: Empirical Research Article

Article Cycle: Submission to Dissemination

5 Days	7 Days	7 Days	15 Days	7 Days	7 Days	5 Days	7 Days	7 Days	5 Days	12 Days	3 Days	7 Days	3 Days	30 Days
Pre-Analysis Stage (including statistics if applicable)	Checklist Stage	Editor	Peer-Review Stage	Editor	Article Manager Stage	Editor	Technical and Documentary Support Stage	Final Review Stage	Editor	Translation Stage	Editor	Layout and DOI Assignment	Editor	Online Dissemination (Databases)
	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	
	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	Autor	

ANEXO VI – ARTIGO CIENTÍFICO “VIVER A CONTAMINAÇÃO POR SARS-COV-2 EM ENFERMEIROS – CONTEXTO DE INFEÇÃO”.

Viver a Contaminação por SARS-COV-2 em Enfermeiros – Contexto de Infecção

Living with SARS-VOC-2 Contamination in Nurses - Context of Infection

Vivir la contaminación por SARS-VOC-2 en enfermeras - contexto de infección

Maria Emilia Cruz Gomes^{*}; Maria Augusta Romão da Veiga Branco^{*}

^{*}Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Resumo

As consequências da contaminação de profissionais de saúde, na pandemia por SARS-COV-2, provocou consequências multifatoriais. Desocultar o contexto da contaminação dos enfermeiros infetados por SARSCOV-2, na pandemia 2020, em Portugal, na sua perceção pessoal. Estudo transversal, exploratório, qualitativo, fenomenológico, a partir da análise de conteúdo, aos dados emergentes de entrevistas aplicadas, via on-line, a 33 enfermeiros, infetados e confinados por SARSCOV-2. Da análise das componentes discursivas, emergiu uma Árvore Categorial (AC), que gerou 3 gerações de categorias, expressas da seguinte forma: 1ª categoria global: “*Contaminação por SARS-COV2 - Contexto de infeção (1.)*”, e que insere duas categorias de 2ª geração: “*Foco de Contaminação (1.1.)*” e “*Meandros de Vida (1.2.)*”. Da subcategoria “*Meandros de Vida (1.2.)*”, que explicam a forma de contaminação, através de 4 categorias de 3ª geração: “*Trabalho (1.2.1)*”, “*Comunidade (1.2.2)*”, “*Casa/Família (1.2.3)*” e “*Não sei (1.2.4)*”. Maioritariamente (69,7%), verificou-se que o foco de contaminação foi o local trabalho, através de doentes confirmados (36,4%), e da aplicação de práticas de enfermagem nos seus procedimentos básicos (24,2%). Aconselham-se novos estudos.

Palavras-chave: Enfermeiros; Infecção; SARS-COV-2

Abstract

The consequences of health professionals contamination, in the SARS-COV-2 pandemic, caused multifactorial consequences. To disclose the context of the contamination of infected nurses by SARSCOV-2, in the 2020 pandemic, Portugal, in their personal perception. Cross-sectional, exploratory, qualitative, phenomenological study, from content analysis to data emerging from interviews applied, via online, to 33 nurses, infected and confined by SARSCOV-2. From the analysis of the discursive components, a Categorical Tree emerged, which generated 3 generations of categories, expressed as follows: 1st global category: "Contamination by SARS-COV2 - Infection context (1.)", and that inserts two categories of 2nd generation: "Focus of Contamination (1.1.)" and "Meanders of Life (1.2.)". From the subcategory "Meanders of Life" (1.2.)", Which explain contamination shape, through 4 3rd generation categories: "Work (1.2.1)", "Community (1.2.2)", "Home / Family (1.2 .3)" and "I don't know (1.2.4)". Mostly (69.7%), it was found that the focus of contamination was the workplace, through confirmed patients (36.4%), and the application of nursing practices in their basic procedures (24.2%). Further studies are advised.

Keywords: Nurses; Infection; SARS-COV-2

Resumen

Las consecuencias de contaminación dos profesionales de salud por SARS-COV-2 provocaron consecuencias multifactoriales. Revelar contexto de contaminación de enfermeras infectadas por SARSCOV-2, pandemia de 2020, en Portugal, en su percepción personal. Estudio transversal, exploratorio, cualitativo, fenomenológico, desde análisis de contenido, hasta los datos emergentes de entrevistas aplicadas, vía online, a 33 enfermeras, infectadas y confinadas por SARSCOV-2. Del análisis dos componentes discursivos surgió un Árbol de Categorías, que generó 3 generaciones de categorías, expresadas como sigue: 1ª categoría global: "Contaminación por SARS-COV2 -Contexto de infección (1.)", y que inserta dos Categorías de 2ª generación: "Enfoque de contaminación (1.1)" y "Meandros de vida (1.2)".

La subcategoría "Meandros de vida (1.2)", Que explica la forma de contaminación, mediante 4 categorías de 3ª generación: "Trabajo (1.2.1)", "Comunidad (1.2.2)", "Hogar / Familia (1.2.3)" y "No sé (1.2.4)". En su mayoría (69,7%), se encontró que el foco de contaminación fue el lugar de trabajo, mediante pacientes confirmados (36,4%), y la aplicación

de práticas de enfermagem em seus procedimentos básicos (24,2%). Se recomendam mais estudos.

Palabras clave: Enfermeras; Infecção; SARS-COV-2

Introdução

A pandemia por SARS-COV-2, fez emergir consequências multi trans profissionais, a todos os níveis, mas sobretudo ao nível da contaminação de profissionais de saúde. Desde o início, a falta de conhecimento relativos ao desenvolvimento, propagação e terapêutica da doença, deixou a descoberto um Sistema Nacional de Saúde (SNS) impreparado, com necessidades de progressiva reorganização e reestruturação sistemática dos seus serviços. Desde a impreparação dos recursos – técnicos, humanos, arquitetónicos - até às faltas de equipamentos de proteção individual (EPI), bem como as ausências de normas e as orientações para os profissionais de saúde – nomeadamente no início da pandemia -, todas estas variáveis contribuíram, de forma progressiva e agressiva, para a existência de um grande número de profissionais de saúde infetados. Importa agora referir que a infeção por SARS COV-2 não afeta os enfermeiros só do ponto de vista pessoal, sendo que o afeta também a nível biológico, psicológico, social, cultural, ético e espiritual e profissional.

Enquadramento

Relativamente às causas da infeção, a literatura científica, apresenta alguns resultados que especificamente expressam alguma diversidade. Por exemplo, o estudo de Y.-H. Jin et al. (2020b) - em que dos 103 profissionais de saúde inquiridos, 55 eram enfermeiros -, conclui que do total dos profissionais de saúde, 87 (84,5%) referiram terem sido infetados pelo ambiente de trabalho no hospital, um profissional (1,0%) referiu que a infeção foi devida ao ambiente laboratorial com amostras biológicas de doentes suspeitos ou confirmados, 5 respondentes (4,9%) referiram que foram infetados na vida quotidiana ou pelo ambiente na comunidade, outros 5 elementos da amostra, não sabiam como foram infetados e ainda 5 profissionais de saúde ficaram registados no estudo como havendo outras razões para a sua contagiosidade. Dos 87 profissionais de saúde que estavam convictos que foram infetados pelo ambiente de trabalho no hospital, 64 (73,6%), tiveram contato próximo com doentes confirmados, 15 profissionais (17,2%) tiveram contato próximo com doentes suspeitos, 36 profissionais (41,4%) foram expostos aos seus colegas de trabalho que estavam confirmados e 10 profissionais de saúde são referidos no estudo como sendo outras razões.

Dos 103 profissionais de saúde infetados, 46 (44,7%) respondentes tinham trabalhado mais de sete horas por dia num ambiente que apresentava risco de infeção. As três principais causas da infeção referidas pela amostra foram: transmissão por gotículas (81), transmissão por contato (56) e transmissão por aerossol (25). Houve ainda 8 elementos da amostra que referiram que a causa da sua infeção teria sido por transmissão pelo sistema digestivo e ainda 14 profissionais de saúde referiram não ter a certeza da causa da sua infeção.

Ainda relativamente ao mesmo estudo, e no que respeita aos enfermeiros, os três principais procedimentos de infeção reconhecidos, foram: a execução da técnica de aspiração de secreções, os procedimentos básicos de enfermagem e a colheita de zaragatoa faríngea. Relativamente à amostra em geral, ou seja, de entre todos os profissionais de saúde que fizeram parte do estudo, houve 43, que reconheceram a existência de problemas de equipamento de proteção individual (EPI) como a causa da sua infeção. Destes, 44,2% expressaram que acreditavam que a infeção era causada pela oferta inadequada de equipamentos de proteção, e outros 32,6%, consideraram que era devido à proteção insuficiente fornecida pelos equipamentos de proteção individual (EPI) que possuíam, já que estava instalada a prática de usar apenas máscara cirúrgica para contatar com casos confirmados.

O estudo de Malik et al. (2020) realizado numa amostra de 139 profissionais de saúde, infetados por SARS COV-2 de um hospital, dos quais 56 eram enfermeiros, concluiu que a grande taxa de infeção entre os profissionais de saúde daquele hospital pode ser explicada pela transmissão na comunidade, visto que: (1) alguns profissionais de saúde foram infetados na comunidade durante a primeira fase da pandemia devido à falta de conscientização, (2) pelo facto de terem estado em reuniões sociais fora do local de trabalho, e ou (3) terem estado em contato com doentes conhecidos com COVID-19 na comunidade e, além disto, da convicção da (4) falta de proteção individual fora do local de trabalho. A taxa de infeção evidenciada neste estudo, segundo os autores, pode também ser devida, em primeira análise (1) ao tempo de incubação do SARS-COV-2, pois varia de 0 a 14 dias e ainda, (2) durante a fase latente, pois é difícil reconhecer os doentes portadores da doença, ainda pela verificação de (3) medidas de proteção insuficientes no início desta pandemia que expuseram os profissionais de saúde a um maior risco. Resta ainda reconhecer (1) que pode haver sintomatologia discreta, inespecífica e leve, como em muitos doentes, em que a virulência do SARS-CoV-2 pode não ser grave, pelo que esses doentes podem colocar em risco a saúde da equipa do hospital e da comunidade. Por último, (2) o fenómeno de ser assintomático, e devido à falta de conhecimento sobre a doença, - na fase inicial desta pandemia uma vez que era difícil identificar doentes com

COVID-19 - muitos doentes assintomáticos ou com poucos sintomas – circulavam livremente nas comunidades.

