

**EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS DE ENFERMEIROS APÓS
CUIDAREM DE UTENTES INFETADOS PELO VÍRUS SARS-
COV-2: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Susana Silva

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS DE ENFERMEIROS
APÓS CUIDAREM DE UTENTES INFETADOS PELO
VIRÚS SARS CoV-2: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Dissertação de Mestrado

Dissertação Académica orientada pelo Professor
Doutor Wilson Abreu e coorientada pela
Professora Doutora Regina Pires.

Porto, 2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos, Afonso e Matilde, que são a minha maior força, é neles que me abasteço todos os dias para fazer mais e melhor!

AGRADECIMENTO

Uma dissertação é uma longa viagem, que inclui uma trajetória permeada por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, mas apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas, indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento da caminhada e, às quais não poderia deixar de mencionar.

Ao meu namorado, Rafael Machado, agradeço todo o carinho, dedicação, compreensão, palavras de incentivo, apoio incondicional, ajuda e disponibilidade demonstrada nos bons e principalmente nos momentos de maior dificuldade.

Aos meus filhos agradeço o mimo, carinho e ânimo que de forma inocente me davam quando lhes pedia desculpa pelas horas de atenção e brincadeira que fiquei a dever.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu, orientador deste trabalho, agradeço os seus ensinamentos, disponibilidade constante, incentivo e dedicação incondicional. Agradeço cada partilha do saber e valioso contributo.

Agradeço à Professora Doutora Regina Pires pelo seu apoio e confiança que depositou em mim e no meu trabalho.

Agradeço também à Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela oportunidade que me concedeu em ter contado com docentes detentoras de grandioso conhecimento.

A todos os colegas que se disponibilizaram a participar no estudo, despendendo do seu tempo, que já era pouco, o meu profundo agradecimento e apreço pelo carinho com que o fizeram.

Um especial Obrigada à minha amiga Sandra Silva Monteiro pelas palavras de incentivo e força, que fizeram toda a diferença na conclusão deste projeto.

Por último, mas não menos importante, agradeço a todos que me auxiliaram e contribuíram para a concretização deste trabalho, tais como colegas, amigos e familiares.

A todos aqueles que vêm com alívio e felicidade o término desta etapa da minha vida e, que sempre souberam amar, apoiar e ajudar a ultrapassar as dificuldades sentidas ao longo desta caminhada, de forma a podermos juntos partilhar a alegria da vitória, deixo o meu sentido Obrigada.

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	21
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1. CUIDAR DE UTENTES COM INFEÇÃO PELA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE - CORONAVÍRUS 2 (SARS-COV-2)	27
1.1. CORONAVÍRUS, SARS-COV E COVID-19	27
1.1.1. ETIOLOGIA E CARACTERÍSTICAS VIRAIS	28
1.1.2. TRANSMISSIBILIDADE DO VÍRUS	29
1.1.3. SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA	30
1.1.4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO	31
1.1.5. TRATAMENTO	31
1.2. EPIDEMIOLOGIA	32
2. IMPACTO DA INFECÇÃO POR SARS-COV-2 NOS PROFISSIONAIS	33
2.1. REAÇÕES EMOCIONAIS E TRAUMÁTICAS	33
2.2. FATORES DE RISCO E EVIDÊNCIAS NA INVESTIGAÇÃO	35
2.3. SINTOMATOLOGIA PSICOLÓGICA DOS PROFISSIONAIS: IMPACTO NA COMUNIDADE	36
3. FATORES DE RISCO PARA A VIVÊNCIA DA ANSIEDADE E REAÇÕES EMOCIONAIS	38
3.1. DEFINIÇÃO DE SAÚDE MENTAL	38
3.2. VIVÊNCIA DA ANSIEDADE	39
3.3. REAÇÕES EMOCIONAIS	41