Um outro estudo, o de Lai et al. (2020), desenvolvido com uma amostra inicial de 9684 profissionais de saúde, dos quais 110 (5,5%) estavam infetados com SARS COV-2. Da totalidade de profissionais de saúde infetados, 62 (56,4%) eram enfermeiros, 26 (23,6%) eram médicos e os 22 restantes (20,0%) eram auxiliares de saúde. O estudo concluiu que, dos 110 profissionais de saúde com COVID-19, 70 (63,6%) foram presumivelmente infetados em enfermarias de cuidados gerais, 7 (6,4%) em enfermarias COVID e 14 (12,7%) por infeção adquirida na comunidade. Curiosamente, e para que possa haver reflexão a este respeito, houve 65 respondentes (59,1%) que atribuíram a infeção ao contato com doentes que posteriormente foram diagnosticados com COVID-19, houve ainda 12 (10,9%) que assumiram a sua infeção ao contato com colegas e 14 (12,7%) ao contato com familiares ou amigos. Deve referir-se que os outros 19 profissionais de saúde (17,3%) assumiram que não se conseguiam lembrar do histórico de exposição. No geral, 40 profissionais de saúde (36,4%) referiram ter transmitido o vírus a familiares ou amigos.

A transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer diretamente por gotículas respiratórias (superiores a 5 micra) quando há contacto próximo - menos de 1 metro - com uma pessoa infetada, indiretamente através de fómite, por superfícies contaminadas e por via aérea, aquando de procedimentos geradores de aerossóis (WHO, 2020b).

Questão de Investigação

Qual a perspetiva pessoal e subjetiva, do contexto da contaminação dos enfermeiros infetados por SARSCOV-2, na pandemia 2020 em Portugal?

Metodologia

O estudo é transversal e exploratório, de conceção qualitativa, analítica. Considerando a variável em estudo, assumiu-se que o estudo deveria situar-se num paradigma qualitativo, concebido a partir da “perspetiva fenomenológica para ter a certeza que seria acedido ao fenómeno, através do sentido e significado, emergente das componentes discursivas dos sujeitos que viveram o fenómeno em estudo. Assim, este estudo remete à tipologia da investigação qualitativa, sustentada pelos conceitos do interacionismo simbólico de Mead e a etnometodologia de Garfinkel” (Coutinho, 2019 p.17), na qual, o investigador é assumidamente, um dos atores interpretativos do real, e como tal é também o construtor do conhecimento (Coutinho, 2019 p.17).

Assim, foi selecionada uma análise qualitativa, com a finalidade de poder desconstruir algumas ideias insuficientemente sustentadas e clarificar de forma pessoal e intransmissível o sentido e o significado de experienciar sinais e sintomas de uma infeção em contexto pandémico e isolamento (já que este tipo de análise serve para “investigar ideias, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da perspetiva dos atores intervenientes no processo” Coutinho (2019).

Foi selecionada uma amostra intencional, ou seja, que tivesse vivido o fenómeno em estudo, e portanto, dele fosse assumidamente representativa. Não é, portanto, representativa de uma população, como é pressuposto da metodologia quantitativa, do ponto de vista dos resultados. Apenas se situa numa população – da qual ainda não há publicação com resultados numéricos assumidos - e só pretende ser representativa do fenómeno em estudo. Nesta investigação a amostra respondente ficou constituída por 33 enfermeiros do norte, centro e sul de Portugal, que viveram diferentemente a infeção por SARS COV-2 durante o primeiro e segundo confinamentos da pandemia de 2020, e que representa uma população de todos os enfermeiros infetados em tempo de COVID 19 nesse mesmo período. Foram excluídos todos os enfermeiros que estiveram infetados por SARS COV-2 depois de dezembro de 2020 e aqueles que de alguma forma se negaram a responder à entrevista.

A amostra é não probabilística do tipo “bola de neve”, para o desenvolvimento da qual foi identificado um elemento da população alvo (enfermeiro infetado por SARS COV-2 durante o primeiro e segundo confinamento do ano 2020) e que ao qual lhe foi solicitado, que identificasse outros enfermeiros que tivessem sido infetados e que portanto, se pudessem inserir metodologicamente nessa mesma população (Coutinho, 2019; Ribeiro, 2010b).

Para constituir a amostra, foram contactados 38 enfermeiros, através de redes de contacto primária, secundária e terciária, sendo que o ponto de partida se situou numa unidade de internamento de uma instituição do norte de Portugal.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada (Coutinho, 2019 p. 141), visto que esta reúne as características que melhor se enquadram neste tipo de estudo, e porque, partindo do pressuposto da perspetiva fenomenológica, faz todo o sentido, que além das questões colocadas pelo investigador, possam surgir novas questões – no sentido de atuais e ou inéditas –a partir das respostas apresentadas, às questões iniciais.

Assim, foi elaborado inicialmente (Gomes, E. & Veiga-Branco, MAR), partindo da análise da literatura, um guião de entrevista, que insere em absoluto, as variáveis já apresentadas, para o que é considerado contexto e locais de infeção. Foi construído em formato

online, através do Google Forms, cujas variáveis são questionadas através de questões abertas e fechadas (Coutinho, 2019, p. 141). Devido ao distanciamento físico e minimização da interação face a face (Coutinho, 2019, p. 141), este foi aplicado posteriormente, tendo sido enviado para os elementos da amostra por via on-line e email. Os enfermeiros que constituíram a amostra, foram assim, convidados a participar da pesquisa, através de um contacto inicial de carácter profissional, sendo que foi respeitado o pressuposto de evitamento de contacto físico, seja porque estavam ou tinham estado em confinamento, seja porque na sua condição posterior, foi sempre colocada a questão de tempo escasso. Assim, a partir deste ponto de início, e tal como refere Coutinho, 2019, p. 142) as entrevistas foram implementadas pela Internet. As entrevistas depois de rececionadas foram transcritas na íntegra, para um documento Word, tendo sido assinaladas as páginas e as linhas para poderem ser imediatamente localizadas as unidades discursivas, selecionadas e utilizadas para posterior análise de conteúdo. A informação descritiva, foi organizada e reduzida de forma a possibilitar a descrição e interpretação do fenómeno em estudo, através da metodologia de codificação (Bravo, 1998, e Wiersma, 1995, referido em Coutinho, 2019, p. 216).

Após a recessão de todas as entrevistas, foi efetuada a transcrição das mesmas o que potenciou o primeiro momento de análise (pré-análise) com os discursos. Pois as entrevistas “deverão ser previamente transcritas e a sua junção constituirá o corpus da pesquisa” (Coutinho, 2019, p. 218). A análise crítica do discurso foi realizada com algum recurso à conceção metodológica de Fairclough (Fairclough & Melo, 2012; Onuma, 2020) que cada evento discursivo deve ser analisado sob três dimensões (modelo tridimensional do discurso) simultaneamente: o texto – a sua descrição, a prática discursiva – a sua interpretação e a prática social – a sua explicação. Assim, e partindo destes pressupostos, emergiu uma árvore categorial com três gerações, que de forma organizada, expressam as perspetivas e significados atribuídos pelos participantes ao fenómeno em estudo, do ponto de vista holístico. Toda a investigação obedeceu ao código ético (Ribeiro, 2010), para estarem salvaguardados os pressupostos consignados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo.

Resultados

Como se pode verificar através da Figura 1 relativamente à categoria de primeira geração “*Contexto de Infeção (1)*” vemos que as unidades discursivas fazem emergir 2 categorias de primeira geração, “*Foco de contaminação (1.1)*” que apresenta o ponto inicial da contaminação, e “*Meandros de vida (1.2)*” que aborda os locais e características de contaminação. Desta subcategoria, os “*Meandros de Vida (1.2.)*”, emergem 4 categorias de 3ª

geração: o ponto de início “*Trabalho (1.2.1)*”, a “*Comunidade (1.2.2)*”, a “*Casa/Família*”, como ponto de início (1.2.3)” e “*Não sei (1.2.4)*”.



Figura 1: Apresentação hierárquica da árvore categorial relativa à Categoria Principal e categorias de segunda e terceira gerações

Conhecer o “Foco de Contaminação”

A primeira categoria de segunda geração “*Foco de contaminação (1.1)*”, apresenta as unidades discursivas que esclarecem, que, maioritariamente, os enfermeiros foram contaminados no local de trabalho: “*com doente confirmado de resultado positivo para COVID19*” (9 UD); “*com doente suspeito, não confirmado*” (2 UD), seguido por “*contacto desprotegido com elementos da equipa*” (E23). Há um respondente (E14) que assume ter sido contaminado através de “*... doente confirmado...ou ...suspeito...*” ou “*... elemento da equipa confirmado de resultado positivo para COVID19*”. Outro respondente (E21) refere que pode ter sido contaminado por “*... doente confirmado...*” ou “*... elemento da equipa confirmado de resultado positivo para COVID19*”, outro (E17) assume ter sido contaminado com “*... doente confirmado...*” ou “*... suspeito de resultado positivo para COVID19*”, ainda um elemento da amostra (E5) refere ter sido contaminado “*com elemento da equipa suspeito...*” e por “*contacto desprotegido com elementos da equipa*”. Por fim, três enfermeiros (E3, E20 e E24), assumem terem sido contaminados “*com elemento da equipa confirmado de resultado positivo para COVID19*” e através de “*contacto desprotegido com elementos da equipa*”. Outros 8 participantes, assumem terem sido contaminados em contextos socio-familiares: “*com familiar confirmado de resultado positivo para COVID19*” (4UD), “*com contacto social suspeito, mas não confirmado*” (2 UD); “*com familiar suspeito, mas não confirmado*” (E7) e por último “*com contacto social confirmado de resultado positivo para COVID19*” (E18). Os 5 restantes respondem “outro”, pois não sabem qual possa ter sido o foco de contaminação em

contexto de trabalho. Em resumo, pode verificar-se que o contexto predominante, é indicador de que as infeções nos enfermeiros respondentes, ocorreram através de doentes confirmados de resultado positivo para COVID19.

No grupo 1.2., a segunda variável em estudo (figura 1) - “*Meandros de Vida (1.2)*” – que responde ao “*Onde e Como*”, *aconteceu a infeção*, e, cujas componentes discursivas, fazem emergir 4 categorias de terceira geração, “*Trabalho (1.2.1)*”, “*Comunidade (1.2.2)*”, “*Casa/Família (1.2.3)*” e “*Não sei (1.2.4)*”.

Ser infetado no seu local de “Trabalho”

A subcategoria “*Trabalho (1.2.1)*” assume o estatuto de categoria major: é prevalente, e verifica-se que da totalidade da amostra, maioritariamente (69,7%), os enfermeiros foram contaminados no local de trabalho: “... [por] *Procedimentos básicos*” (8 UD), “*Contágio de superfícies ou contextos de morbilidade*” (2 UD), “*Insuficiência / negligência em relação aos EPIs*” (2 UD), “*Cansaço Físico, exaustão*” (2 UD).

Além destes, são mencionados como foco, os tempos e interações nos atos cuidativos de enfermagem, aos quais não podem nem devem omitir-se, fenómeno que coloca o risco, como pertinente para necessária análise, - na questão já colocada atrás -, e que aqui se identifica como as continuas e sucessivas ações de “*Aspiração de secreções*” (2 UD); e de sucessivas e continuadas ações da “*Colocação de SNG*” (E1), bem como as “*Colheitas na Naso e orofaringe*” (E31), “*Insuficiência de EPIs*” (E33), “*Stress Psicológico*” (E22).

Outro componente de foco, assumido em auto-consciência e em auto-questão: “*Abusei [com ou em relação ao contacto de] um doente 2 dias antes do mesmo testar positivo, seria por aí?*” (E25). Emergem, no entanto, outras componentes discursivas que revelam o contexto de perigosidade, nos casos de “*Equipa testada, enfermeiros positivos!*” (E25) e nos casos em que “*Foram feitos testes à equipa e doentes e resultaram vários positivos*” (E33).

Este conjunto de focos, reconhecidos, poderiam ter sido omitidos? Será que as insuficiências de recursos – humanos, técnicos – têm que ser revistos, na atribuição de responsabilidades? O que será que foi aprendido pelo SNS em geral e pelos enfermeiros em particular no sentido de minimizar estes focos, no futuro?

Ser infetado na “Comunidade”

Relativamente à categoria de terceira geração (1.2.2) “*Comunidade*” fundamentada pela expressão “[fui infetado na] *Comunidade*” (4 UD), verifica-se nas componentes discursivas, que um profissional de enfermagem (E2), foi contaminado durante um “*jantar*

com familiar” (E2), outro “*num jantar*” (E26) e a “*fazer uma refeição com a família*” (E10), pelo que se verifica que a amostra detém este conhecimento de necessidade de afastamento, e o respeita, ou seja, compreende a proibição e o fechamento dos espaços de restauração. Outro elemento da amostra foi contagiado no “*Carro, ambos com máscara*” (E7) e outro “*Durante a realização de um exame numa Clínica*” (E34), o que prova que poderemos ser vítimas dos nossos menores cuidados e dos de outros.

Ser contaminado em “Casa/Família”

A subcategoria de terceira geração (1.2.3) “*Casa/Família*” fundamentada pela expressão “[fui infetado] *Em casa*” (5 UD) apresenta-nos que um profissional de enfermagem considera que foi contaminado por “*Contacto físico com filho de 5 anos*” (E30), pelo que não é de todo desconhecido que as crianças contribuem para a disseminação do coronavírus, mas com menos frequência do que acontece com os adultos. O “*Ambiente familiar*” (E8), também surge como componente discursiva desta categoria, considerando que não é inócuo. A categoria (1.2.4) “*Não sei*” explica que alguns elementos não fazem ideia de como foram contaminados: “*Não sei ao certo*” (2 UD), e “*Não sei*” (E29), e que foi “*Totalmente desconhecido*” (E11), ao ponto de assumir que “*Desconheço, descobri quando fiz teste serológico*” (E32), e ainda de que “*Não sei de que forma fiquei infetada*” (E37). Este conjunto de discursos, deixam claro que é um fenómeno indicador de que não basta o conhecimento científico teórico, para nos assegurar que não possamos ser vítimas de um contágio aparentemente improvável, e viver a infeção.

Discussão

Partiu-se do objetivo de desocultar o contexto da contaminação dos enfermeiros infetados por SARS COV-2, na pandemia 2020 em Portugal. A amostra respondente para aceder a este propósito, foi constituída por 33 enfermeiros, do norte, centro e sul do país, maioritariamente feminina, a viver em meio urbano, com idade situada entre os escalões etários de 21 a 30 anos e, de 51 a 60 anos, tendo em comum a experiência de viver a contaminação por SARS COV 2.

A maioria da amostra (69,7%) refere ter sido contaminada no local de trabalho, o que corrobora o estudo de Jin et al. (2020) no qual, a maioria (84,5%) também referiu o ambiente de trabalho no hospital. Dos 20 enfermeiros infetados no trabalho, 12 (36,4%) afirmaram que tiveram contacto próximo com doente confirmado e 4 (12,1%) tiveram contacto com doente suspeito de resultado positivo, antes da confirmação do diagnóstico. Estes resultados corroboram em geral, os encontrados por Jin et al. (2020), onde foram encontrados os mesmos

contextos, mas não nas mesmas proporções amostrais, tendo havido mais enfermeiros no estudo de Ji et al. (2020), infetados no trabalho do que no presente estudo.

No estudo de Lai et al. (2020), 65 respondentes (59,1%) infetaram-se por contacto com doentes posteriormente diagnosticados com COVID-19, fenómeno só verificado em 4 enfermeiros (12,1%), no presente estudo, o que de algum modo parece ser tradutor de melhores condições de contexto laboral.

Neste estudo, 5 elementos da amostra (15,1%), tiveram contacto com elemento da equipa confirmado, 1 enfermeiro (3%) com elemento da equipa suspeito, e 5 enfermeiros (15,1%) tiveram contacto desprotegido com elementos da equipa, enquanto no estudo de Jin et al. (2020), verifica-se que 36 profissionais (41,4%) foram contagiados por colegas de trabalho, confirmados, e, no estudo de Lai et al. (2020), aconteceu o mesmo, mas só com 12 (10,9%) enfermeiros.

Há focos de infeção nos locais de saúde

Relativamente aos focos de infeção, não se verificaram diferenças entre países: os enfermeiros infetados no local de trabalho, e neste estudo, identificaram como focos da infeção: os procedimentos básicos (24,2%), o contágio de superfícies ou contextos de morbilidade (6,1%), a Insuficiência ou negligência em relação aos EPIs (6,1%), ao cansaço físico e exaustão (6,1%) e à execução da técnica de aspiração de secreções (6,1%) e colocação de SNG (3%). No estudo de Jin et al. (2020), e com bastante semelhança, os três principais procedimentos de infeção reconhecidos, foram: a execução da técnica de aspiração de secreções, os procedimentos básicos de enfermagem e a colheita de zaragatoa faríngea. Esta variável identificada, a execução de técnicas de enfermagem, ao nível da componente superior do corpo do doente, parece ter aqui uma representação dominante, razão pela qual se considera, que a divulgação dos resultados deve apresentar esta variável como tema de atenção em estudos futuros e foco de cuidados redobrados no presente cuidativo.

No que toca aos focos “de infeção”, no estudo de Jin et al. (2020), 43 elementos da amostra, reconheceram a existência de problemas de equipamento de proteção individual (EPI) como a causa da sua infeção. Destes, 44,2% acreditavam que a infeção era causada pela oferta inadequada de EPI, e outros 32,6%, consideraram que era devido à proteção insuficiente fornecida pelos EPI que possuíam, já que estava instalada a prática de usar apenas máscara cirúrgica para contactar com casos confirmados. No estudo de Malik et al. (2020) a taxa de infeção atribuiu-se a medidas de proteção insuficientes no início desta pandemia que expuseram os profissionais de saúde a um maior risco. Tendo em conta que a prestação de

cuidados de Enfermagem requer muita proximidade com os doentes, o uso de EPI no contexto desta pandemia é essencial para a prevenção da contaminação dos enfermeiros. A falta de equipamento de proteção individual no início desta pandemia, bem como o desconhecimento em relação ao seu uso, tornou-se uma das principais causas de contaminação dos enfermeiros.

Entre a família e a comunidade

No presente estudo, 4 participantes (12,1%), assumem ter sido contaminados na comunidade enquanto que 5 enfermeiros (15,2) referem ter sido contaminados em contextos familiares, o que corrobora com o estudo de Lai et al. (2020), que 14 profissionais de saúde (12,7%) assumiram a sua infeção no contato com familiares ou amigos e 14 elementos da amostra (12,7%) foram presumivelmente infetados por infeção adquirida na comunidade. O estudo de Jin et al. (2020) referem que 5 elementos da amostra (4,9%) foram infetados na vida quotidiana ou pelo ambiente na comunidade. Enquanto o estudo de Malik et al. (2020), referem que a grande taxa de infeção entre os profissionais de saúde daquele hospital pode ser explicada pela transmissão na comunidade, visto que: (1) alguns profissionais de saúde foram infetados na comunidade durante a primeira fase da pandemia devido à falta de conscientização, (2) pelo facto de terem estado em reuniões sociais fora do local de trabalho, e ou (3) terem estado em contato com doentes conhecidos com COVID-19 na comunidade e, além disto, da convicção da (4) falta de proteção individual fora do local de trabalho.