3.4.	TEORIA DAS TRANSIÇÕES E MUDANÇAS DE COMPORTAMENTOS	43
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO		45
1.	METODOLOGIA	47
1.1.	QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	47
1.2.	OBJETIVOS DO ESTUDO	48
1.3.	TIPO DE ESTUDO: ABORDAGEM QUALITATIVA	49
1.4.	PARTICIPANTES DO ESTUDO	50
1.5.	INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS: O GUIÃO DA ENTREVISTA	51
1.6.	PROCEDIMENTOS LEGAIS E ÉTICOS	52
2.	ANÁLISE DE DADOS: ANÁLISE DE CONTEÚDO E CATEGORIZAÇÃO	54
2.1.	DOMÍNIO: EMOÇÕES DO ENFERMEIRO	54
2.2.	DOMÍNIO: EMOÇÕES DOS UTENTES	58
2.3.	DOMÍNIO: FATORES DE RISCO PARA SINTOMATOLOGIA PSICOLÓGICA ADVERSA	59
2.4.	DOMÍNIO: ESTRATÉGIAS PESSOAIS PARA LIDAR COM AS REAÇÕES EMOCIONAIS	63
2.5.	DOMÍNIO: ESTRATÉGIAS DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE PERANTE A SITUAÇÃO	64
3.	DISCUSSÃO DE RESULTADOS	65
CONCLUSÃO		71
BIBLIOGRAFIA		77
ANEXOS		85

INDÍCE TABELAS

TABELA 1 - DOMÍNIO: EMOÇÕES DOS ENFERMEIROS	54
TABELA 2 - DOMÍNIO: EMOÇÕES DOS UTENTES	58
TABELA 3 - DOMÍNIO: FATORES DE RISCO PARA SINTOMATOLOGIA PSICOLÓGICA ADVERSA	60
TABELA 4 - DOMÍNIO: ESTRATÉGIAS PESSOAIS PARA LIDAR COM AS REAÇÕES EMOCIONAIS	63
TABELA 5 - DOMÍNIO: ESTRATÉGIAS DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE PERANTE A SITUAÇÃO	64

ÍNDICE ANEXOS

ANEXO 1 - BLOCOS TEMÁTICO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADOS	87
ANEXO 2 - GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA).	91
ANEXO 3 - CARACTERIZAÇÃO AMOSTRA	101
ANEXO 4 - ENTREVISTA TRANSCRITA	105
ANEXO 5 - CONSENTIMENTO INFORMADO	121
ANEXO 6 - UNIDADES DE SENTIDO	125
ANEXO 7 - TABELA DE REDUÇÃO	147

RESUMO

COVID-19 é uma doença respiratória grave causada pelo vírus SARS-CoV-2, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 em Wuhan. Dada a potencial gravidade da situação, causada por um vírus sobre o qual muito pouco se sabia, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia pela COVID-19 como um grave problema de saúde pública internacional. A doença respiratória aguda grave COVID-19 tem e terá impactos económicos, sociais e psicológicos substanciais.

Esta pesquisa tem por finalidade reverenciar as experiências emocionais e psicológicas de enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2.

O estudo tem como objetivos: identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestaram ao cuidar de utentes infetados, relacionadas com os utentes e consigo própria como cuidador e pessoa. Assim como identificar fatores de risco para a vivência da ansiedade, analisar a forma como os profissionais vivenciaram o processo de cuidar e identificar as estratégias pessoais que desenvolveram para lidar com as diversas reações emocionais.

A pesquisa foi realizada a dez profissionais de enfermagem que tenham cuidado de utentes infetados pelo SARS-CoV-2, em contexto de serviços de urgência, cuidados intensivos, cuidados de saúde primários ou serviços de internamento, por um período igual ou superior a 30 dias. Para a recolha de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. Os resultados obtidos permitem afirmar que a COVID-19 teve um impacto maioritariamente negativa, nos utentes que foram infectados e nos profissionais de saúde que mantiveram um contacto mais direto com estes utentes.

Palavras chaves: SARS-CoV-2, COVID-19, Stress Pós Traumático, Crescimento pós traumático, Distress psicológico, emoções, saúde mental, reação emocional.

ABSTRACT

COVID-19 is a severe respiratory disease caused by the SARS-CoV-2 virus, first identified in December 2019 in Wuhan. Given the potential urgency of the situation, caused by a virus that very little was known about, on January 30, 2020, the World Health Organization (WHO) declared the epidemic by COVID-19 a serious international public health problem. COVID-19, a severe acute respiratory disease, has and will have substantial economic, social and psychological impacts.

This research aims to reveal the emotional and psychological experiences of nurses after taking care of patients infected by the SARS-CoV-2 virus.

The study aims to: identify the positive, negative and background emotions that nurses expressed when caring for infected patients, related to the patients and to themselves as caregivers and persons. As well as identifying risk factors for experiencing anxiety, analysing how professionals experienced the care process and identifying the personal strategies they developed to deal with the various emotional reactions.