Não sei como nem aonde

O presente estudo concluiu ainda que 6 enfermeiros (18,1%) não sabem qual possa ter sido o foco de contaminação. Da mesma forma que no estudo de Jin et al. (2020) 5 elementos da amostra, não sabiam como foram infetados e no estudo de Lai et al. (2020), 19 profissionais de saúde (17,3%) assumiram que não se conseguiam lembrar do histórico de exposição.

Conclusão

Este estudo permitiu desocultar o contexto da contaminação dos enfermeiros infetados por SARS COV-2, na pandemia 2020 em Portugal, segundo a sua perceção pessoal. O “*Contexto de infeção (1)*”, é revelado pelas categorias filhas de segunda geração “*Foco de contaminação (1.1)*”, “*Meandros de vida (1.2)* e as subsequentes categorias de terceira geração “*Trabalho (1.2.1)*”, “*Comunidade (1.2.2)*”, “*Casa/Família (1.2.3)*” e “*Não sei (1.2.4)*”. Concluiu-se que: maioritariamente (69,7%), os enfermeiros foram contaminados no local de trabalho, sendo que 12 (36,4%) assumiram ter sido por contacto próximo com doente confirmado. As principais causas da infeção foram: 24,2% da amostra assumiu ter sido através de procedimentos básicos nas práticas cuidativas de enfermagem, 6,1% da amostra, assumem

que decorreu, por contágio de superfícies ou contextos de morbilidade, e ainda por Insuficiência ou negligência em relação aos EPIs, assumido também por 6,1% dos enfermeiros, tal como devido ao cansaço físico e exaustão (6,1%), e finalmente, mas não menos importante, à execução da técnica de aspiração de secreções (6,1%). No entanto 4 participantes (12,1%), assumem ter sido contaminados na comunidade, enquanto 5 enfermeiros (15,2) referem ter sido contaminados em contexto familiar. O presente estudo concluiu ainda – o que se considera algo preocupante - que 6 enfermeiros (18,1%) não sabem qual possa ter sido o foco de contaminação.

Sendo que de entre 33 respondentes, 20 (60,6%), se contaminaram em contexto laboral, e partindo do pressuposto que é do conhecimento dos enfermeiros, as vias de transmissibilidade da doença e todos conhecem as normas obrigatórias comportamentais para bloquear a infeção, como pode explicar-se que a maioria destes respondentes - categoria mais forte - tenha sido contaminada através de um doente confirmado de resultado positivo para COVID19? E considerando ainda que as questões de insegurança relativa aos recursos (EPI) - colocados para assegurar justamente a segurança – parece estar presente como variável de perturbação da amostra, seria interessante pensar numa proposta de formação a este nível. Podemos considerar a seguinte Questão à Investigação para futuros estudos – “Será que os contextos de trabalho são de facto seguros/inseguros para os enfermeiros ou são os comportamentos dos enfermeiros que são inseguros para os atuais contextos?”

Pese embora os contextos de trabalho sejam elucidadores e apresentem a informação necessária, talvez os atuais conhecimentos para procedimentos não sejam suficientes. Ou também é possível que os ambientes e contextos de pandemia, sejam per si, suficientemente contribuidores para a ocorrência de fenómenos que precisam de pesquisa parcelar, aprofundada.

Referências bibliográficas

Bandyopadhyay, Arup Ratan, Diptendu Chatterjee, Kusum Ghosh, e Pranabesh Sarkar. 2020.

«COVID 19: An Epidemiological and Host Genetics Appraisal». *Asian Journal of Medical Sciences* 11(3):71–76. doi: 10.3126/ajms.v11i3.28569.

Coutinho, Clara Pereira. 2019. *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. 2ª edição. Almedina.

- Fairclough, Norman, e Iran Ferreira de Melo. 2012. «Análise Crítica do Discurso como método em pesquisa social científica». *Linha D'Água* 25(2):307–29. doi: 10.11606/issn.2236-4242.v25i2p307-329.
- Jin, Ying-Hui, Qiao Huang, Yun-Yun Wang, Xian-Tao Zeng, Li-Sha Luo, Zhen-Yu Pan, Yu-Feng Yuan, Zhi-Min Chen, Zhen-Shun Cheng, Xing Huang, Na Wang, Bing-Hui Li, Hao Zi, Ming-Juan Zhao, Lin-Lu Ma, Tong Deng, Ying Wang, e Xing-Huan Wang. 2020. «Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: a cross-sectional survey». *Military Medical Research* 7(1):24. doi: 10.1186/s40779-020-00254-8.
- Lai, Xiaoquan, Minghuan Wang, Chuan Qin, Li Tan, Lusen Ran, Daiqi Chen, Han Zhang, Ke Shang, Chen Xia, Shaokang Wang, Shabei Xu, e Wei Wang. 2020. «Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019) Infection Among Health Care Workers and Implications for Prevention Measures in a Tertiary Hospital in Wuhan, China». *JAMA Network Open* 3(5):e209666. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9666.
- Malik, Fazila-Tun-Nesa, Mir Ishraquzzaman, Md Kalimuddin, Sohel Choudhury, Nazir Ahmed, Mohammad Badiuzzaman, Mir N. Ahmed, Dhiman Banik, Tawfiq S. Huq, e Mohammad Abdullah Al Mamun. 2020. «Clinical Presentation, Management and In-Hospital Outcome of Healthcare Personnel With COVID-19 Disease». *Cureus* 12(8):e10004. doi: 10.7759/cureus.10004.
- Onuma, Fernanda Mitsue Soares. 2020. «Contribuição da análise crítica do discurso em Norman Fairclough para além de seu uso como método: novo olhar sobre as organizações». *Organizações & Sociedade* 27(94):585–607. doi: 10.1590/1984-9270949.

Ribeiro, José Luis Pais. 2010. «Investigação e avaliação em psicologia e saúde». Obtido 30 de Março de 2021 (<https://online.fliphtml5.com/pollw/ryib/#p=1>).

Ribeiro, José Luis Pais. 2010. *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª edição. Legis Editora.

WHO. 2020. «Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions». Obtido 21 de Abril de 2021 (<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>).

ANEXO VII – RELATÓRIO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA Escola Superior de Saúde

**RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS EM ESTÁGIO DE ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA**

Maria Emília da Cruz Gomes

**Relatório De Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-
Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança**

Orientador – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de
Bragança

março de 2021



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA Escola Superior de Saúde

**RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS EM ESTÁGIO DE ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA**

Maria Emília da Cruz Gomes

**Relatório De Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem
Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Bragança**

Orientador – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

março de 2021

Abreviaturas e Siglas

PSC – Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

HSG – Hospital S. Gonçalo

HPA – Hospital Padre américo

SU – Serviço de Urgência

VVAVC - Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC - Via Verde Coronária

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

BO – Bloco operatório

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UIP – Unidade Intensiva Polivalente

DGS – Direção Geral da Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 140

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DE ESTÁGIO 142

**2 ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS 149**

2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 149

2.2 Domínio da gestão da qualidade 151

2.3 Domínio da gestão dos cuidados 153

2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 155

2.5 Competências específicas na área de médico-cirúrgica 156

*2.6 Relação das atividades realizadas com os padrões de qualidade dos cuidados de
enfermagem especializados 159*

3 SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO 161

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 162

Introdução

No âmbito da UC de Estágio/Trabalho de Projeto, do 1.º semestre do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, surge a necessidade de realização de um relatório final, que sirva de reflexão e análise crítica do meu percurso em estágio para o desenvolvimento de competências especializadas.

Este relatório pretende evidenciar o percurso realizado durante os estágios efetuados no Serviço de Urgência (SU), Bloco Operatório e Unidade Intermédia Polivalente (UIP) do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa com a duração de 168h cada um. O primeiro estágio, considerado em local de passagem obrigatória, foi realizado no Serviço de Urgência no período de 28 de setembro a 15 de novembro de 2020. O segundo campo de estágio, que é considerado o estágio de cariz opcional foi realizado no Bloco Operatório Central no período compreendido entre 16 de novembro de 2020 e 15 de janeiro de 2021. O terceiro e último estágio também de cariz obrigatório, foi realizado na Unidade Intermédia Polivalente (UIP) no período de 18 de janeiro a 5 de março de 2021.

O estágio realizado, permitiu o desenvolvimento de competências, na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), que de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, (2018, p. 19362) a pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

Os 3 campos do ensino clínico possibilitaram-me enquadrar conhecimentos adquiridos ao longo das aulas, bem como a sua aplicação em contextos da prática clínica. Foram momentos fundamentais para a aquisição de competências e capacidades inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Permitiram aprendizagens ao nível da investigação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação em processos de enfermagem Médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica.

Neste relatório irão ser abordadas as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011) as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (regulamento nº 429/2018),

bem como os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem, dezembro de 2001) que foram adquiridos ao longo dos estágios.

No sentido de alcançar estas competências emanadas pela OE propus-me no início do estágio a:

- Aprofundar conhecimentos científicos de enfermagem na área do doente crítico;
- Desenvolver competências técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família/cuidador;
- Refletir sobre a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC.

Este relatório é composto por dois capítulos essenciais, em que o primeiro contextualiza e caracteriza os campos de estágio e o segundo apresenta a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências para o enfermeiro especialista.

1 Contextualização de Estágio

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (CHTS), integra dois hospitais, o Hospital Padre Américo (HPA) em Penafiel e o Hospital de S. Gonçalo (HSG) em Amarante. Abrange doze concelhos de quatro distritos - Porto, Aveiro, Braga e Viseu, tendo a sua área de influência direta, no contexto do Serviço Nacional de Saúde, a região do Vale do Sousa e Baixo Tâmega, reunindo os concelhos - Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Celorico de Basto, Cinfães, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel e Resende, dando resposta às necessidades em cuidados de saúde hospitalares da população de três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS Vale de Sousa Norte, ACeS Baixo Tâmega e ACeS Vale de Sousa Sul). O CHTS abrange uma população residente de aproximadamente 520000 habitantes, representando cerca de 14,2% da população da região Norte (RN) (CHTS, 2021).

Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

O Serviço de Urgência (SU) do CHTS é classificado como uma Urgência Médico-Cirúrgica e foi neste serviço que decorreu o meu primeiro estágio no período de 28 de setembro a 15 de novembro de 2020 sob a orientação do Enf^o Especialista Pedro Salgueiro – Enf^o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tem como Diretor de Departamento o Doutor Fernando Moura e como Enfermeira gestora a enfermeira Cristina Pinto.

Este serviço, está situado no 4^o piso do CHTS, contíguo à Unidade Intermédia Polivalente, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Bloco Operatório e Serviço de Imagiologia. Com porta de entrada proveniente do exterior, recebe em média 350 doentes por dia e engloba cinco áreas funcionais distintas, nomeadamente, a Triagem, a Sala de Emergência com 3 unidades, tendo uma delas pressão negativa para receber doentes COVID, a Sala de Trauma, a Área Médica (Clínica Geral e medicina Interna) e a Área Cirúrgica (Cirurgia e Ortopedia). Foi criada uma área para doentes respiratórios COVID que teve início em março de 2019 com a pandemia do novo coronavírus (COVID-19).

A admissão dos doentes no SU inicia-se após procedimentos burocráticos junto ao balcão de admissão. Posto isto, o indivíduo fica a aguardar chamada para a triagem. Na triagem conforme os sinais/sintomas do doente, é-lhe atribuída prioridade de atendimento

conforme a Triagem de Manchester. Salientando que em casos que apresentem critérios de inclusão pode ser atribuída via prioritária de atendimento, através da Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC) ou Via Verde Coronária (VVC).

O sistema de Triagem a ser utilizado no serviço de urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) consiste num método de cinco níveis de prioridade: emergente (identificada pela cor vermelha, com um tempo alvo para a primeira observação médica de zero minutos), muito urgente (identificada pela cor laranja, com um tempo alvo para a primeira observação médica de dez minutos), urgente (identificada pela cor amarela, com um tempo alvo para a primeira observação médica de sessenta minutos), pouco urgente (identificada pela cor verde, com um tempo alvo para a primeira observação médica de cento e vinte minutos), não urgente (identificada pela cor azul, com um tempo alvo para a primeira observação médica de duzentos e quarenta minutos) (CHTS, 2021). Conforme a avaliação e prioridade atribuída, o doente é encaminhado para a área onde será observado.

A equipa de enfermagem do SU é constituída por 65 enfermeiros, um enfermeiro gestor, nove enfermeiros especialistas com função de coordenação de equipa, treze enfermeiros especialistas e quarenta e dois enfermeiros de cuidados gerais. Dos enfermeiros especialistas 17 detém título especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), 3 em Enfermagem de Reabilitação (EER) e 3 em Enfermagem Comunitária (EEC).

A distribuição de Enfermeiros por turno é a seguinte: 11 enfermeiros das 8h-20h, 10 enfermeiros das 20h-24h e 8 enfermeiros das 00h-8h. Estes enfermeiros serão distribuídos pelas diferentes áreas clínicas.

Relativamente à experiência profissional dos enfermeiros a média situa-se nos 11,2 anos, mas no que remete à antiguidade no serviço, a média ronda os 6,5 anos o que demonstra que a equipa tem vindo a ser reforçada com novos profissionais.

Bloco operatório

O Bloco Central do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, está sediado em Penafiel e foi o campo de estágio que escolhi dentro dos serviços de cariz opcional. A escolha foi influenciada pela curiosidade de conhecer o funcionamento do Intra operatório, uma vez que eu trabalho num internamento cirúrgico e faço todo o procedimento pré e pós-operatória

tinha os procedimentos Intra operatórios como uma lacuna na minha formação. O estágio decorreu no período compreendido entre 16 de novembro de 2020 e 15 de janeiro de 2021 sob orientação de Enf^o Especialista Alberto Preto.

O Bloco Operatório (BO) é constituído por sete salas operatórias devidamente equipadas com ventilador, Monitor, sistemas de aspiração, bisturi elétrico, adufas de apoio com material cirúrgico, um carro de anestesia com diverso material anestésico para dar apoio, um carro de Circulante, uma marquesa com material de suporte para as diversas tipologias cirúrgicas. A sala 7 está devidamente equipada para receber doentes com SARS COV2. Quatro salas de indução equipadas com ventilador, monitor e equipamento anestésico. Uma unidade de cuidados pós-anestésico com espaço para 10 camas e caracteriza-se por um espaço com capacidade de monitorização e recuperação. Apresenta ainda carro com material de intubação difícil, carro de emergência e Áreas de apoio – vestiários, sala de reuniões, 2 gabinetes (enfermeira chefe e diretor de serviço) , 2 salas de pessoal administrativo, quatro salas de armazém (consumo clínico, esterilizados e de equipamentos), farmácia, três salas de arrumos, sala de limpos, sala de sujos, sala de registos, laboratório, sala de pessoal (copa para funcionários), área de acolhimento ao doente e zona de transferência de doentes.

Encontra-se organizado, sob a orientação de uma Diretora de Serviço Dra. Ana Cristina e de uma Enfermeira Chefe, Paula Guimarães.

A equipa de enfermagem é constituída por 54 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma:

- um enfermeiro gestor
- dois enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC)
- um enfermeiro especialista em EMC – Pessoa em Situação Crítica
- um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária
- um enfermeiro especialista em Enfermagem Reabilitação

Face ao contexto pandémico e à segunda vaga de aumento de doentes internados com infeção por COVID 19 o BO sofreu uma redução ao nível do número de cirurgias programadas. Segundo informação recolhida junto dos responsáveis do serviço foram realizadas 225 cirurgias relativas ao mês de novembro de 2020 face a 363 cirurgias realizadas no mês de novembro de 2019, houve então uma redução de cerca de 40% de cirurgias programadas. Continuou a realizar-se muitas cirurgias de urgência, essencialmente trauma, cesarianas bem como outras cirurgias com abordagem abdominal.

Apresenta diferenciação de circuitos de limpos e de sujos relativa aos doentes - existe um transfer da área de acolhimento do doente para o interior do BO e outro quando o doente passa para o recobro após a cirurgia. A cama quando passa da sala de acolhimento para o recobro é submetida a um processo de desinfeção. Os acompanhantes ficam da parte exterior do BO. No caso de serem crianças é permitida a entrada de um acompanhante para a sala de acolhimento e após a cirurgia para o recobro. Em caso de cesarianas após o nascimento é dada a informação ao acompanhante e é permitido que acompanhe a criança até ao internamento. Pois lidar com a componente emocional e stress dos familiares obriga estes profissionais a serem detentores de uma forte componente humana.

Os profissionais mudam de roupa nos vestiários, portanto utilizam vestuário e calçado específico para entrarem nas áreas restritas. O material limpo e esterilizado tem uma porta específica para entrar, o que chega dentro de caixas estas não entram para a área semi-restrita, retiram-se os componentes e transportam-se em carros do BO. O material sujo e lixos são acondicionados numa sala própria com saída para o exterior.

A entrada para a sala operatória dos profissionais e do material limpo é feita pelo lado oposto à entrada e saída do doente, bem como à saída dos sujos.

O BO apresenta-se dividido em área livre, semi-restrita e restrita.

- Área livre - os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias (secretaria, vestiário e sala de acolhimento).
- Área Semi-restrita – aquela que permite a circulação de pessoal, de modo a não intervir nas rotinas de controle e manutenção da assepsia da área restrita (sala de estar e armazéns de material).

- Área Restrita - além da roupa própria do BO devem ser usadas máscaras e barrete, conforme normas da unidade, e as técnicas assépticas devem ser utilizadas de maneira rigorosa, a fim de diminuir os riscos de infecção (salas cirúrgicas, sala de recuperação pós-anestésica e corredor interno).

O Bloco Operatório presta assistência aos doentes do foro cirúrgico das especialidades de cirurgia geral, urologia, ortopedia, oftalmologia, otorrino, cirurgia plástica, ginecologia, obstetrícia e cirurgia vascular e apoio cirúrgico ao serviço de urgência para as mesmas especialidades.

Os cuidados prestados neste serviço são também de grande exigência técnica, pois os profissionais têm de lidar com técnicas e materiais complexos, dos quais dependem muitas vezes a morbilidade e/ou mortalidade dos doentes.

Serviço de Medicina Intensiva

A Medicina Intensiva “é uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (Paiva et al. 2017 p.6). Dedicar-se à prestação de cuidados diferenciados, com capacidade para uma abordagem, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves e é cada vez mais importante num mundo de crescente conhecimento (Paiva et al., 2017).

O estágio no SMI foi realizado na Unidade Intermédia Polivalente (UIP) no período de 18 de janeiro a 5 de março de 2021.

Esta unidade encontra-se fisicamente no quarto piso do Hospital Padre Américo (HPA), foi criada em 2010, inicialmente designada Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente do Serviço de Urgência (UCIPSU) por estar integrada no SU. Desde novembro de 2016 esta unidade passou a integrar o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), adotando a designação de Unidade Intermédia Polivalente (UIP). A UIP após o início da pandemia passou a ser unidade de cuidados intermédios e intensivos polivalentes não COVID, ou seja, passou a ser unidade de nível II e III. Esta alteração foi devida à reorganização dos serviços uma vez que a unidade nível III passou a receber apenas doentes COVID.

A unidade tem capacidade para 9 camas, 3 para intermédios e 6 para intensivos mais 1 quarto de isolamento equipado com sistema de pressão negativa preparado para receber doentes em regime de isolamento respiratório. Todas as unidades estão devidamente equipadas com monitor de sinais vitais com capacidade para monitorização invasiva (mais usado cateter arterial), fonte de O₂, aspirador, bombas perfusoras e seringas infusoras. Existem 6 ventiladores mecânicos para as unidades dos doentes e 2 de transporte para a necessidade de transferir um doente ventilado. A unidade está ainda dotada de equipamentos para ventilação não invasiva (BiPAP, CPAP, CPAP por máscara de Boussignac) e sistema de O₂ por cânula nasal de alto fluxo.