The survey was conducted with ten nursing professionals who have taken care of patients infected with SARS-CoV-2, in the context of emergency services, intensive care, primary health care or inpatient care, for a period equal to or greater than 30 days. For data collection, semi-structured interviews were used. This is a qualitative study. The results obtained allow us to state that COVID-19 had a mostly negative impact, not only on its casualties, but also on patients who were infected, who somehow managed to recover and on health professionals who had more direct contact with these patients.

Keywords: SARS-CoV-2, COVID-19, Post-Traumatic Stress, Post Traumatic Growth, Psychological Distress, Emotions, Mental Health, Emotional Reaction

NOTA INTRODUTÓRIA

Considerando o presente contexto pandêmico, importa fortalecer as linhas de intervenção, com base na evolução epidemiológica e no avanço do conhecimento científico, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

COVID-19 é uma doença respiratória grave causada pelo vírus SARS-CoV-2, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 em Wuhan (1). Dada a potencial gravidade da situação, causada por um vírus sobre o qual muito pouco se sabia, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia pela COVID-19 como um grave problema de saúde pública internacional. A doença respiratória aguda grave COVID-19 tem causado uma destruição incrível a indivíduos, instituições e estados. Ele tem e terá impactos econômicos, sociais e psicológicos substanciais. A saúde, no entanto, tornou-se a preocupação crucial que eclipsa todas as outras questões (Van den Broucke, 2020).

Entendido como um dos maiores desafios do século XXI (Brito SBP et al. 2020), a COVID-19 é o nome atribuído pela OMS à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2. Esta nova variante dos coronavírus tem vindo a causar, neste último ano e meio, uma distribuição exponencial a indivíduos em todo o mundo. Como consequência disso, prevê-se que terá impactos económicos, sociais e psicológicos substanciais (Van den Broucke, 2020).

À medida que a pandemia de coronavírus se espalha rapidamente pelo mundo, está induzindo um grau considerável de medo, e preocupação na população em geral e em certos grupos em particular, sejam adultos, idosos, profissionais de saúde e pessoas com problemas de saúde subjacentes.

Ainda não são conhecidas as consequências da doença a longo prazo, em termos de saúde física e mental, já que essas evidências poderão atingir o pico mais tarde (Gunnell et al. 2020). Contudo, em termos de saúde mental pública, segundo a OMS, o principal impacto psicológico até o momento são as taxas elevadas de stress ou ansiedade. Mas à medida que novas medidas e impactos são introduzidos - especialmente a quarentena e seus efeitos nas atividades habituais, rotinas ou meios de subsistência de muitas pessoas - os níveis de solidão, depressão, uso nocivo de álcool e drogas e automutilação ou comportamento suicida também devem aumentar.

O trabalho de investigação intitula-se “ Experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo Vírus SARS CoV- 2”, e os participantes do estudo são dez profissionais de enfermagem que tenham cuidado de utentes infetados pelo SARS-CoV-2, em contexto de serviço de urgência, cuidados intensivos, cuidados de

saúde primários, por um período igual ou superior a trinta dias.

O estado emocional/emoção é definido por vários autores e de várias formas, que ditam que as emoções envolvem a integração de processos neurais, motores e experienciais (Izard, 1993), constituindo-se estes como os três aspectos da resposta emocional.

Apesar de se constituírem como um elemento central da vida e experiência humana, sendo nomeadamente consideradas essenciais para o desenvolvimento humano assim como para a compreensão do comportamento e funcionamento dos seres humanos (Izard, 1984), a definição deste construto não se tem demonstrado uma tarefa fácil. Por se tratar de uma experiência subjetiva, vivenciada por um sujeito de forma particular, cuja descrição é feita apenas por um relato verbal ou por um comportamento manifesto, para que seja compreendida por quem a observa (Gonçalves, 2014), a emoção adquire uma função adaptativa, na medida em que, numa qualquer situação, a emoção específica vivenciada por um sujeito, depende do significado desse mesmo momento para o indivíduo, com cada emoção tendo, então, uma função adaptativa específica (Smith & Lazarus, 1993).

Tendo isto em consideração, as emoções são vistas, pela maioria dos teóricos, como sistemas de resposta que coordenam ações, estados de sentimentos afetivos e condições fisiológicas de apoio delimitando, paralelamente, a atenção para o que é importante, relevante ou disponível para agir (Lewis, 2005).