Esta unidade apresenta também 1 carro de emergência e Áreas de apoio - 1 sala de armazém (consumo clínico, esterilizados e de equipamentos), sala de trabalho, sala de sujos, carros de roupa limpa, sala de pessoal (copa para funcionários), os vestiários são comuns ao SU.

A UIP organiza-se em forma de “U”, com sistema de monitorização central para uma zona de controlo no centro da sala, constituída por um balcão com computadores para registos, monitorização e vigilância contínua dos doentes para além da observação direta de todos os doentes ao redor.

É constituída pelo Diretor de Departamento o Doutor Fernando Moura, pela Enf.^a Chefe a Enf.^a Cristina Pinto e pelo Coordenador da UIP o Enf.º José Paulo Costa.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma:

- um enfermeiro gestor
- um enfermeiro coordenador especialista em EMC
- quatro enfermeiros especialistas em EMC
- dois enfermeiros especialistas em Enfermagem Reabilitação

A equipa é distribuída com 4 enfermeiros por turno, ou seja, são distribuídos segundo o Regulamento da Norma para o cálculo de Dotações seguras dos cuidados de enfermagem

em que o rácio para unidades nível II é de 1 enfermeiro por cada 3 camas de internamento e para unidades nível III é de 1 enfermeiro por cada 2 camas de internamento (OE, 2019).

A entrada de outros profissionais no serviço é feita de forma controlada, acionando uma campainha do lado exterior e aguardando a abertura da porta.

As informações médicas aos familiares dos doentes devido à situação pandémica é dada diariamente via telefone por 1 médico a um familiar de referência das 17h às 19h.

A visita dos familiares continua a ser permitida com agendamento prévio e com colocação de equipamento de proteção.

Todos os registos são feitos através da aplicação informática SClínico.

É uma unidade polivalente pois recebe doentes críticos de diversas especialidades tais como: Medicina Interna, cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, cirurgia, urologia, ortopedia, ginecologia/obstetrícia, vascular, plástica entre outras. A principal proveniência dos doentes é do serviço de urgência, serviços de internamento que agudizam e do bloco operatório (cirurgias major) das diversas especialidades.

Os doentes quando saem da unidade para realização de exames complementares de diagnóstico ou idas ao bloco operatório são sempre acompanhados pelo enfermeiro e médico e convenientemente monitorizados.

No momento da alta, os doentes vão transferidos para os internamentos das respetivas especialidades, para outras unidades hospitalares ou para a morgue em caso de morte. Contudo, nunca se verifica a alta direta desta unidade para o domicílio.

2 Análise e Reflexão Crítica do Desenvolvimento de Competências

A Enfermagem consiste no cuidar, cuidar da pessoa individualmente, na família e em comunidade de um modo global. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. A saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo em que toda a pessoa deseja atingir um estado de equilíbrio que se traduz no controle do sofrimento no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural. O meio ambiente no qual as pessoas vivem podem influenciar os estilos de vida e se repercutem no conceito de saúde. Portanto na prática dos Cuidados, os Enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente (OE, 2001). Os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade (Ministério da saúde, 1996). As dificuldades do meio em que as pessoas vivem tornam o equilíbrio saúde/doença mais difícil de atingir o que torna os cuidados de Enfermagem cada vez mais exigentes e dotados de conhecimento por parte dos Enfermeiros. Assim tendo por base a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem a fornecer aos cidadãos surgem as Especialidades em Enfermagem que dotam os Enfermeiros de competências acrescidas e avançadas agrupadas nos respetivos domínios.

2.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A pessoa como um ser social dotado de comportamentos baseados nos valores, crenças e nos desejos de natureza individual torna-a um ser único e com dignidade própria o que faz com que tenha de ser respeitada, valorizada, com direito à sua privacidade e individualidade. Portanto o doente antes de qualquer procedimento deve de lhe ser dado o consentimento informado livre e esclarecida para que ele autorize. Numa emergência em que o objetivo é salvar a vida é difícil pensar no que o doente quer, qual a sua decisão, uma vez que na maioria das situações o doente está inconsciente. Portanto o que prevalece é o que será melhor para o doente, tendo a vida sempre no horizonte. Os enfermeiros estão obrigados a assegurar por todos os meios ao seu alcance a manutenção da vida do utente em caso de emergência (Ministério da saúde, 1996). A tomada de decisão do Enfermeiro terá de ser sempre feita baseada no conhecimento científico e nas suas competências. Normalmente a tomada de decisão é feita em equipa multidisciplinar, tendo por base valores éticos e deontológicos.

Durante o estágio no BO aos doentes que chegavam para serem intervencionados tive a oportunidade de verificar a existência de consentimento informado assinado, bem como a identificação do doente com pulseira onde consta o nome, data de nascimento e nº de processo. Procedimentos que fazem parte da check list da cirurgia segura.

Em conjunto e em articulação com a equipa dos serviços onde realizei os estágios, assegurei o respeito pelo direito dos utentes e família/cuidador no acesso à informação clínica. Estando nós a viver uma situação de pandemia em que é proibida pela DGS a presença de familiar/cuidador no hospital, a informação à família/cuidador é dada via telefone. Contudo a visita dos familiares/cuidadores continua a ser permitida de forma controlada, com agendamento prévio e com a colocação de equipamento de proteção.

Quando iniciei o estágio na UIP levava a ideia de um serviço muito tecnicista, com domínio do mundo tecnológico, dos meios avançados de suporte de vida, contudo fui surpreendida positivamente, realçando os cuidados de enfermagem repletos de humanismo. Deparei-me com uma equipa com uma componente comunicacional e humana inquestionável face às necessidades do doente/família.

Relativamente à segurança, privacidade e dignidade do doente, foram colocadas muitas vezes em causa no SU durante o meu período de estágio. Coincidu com a 2ª vaga da pandemia, não existiam camas nos internamentos para acomodar os doentes, estes acumulavam-se na área respiratória criada para o efeito, o espaço era aumentado todos os dias e mesmo assim nunca chegava para a quantidade de doentes que entravam neste serviço diariamente. As macas estavam coladas umas às outras, os profissionais de saúde tinham de as desviar para se aproximarem do doente. Os enfermeiros eram muito poucos (porque havia um grande número em isolamento por se terem infetado) para a quantidade de doentes que necessitavam de cuidados. Os doentes apelavam por ajuda e esta muitas vezes demorava a chegar. Com um cenário destes de catástrofe os enfermeiros davam o seu melhor, no que remete à segurança do doente, este era sempre portador da pulseira de identificação, eram colocadas sempre as grades nas macas de forma a evitar o risco. Quanto à privacidade do doente, no SU existem cortinas ou biombos nas diferentes áreas de forma a manter a privacidade dos doentes, mas não as suficientes para a quantidade de doentes que recorreu a este serviço durante este período.

2.2 Domínio da gestão da qualidade

A qualidade em saúde é tarefa multiprofissional, “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2001, p.6). A qualidade exige reflexão sobre a prática com a finalidade de definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir (OE, 2001).

Nesta instituição hospitalar, nas unidades de cuidados onde desenvolvi a minha aprendizagem clínica todos os protocolos e normas encontram-se na plataforma digital Infonet. Estes protocolos promovem a uniformização dos cuidados, a preparação de todo o material necessário ao doente, bem como a distribuição de funções pelos profissionais, permitindo assim uma melhor organização do serviço e dos cuidados, contribuindo desta forma para a qualidade. Foi minha preocupação, ao longo das 3 unidades de ensino clínico, pesquisar documentos científicos e cumprir os protocolos instituídos, atuando em conformidade com os mesmos.

No SU a qualidade é assegurada pela verificação diária e sempre que necessária da sala de emergência através de check-list, pela verificação diária dos equipamentos, pela realização dos testes aos ventiladores da sala de emergência, pela verificação e reposição de material de consumo clínico e farmacológico.

No BO existem normas com a atribuição de funções para os diferentes elementos da equipa, desde o acolhimento do doente, passando pela verificação diária das salas da qual faz parte o teste ao ventilador e a substituição das traqueias, a verificação de todo o equipamento, do material clínico e farmacológico com reposição se necessário através de check-list e das condições da sala relativas à temperatura, humidade e ventilação. É feita também a verificação diária e sempre que necessário do carro com material de via aérea difícil e do carro de emergência. A preparação do material para a cirurgia programada é feita no dia anterior de forma a assegurar que o material esteja todo para a cirurgia, em caso de algumas cirurgias à coluna é necessário assegurar a presença de técnico do laboratório que fornece o material para acompanhar a cirurgia. Existem as fichas cirúrgicas de fácil acesso onde consta todo o material necessário a cada cirurgia bem como alguns dos procedimentos.

Existe também uma folha de registo operatório onde se faz o registo dos instrumentais e comprovativo de esterilização. Fica também registado nesta folha a equipa cirúrgica, tipo de anestesia, contagem de compressas e destino do doente. Em todas as especialidades existe uma folha própria para registo do material gasto que apresente custos acrescidos ou stock limitado para posterior reposição. Esse registo também é importante para que conste no processo do doente a utilização desse material.

Na UIP cabe ao enfermeiro responsável de turno que normalmente é o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica fazer o teste aos ventiladores, bem como fazer a verificação do restante equipamento.

Os registos de Enfermagem no SU e UIP são feitos no SClínico e no BO são feitos no Bsimple. Só é possível medir a qualidade nos cuidados e os ganhos na saúde através dos registos que fazemos. Os registos de Enfermagem também são importantes para a continuidade dos cuidados. É indiscutível a necessidade de registos adequados e frequentes no processo do doente, consistindo no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem e representam 50% das informações inerentes aos cuidados, registadas no processo (Miranda et al., 2016).

A segurança do doente é um dos vetores da qualidade, em todos os serviços é notória a preocupação pela segurança do doente na prática clínica. A uniformização e divulgação de procedimentos, o cumprimento de políticas institucionais e a disponibilização de um sistema de notificação de incidentes estão na base de uma Política de Qualidade dos Cuidados. O Sistema de Notificação de Incidentes – na Infonet é acessível a todos os profissionais que podem notificar a ocorrência dos vários tipos de incidentes. Após a notificação dos incidentes, o Gabinete de Gestão do Risco Clínico analisa-os e tenta dar a sua resolução. Nos serviços é frequente a necessidade de colocar grades nas macas/camas e/ou realizar contenção mecânica, com o intuito de proteger o doente e os profissionais. Deste modo, tendo em vista a promoção de medidas, que melhorem a prestação de cuidados por parte dos enfermeiros em doentes que necessitem de contenção, o Serviço de Medicina Intensiva (UIP) tem em curso um projeto sobre a contenção dos doentes. Para além deste projeto que faz parte da melhoria contínua da qualidade a UIP apresenta mais 2 projetos, um relativo ao delirium do doente e outro às Úlceras de pressão.

A cirurgia Segura contempla medidas adotadas para reduzir os riscos de complicações ao doente que podem acontecer antes, durante e após as cirurgias. A cirurgia segura acontece em 3 momentos - antes da indução anestésica, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de operações. O resultado esperado é mais segurança ao doente com menor ocorrência de erros. No BO é cumprido criteriosamente o registo da cirurgia segura nos 3 momentos.

No âmbito da Idoneidade formativa todos os serviços no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica apresentaram um projeto à OE o qual foi aceite e que aguarda auditoria (adiada devido à pandemia). Foram então formadas equipas de trabalho relativas à gestão do risco, padrões de qualidade, dor aguda, controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, sistemas de informação e formação continua de forma a fomentar medidas de correção salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados. Estas equipas formadas por Enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica começaram a dar agora os primeiros passos e trabalham em articulação com as comissões.

No BO em articulação com os serviços de internamento cirúrgico, existem protocolos de atuação da dor aguda em cirurgias major, na qual é colocada PCA (analgesia controlada pelo paciente) ao doente por cateter epidural ou EV e a gestão analgésica desses doentes é feita diariamente por uma equipa de anestesia (médicos e enfermeiros).

2.3 Domínio da gestão dos cuidados

As situações imprevistas e complexas no contexto do doente crítico são muito frequentes. A tomada de decisão nestes contextos é dificultada por diversos fatores tais como a grande instabilidade do doente e pelo pouco tempo de ação, pois as mudanças do estado clínico dos doentes são rápidas. Existe uma grande necessidade de agir precocemente e eficazmente nestes locais onde as situações de doença são difíceis.

As estratégias de tomada de decisão são baseadas em critérios como o equilíbrio entre o risco/benefício, necessidades organizacionais entre outras. Aqui o enfermeiro reconhece a importância das suas intervenções autónomas para a tomada de decisão.

“Cuidados de Enfermagem são as intervenções autónomas efetuadas pelo enfermeiro e pelo enfermeiro especialista, decorrentes de diagnósticos de

enfermagem previamente estabelecidos, no âmbito das suas competências profissionais, aos beneficiários dos cuidados, as quais garantem e asseguram a prossecução e concretização das relações terapêuticas estabelecidas”(Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 2).

Relativamente ao doente crítico, na maioria das vezes as decisões são tomadas em equipa multidisciplinar. Penso que para tomar uma decisão consciente, fundamentada e responsável é necessário ter conhecimento científico, pensamento critico-reflexivo e prática clínica. Nos serviços por que passei lidei com doentes em situação critica que requeriam tomada de decisão, pois cada serviço apresenta as suas particularidades no que refere à organização do próprio serviço, organização de recursos materiais, recursos humanos, rotinas, protocolos, vigilâncias, entre outros. Foi também minha preocupação ao longo do ensino clínico pesquisar informação científica, consultar protocolos instituídos atuando em conformidade com os mesmos e adquirir conhecimento através da observação da prática clínica dos vários elementos das equipas.

A elaboração dos registos de enfermagem é realizada no Sclínico. O facto de serem registos informatizados, com uma linguagem que é uniformizada para todos os profissionais facilita no processo de registo e de continuidade de cuidados.

A elaboração do processo de Enfermagem é uma função do enfermeiro e serve para desenvolver a qualidade na assistência direta ao doente. O processo de Enfermagem é uma abordagem deliberada para a resolução de problemas de modo a atender às necessidades de assistência à saúde e de enfermagem dos doentes. Passa por várias etapas das quais fazem parte: a avaliação (colheita de dados), o diagnóstico de enfermagem, o planeamento, a implementação e a evolução(avaliação) (Enfconursos, n.d.). Nos 3 campos de estágio fiz os registos de turno e prescrevi intervenções autónomas de enfermagem para o doente/família com responsabilidade, centradas nos cuidados e na tomada de decisão.

A liderança é a principal competência do enfermeiro gestor (Freitas, 2018). A área da gestão em enfermagem é uma área de intervenção com uma importância estratégica e primordial para a garantia da qualidade dos cuidados a prestar por qualquer organização de saúde (Ribeiro, 2019). Nos serviços em que desenvolvi as competências como futura enfermeira especialista existe um Enfermeiro Gestor e um Enfermeiro Coordenador com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica a exercer funções de gestão na ausência

do Enfermeiro chefe. Portanto o enfermeiro especialista exerce funções de assessoria para com o enfermeiro gestor. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação. Deste modo como aluna de mestrado desenvolvi competências e conhecimentos que me permitirão uma gestão de cuidados de excelência baseada no conhecimento científico. O enfermeiro especialista é responsável pela Gestão dos cuidados, compete-lhe a ele fazer o plano de trabalho da equipa de Enfermagem e dos assistentes operacionais, zelar pelo bom funcionamento dos equipamentos bem como fazer pedidos de material e fármacos.

No meu estágio no SU colaborei com o Enfermeiros Especialista na reorganização diária do serviço devido à grande afluência de doentes durante este período.

No BO colaborei diversas vezes com o Enfermeiro especialista na gestão dos materiais e equipamentos, uma vez que o meu enfermeiro supervisor era muitas vezes responsável de turno e estão cabiam-lhe estas funções.

2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Foi minha preocupação ao longo deste ensino clínico procurar informação científica de forma a aprofundar conhecimentos e refletir a cerca das novas aprendizagens. Consultei bibliografia vária, documentação fornecida durante as aulas teóricas e protocolos do serviço. A prática diária com a equipa multidisciplinar e com o Enfermeiro supervisor, permitiu a aquisição de conhecimentos científicos e práticos, essenciais para as tomadas de decisão conscientes e fundamentadas. O Enfermeiro Especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “baseia a sua praxis clinica especializada em evidencia científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Desta forma conferi maior pertinência às minhas intervenções, o que me permitiu desenvolver a capacidade de atuar de forma eficaz em situações de pressão, tendo em conta o contexto do doente crítico.

Na área da saúde o mundo tecnológico está em constante evolução bem como a produção de novas evidências científicas, por isso é de extrema importância que o Enfermeiro Especialista acompanhe esta evolução do conhecimento de forma aprimorar as suas competências. Nos diferentes locais de estágio tive oportunidade de aprender a

manusear dispositivos técnicos que ainda não o tinha feito, tais como ventiladores, máquinas dialíticas e equipamentos cirúrgicos. Por isso existem aprendizagens que só com a experiência se conseguem colmatar.

Durante este ensino clínico tive oportunidade de vivenciar várias situações de emergência e tive também a oportunidade de contribuir com a minha ajuda e conhecimento que fui adquirindo no contexto da minha formação de Especialidade.

A partilha de experiências e de conhecimentos foram um suporte fundamental no aperfeiçoamento de competências da minha parte, o que me permitiu enriquecer o meu nível de conhecimentos de uma forma positiva e construtiva.

2.5 Competências específicas na área de médico-cirúrgica

Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) houve uma *“imperatividade em especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto da intervenção (...) destacam-se diferentes áreas de Enfermagem”* das quais a área de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica.

“Os Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p. 19362).

Desta forma e tendo em conta que esta é a Especialidade para a qual estou a desenvolver competências, considero que todos os estágios foram muito proveitosos para mim.

O SU foi o meu primeiro campo de estágio e o que tive de me adaptar constantemente, uma vez que o período em que realizei o estágio coincidiu com a segunda vaga da pandemia, em que a região mais afetada do país foi a região do Vale do Sousa. Esta foi considerada uma situação de exceção e catástrofe em que a afluência de doentes à urgência principalmente doentes com patologia do foro respiratória foi tão grande que diariamente era necessário reorganizar o serviço de forma a criar mais espaço para a área respiratória COVID. A sala de emergência era acionada várias vezes por dia e normalmente

com as 3 unidades ocupadas. Entravam para a sala de emergência doentes chegados do exterior e doentes das outras áreas que agudizavam o seu estado clínico. Na distribuição da equipa de Enfermagem só tem 1 elemento destacado para a sala de emergência o que muitas vezes era necessário pedir reforços às outras áreas para dar apoio. Eu em muitas dessas situações colaborei na prestação de cuidados a esses doentes, todos os procedimentos que eram mais específicos do doente crítico e para os quais eu não tinha experiência, o Enfermeiro supervisor dava-me o apoio necessário. Todas estas situações de stress e de rapidez fez-me desenvolver capacidades de raciocínio crítico-reflexivo e de destreza técnica na prestação de cuidados ao doente crítico. À área cirúrgica está associada a sala de trauma na qual recebemos doentes politraumatizados que requerem urgência no atendimento e vigilância constante pois são doentes muito instáveis. Eu fiquei várias vezes destacada para esta área, sendo esta uma das áreas em que eu me sentia mais segura, uma vez que como profissional presto cuidados num internamento cirúrgico, portanto esta é a minha área de intervenção apesar de haver algumas especificidades em contexto de urgência.