Torna-se importante referir que, alguns autores (Gazzaniga & Heatherton, 2005, por exemplo) fazem referência a duas categorias de emoções: primárias (ou universais) e secundárias. Sumariamente, os autores consideram que as emoções primárias básicas, responsáveis pela sobrevivência do ser humano, enquanto indivíduo biológico, sendo elas, raiva, tristeza, medo, nojo, felicidade e ainda, possivelmente, a surpresa e o desprezo, seriam evolutivamente adaptativas, compartilhadas por todas as culturas e associadas a estados biológicos e físicos específicos (Gazzaniga & Heatherton, 2005). Por seu turno, as emoções secundárias, relacionadas com a vida do ser humano enquanto ser social e aprendidas socialmente, resultam da mistura de emoções primárias e incluiriam o remorso, a culpa, a submissão e a antecipação (Gazzaniga & Heatherton, 2005).

Neste sentido, importa salientar que a saúde mental, é claro uma adaptação progressiva às novas condições impostas pela COVID-19, como o medo, o isolamento social, a submissão contínua às imagens de pacientes críticos e o medo de infectar amigos, aumentam o desgaste físico, mas principalmente o desgaste psicológico nos profissionais da linha da frente, os enfermeiros. Neste sentido, e segundo a norma 011/2020 de 18/04/2020, os serviços de Saúde Mental, para além do trabalho orientado para a

população, devem organizar e disponibilizar espaços de apoio a profissionais de saúde, especialmente aos envolvidos na prestação de cuidados a doentes COVID 19.

Assim, este trabalho pretende dar voz aos profissionais de saúde que, desde o primeiro utente, tiveram presente no pensamento a seguinte palavra de ordem: COVID-19.

Desta forma, no âmbito do 2º ano do Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), surge a proposta para a elaboração de um trabalho de investigação. Este estudo é parte integrante de um projeto de maiores dimensões alocado ao CINTESIS / ESEP, coordenado pelo Professor Doutor Wilson Abreu : “Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery”.

Este trabalho tem como finalidade descrever as experiências emocionais e psicológicas que vivenciaram os enfermeiros que cuidaram de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2 e as alterações e adaptações que fizeram na sua vida.

Neste sentido pareceu-nos pertinente o estudo desta problemática junto dos enfermeiros.

A pergunta de partida para este estudo:

- Que experiências emocionais e psicológicas vivenciam os enfermeiros ao cuidar de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2?

Para a realização deste trabalho delinearam-se os objetivos do estudo, sendo eles:

- Identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestam ao cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, relacionadas com os utentes;
- Identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestam ao cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, relacionadas consigo próprio como cuidador e pessoa;
- Identificar fatores de risco para a vivência de ansiedade e reações emocionais adversas;
- Analisar a forma como os profissionais vivenciam o processo de cuidar, no contacto com os utentes infetados, com os familiares e com os colegas;
- Identificar estratégias pessoais que as pessoas desenvolvem para lidar com as diversas reações emocionais que emergem no processo de cuidados.

Relativamente a este estudo que nos propomos desenvolver, trata-se de um estudo de natureza qualitativa, desenvolvido com recurso a uma entrevista semi-estruturada,

para a realização da qual será construído um guião específico.

Para análise de dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo e todos os requisitos éticos foram cumpridos.

O presente trabalho estrutura-se em duas partes, procedida por introdução, que sustenta o enquadramento geral do tema, bem como, trabalho desenvolvido que deu origem ao processo reflexivo pretendido.

A parte I refere-se ao enquadramento teórico. O enquadramento teórico inicia-se com uma revisão da literatura acerca do SARS-CoV-2, abordando questões como a sua etiologia e características virais, a transmissibilidade do vírus, a sintomatologia a ele associada, à forma de realizar o diagnóstico clínico, o respetivo tratamento e a epidemiologia atual. Para além disso, nesta primeira parte é ainda realizada uma contextualização teórica acerca da saúde mental e da teoria das transições e mudanças de comportamentos que, invariavelmente, influenciam a saúde/doença mental e faz-se uma breve abordagem às emoções, dando especial ênfase ao medo e ansiedade. É ainda analisado o impacto da infeção por SARS-CoV-2 nos profissionais, nomeadamente, as suas reações emocionais e traumáticas, os fatores de risco que são evidentes na investigação, assim como o impacto que a sintomatologia psicológica dos profissionais têm na comunidade.