A equipa passou por grandes dificuldades por estarem muitos Enfermeiros infetados e ao mesmo tempo estavam a receber elementos novos, sem experiência profissional o que provocava ainda mais stress a nível da equipa. A equipa de Enfermagem que trabalha no serviço há mais anos é dotada de grandes saberes e competências no tratamento do doente crítico, o que foi uma mais valia para mim, pois tive muitas oportunidades de aprender com eles. Com esta situação de exceção e catástrofe deixou de haver circuitos de doentes, ou seja, os doentes COVID passavam pelo mesmo corredor dos NÃO COVID por falta de espaço e os lixos passaram todos a pertencer ao grupo III. No entanto a área respiratória onde estavam internados os doentes COVID positivos ou suspeitos estava fechada e só lá entrava quem estivesse autorizado e fardado com equipamento de proteção individual.

O BO foi o serviço para o qual eu tinha muitas expectativas para aprender e ter conhecimento sobre o intraoperatório. Ao longo do estágio assisti e colaborei em diversas cirurgias das várias especialidades desenvolvendo competências de enfermeiro anestesista, circulante e da unidade de cuidados pós anestésicos. Como o meu Enfermeiro supervisor era um dos responsáveis pela área ortopédica e uma das pessoas que mais competências tinha dessa mesma área no serviço, na maioria das vezes ele exercia funções de Enfermeiro Instrumentista e eu ficava como enfermeira Circulante, portanto ele acompanhava-me na

preparação de todo o instrumental e restante equipamento necessário às cirurgias em questão. Portanto desenvolvi bastantes conhecimentos de material e equipamento de uso em cirurgias ortopédicas bem como do seu manuseamento. Estive muitas vezes na sala de urgência onde assisti e colaborei em cirurgias com carácter emergente e em que não havia tempo a perder. A preparação da sala, a preparação do doente para o início da cirurgia e a necessidade em estabilizar o doente do ponto de vista hemodinâmico por parte da equipa de anestesia, foram situações de muito stress e requerem que a equipa seja dotada de conhecimento científico e técnico para dar resposta a estas situações. Este serviço apresenta protocolos de controlo de infeção rigorosos e muito bem definidos. Existe circuitos de limpos e de sujos que são cumpridos ao rigor. Existe um protocolo de atuação para doentes Covid. A sala 7 é destinada à intervenção destes doentes porque apresenta uma ventilação mais forte e já está preparada com proteção para os equipamentos. Na norma consta uma check list de procedimentos para as diferentes equipas (anestesia, cirúrgica, enfermagem e assistentes operacionais) que define o número de enfermeiros presentes na sala operatória e a presença de um quarto elemento para dar apoio à sala bem como o circuito do doente. O recobro é feito na mesma sala e se possível com a mesma equipa. Existe um carrinho junto desta sala para o fardamento (EPIs). A desinfeção do espaço aéreo da sala 7 é feito com o sistema Nocotec às 6^a feiras de tarde e também das outras salas em semanas alternadas.

Na UIP tive contacto com situações diferentes, com técnicas diferenciadas que representavam uma novidade na minha experiência profissional. Pela primeira vez prestei cuidados a um doente ventilado, tive oportunidade de mexer num ventilador mecânico invasivo. A técnica dialítica é uma técnica diferenciada, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes a fazer esta técnica bem como a manusear o equipamento.

Também pela primeira vez tive contacto e prestei cuidados ao doente com sistema de O₂ por alto fluxo e cateteres arterial no que refere à colaboração na colocação bem como ao seu manuseamento. Sentia alguma insegurança no manuseio destas técnicas, mas procurei colmatar as minhas dúvidas através da pesquisa científica e com o Enfermeiro orientador.

Tive também a possibilidade de gerir protocolos terapêuticos complexos tais como Fibrinólise, perfusões de Heparina, Insulina, Propofol, fentanil, dexmedetomidina (Dexdor), entre outras, sempre de acordo com os protocolos do serviço ou prescrições médicas, o que

exigiu da minha parte uma continua procura de conhecimento através de bibliografia, de protocolos do serviço e da prática clínica da equipa multidisciplinar.

Este serviço também apresenta protocolos de controle de infeção bem definidos, com diferenciação de circuitos de limpos e de sujos. O material sujo e lixos são acondicionados numa sala própria com saída para o exterior.

Os carros de material limpo, equipamentos, alimentação ficam na antecâmara e os profissionais do serviço é que vão fazer a recolha para o interior da unidade. Existe um protocolo de atuação para doentes Covid. Existe ainda um plano de atuação de diagnóstico e controle de infeção desde a admissão do doente até ao momento da alta para outras unidades de internamento. Existem protocolos de limpeza e desinfeção das unidades dos doentes e do serviço bem como dos procedimentos a ter na prestação de cuidados ao doente. O lixo é colocado em local próprio junto à unidade de cada doente, como também existe um carrinho de material para o cuidado direto ao mesmo (luvas, seringas, compressas, lancetas...), prevenindo, assim, a infeção cruzada.

Em todos os serviços tentei sempre adotar uma atitude responsável no controlo de infeção através do cumprimento das medidas de precaução básicas como a lavagem e desinfeção das mãos, o uso de equipamento de proteção individual e a administração protocolada de terapêutica antimicrobiana. Estão a ser realizadas auditorias às práticas de higiene das mãos nos 5 momentos de forma a avaliar a taxa de adesão e vão ser realizadas auditorias ao uso de luvas de forma a avaliar a taxa de adesão ao uso de luvas. A administração da terapêutica antimicrobiana é feita segundo as indicações da PPCIRA.

Em todas as unidades senti-me bastante integrada na equipa multidisciplinar o que facilitou as minhas aprendizagens.

2.6 Relação das atividades realizadas com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados

Pretende-se que os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros *“venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro especialista junto dos clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos”*(Ordem dos Enfermeiros, 2017). Assim dentro das

competências que lhe são exigidas e Enfermeiro Especialista deve procurar a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de Enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Durante o estágio as minhas intervenções foram de encontro aos enunciados descritivos preconizados. A satisfação do cliente é um dos enunciados descritivos mais importante, por isso todos os cuidados que eu prestei foram de encontro à satisfação do doente, apelando sempre que possível à sua colaboração e fornecendo-lhe toda a informação necessária. A promoção da saúde é um dos enunciados presentes na preparação para a alta do doente de forma a promover o seu autocuidado. A promoção da saúde sempre que possível deve de ser feita em conjunto com familiar/cuidador. Prestei cuidados de forma responsável aplicando todas as competências ao nível técnico e do conhecimento científico de forma a prevenir complicações. O doente critico muitas vezes sob sedação está dependente na satisfação das necessidades humanas básicas, portanto prestei cuidados de forma a promover o seu bem estar e o autocuidado. Efetuar plano de cuidados individualizado com vista a promover o seu autocuidado é uma mais valia para o doente que começa a apresentar alguma autonomia. Relativamente à readaptação funcional é importante proporcionar meios e equipamento aos doentes de forma a promover a sua autonomia. Na organização dos cuidados de Enfermagem é importante efetuar os registos, elaborar o processo de Enfermagem e fazer planos de cuidados. Na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados é importante seguir as normas, recomendações e planos de ação emanados pela PPCIRA.

3 Síntese Conclusiva do Relatório

Este relatório serviu para refletir sobre o meu percurso prático para aquisição de competências de Enfermeira especialista. O construto de conhecimentos baseados na melhor evidencia disponível e a prática crítico reflexiva são pressupostos essenciais para o desenvolvimento das competências do enfermeiro. O SU, o BO e a UIP revelaram-se excelentes campos de aprendizagem, pois em cada um deles prestam-se cuidados de excelência com profissionais competentes. Ao longo do estágio pude evoluir de forma crescente pois aprendi como abordar um doente instável do ponto de vista hemodinâmico, aprimorar a minha observação a estar mais atenta aos sinais de alerta pois o doente crítico muito rapidamente agrava o seu estado. Encontro-me neste momento mais desperta sobre as questões éticas e de responsabilidade profissional, bem como sobre a gestão da qualidade e dos cuidados. A qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma crescente preocupação para a OE que tem desenvolvido esforços para promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem tendo para isso publicado em 2001 os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” que orienta o exercício profissional dos Enfermeiros em Portugal.

Durante este estágio adquiri novas ferramentas que me vão ser muito úteis para o meu futuro como Enfermeira Especialista. As competências não são possíveis de adquirir de um momento para o outro, mas depois de compreendidas e interiorizadas, só com a experiência prática é que vão sendo cimentadas e aperfeiçoadas.

Penso que atingi os objetivos a que me propus no início do estágio, uma vez que foram traçados à luz das competências definidas para o enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Todos os campos de estágio por que passei são excelentes unidades de ensino clínico para a obtenção do grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica.

Referências Bibliográficas

- CHTS. (2021). *Plano de atividades de Enfermagem, Serviço de Urgência*.
- CHTS. (2021). *Plano de atividades de enfermagem*.
- Enfconursos. (n.d.). *Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem*.
- Freitas, C. G. M. de A. P. de. (2018). *Gestão em Enfermagem - O Perfil de Competências*.
- Ministério da saúde. (1996). *REPE, Decreto Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro*. 2959–62. 2959–2962. Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html%0Ahttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Miranda, P. C., Ribeiro, R., Ferraz, N., Barnabé, A. S., Ulices, S., Da Fonseca, L., ... Arçari, D. P. (2016). a Importância Do Registro De Enfermagem Em Busca Da Qualidade. *Gestão Em Foco*, 8(1), 283–289. Retrieved from http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/gestao_foco/artigos/ano2016/024_importancia_registro_enfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem.pdf*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Normas com incidência nos trabalhadores Enfermeiros abrangidos pelo âmbito de aplicação subjetivo definido nos DL n.º247/2009 e 248/2009 ambos cde 22 setembro*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série — N.º 35*. 8648–8653. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/3477087>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*. 26–32. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República, 2.ª série-N.º 135-16 de julho de 2018*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento 429-2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirurgia na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento 140-2019, Regulamento de Competências*

Comuns do Enfermeiro Especialista.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento nº743-2019, Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.pdf.*

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Miguel, J., José, R., ... Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. *República Portuguesa - Saúde*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Ribeiro, M. R. S. M. (2019). PRÁTICAS DE LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA REGIÃO DOS AÇORES: SELF DOS ENFERMEIROS GESTORES. *Dissertação de Mestrado.*