A parte II refere-se ao estudo empírico, que detém a metodologia de investigação, na qual se contextualiza o estudo e a temática concreta em análise, justificando-a, bem como a finalidade e os objetivos propostos em análise. Neste âmbito é caracterizado o tipo de estudo, os participantes, o instrumento da colheita de dados e tratamento de dados. Apresenta-se posteriormente as considerações éticas à realização prática e teórica da investigação e os procedimentos. Relativamente à análise dos dados, esta compreende cinco pontos que caracterizam os cinco domínios identificados pela análise das entrevistas dos participantes: emoções do enfermeiro; emoções dos utentes; fatores de risco para sintomatologia psicológica adversa; estratégias pessoais para lidar com as reações emocionais; e estratégias das organizações de saúde perante a situação. Esta segunda parte da dissertação compreende também a discussão dos resultados obtidos e, ainda, a conclusão de todo o trabalho realizado, terminando com referências bibliográficas que contribuem para o enriquecimento global do mesmo.

Em anexo, encontra-se ainda, algum material de apoio à investigação no terreno, como blocos temáticos da entrevista semi-estruturada, guião da entrevista semi-estruturada, consentimento informado, tabela de unidades de sentido e a tabela de redução.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o enquadramento teórico pretende-se expor a informação obtida através da consulta e análise de bibliografia que se julgou relevante para a compreensão da temática em estudo, nomeadamente cuidar de utentes com infeção por SARs CoV-2 , o impacto da COVID-19 nos profissionais de saúde e Fatores de risco para a vivência da ansiedade e reações emocionais.

1. CUIDAR DE UTENTES COM INFEÇÃO PELA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE - CORONAVÍRUS 2 (SARS-COV-2)

Neste item será apresentada uma breve fundamentação teórica, baseada na literatura científica existente sobre a infeção por SARS-CoV-2: o que é o Coronavírus, a SARS-CoV e a COVID-19, qual a sua transmissibilidade, qual a sintomatologia que lhe está associada, como é feito o diagnóstico clínico, quais os tratamentos disponíveis e como se situa em termos epidemiológicos atualmente.

1.1. Coronavírus, SARS-CoV e COVID-19

Coronavírus (CoV), que etimologicamente deriva do latim “corona” - coroa e “virus” - vírus (Dicionário Priberam, 2021), é a designação dada ao conjunto de vírus de genoma do Ácido Ribonucleico (RNA - Ribonucleic Acid, em inglês) simples não segmentado de sentido positivo (de Groot, et al., 2011) OUTBREAK (Weiss e Leibowitz, 2013). Pertencem à subfamília Orthocoronavirinae e, sendo os maiores vírus de RNA conhecidos, dividem-se em quatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus e Deltacoronavirus (Coronaviruses and SARS-COV-2, 10, 11, 12) (OUTBREAK, Yang e Leibowitz, 2015).

Apesar de, aquando da sua descoberta, os coronavírus serem identificados somente em genomas animais, a investigação científica tem vindo a verificar que novas variantes de coronavírus parecem surgir, ainda que periodicamente, em humanos. Estas novas incidências surgem principalmente pela alta prevalência e distribuição de CoVs, à grande diversidade genética e recombinação frequente dos seus genomas e, invariavelmente, ao aumento das atividades da interface humano-animal (OUTBREAK, Cui et al., 2019 ; Zhu et al., 2019).

Deste modo, e até ao ano de 2020, estavam identificados seis tipos de coronavírus humanos (HCoVs), entre os quais os alfa-CoVs HCoVs-NL63 HCoVs-229E e os beta-CoVs

HCoV-OC43, HCoV-HKU1, síndrome respiratória aguda grave-CoV (SARS-CoV) (OUTBREAK, Drosten et al., 2020) e síndrome respiratória do Oriente Médio-CoV (MERS-CoV) (OUTBREAK, Zaki et al., 2012).

Neste sentido, é possível considerar que, para além de infectar animais, os coronavírus são conhecidos por causar doenças nos humanos, as quais podem ser semelhantes a uma síndrome gripal comum ou evoluir para doenças respiratórias mais graves (Site SNS) e também doenças gastrointestinais, hepáticas e neurológicas, por exemplo (OUTBREAK, Weiss e Leibowitz, 2013).

Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), em português Síndrome Respiratória Aguda Grave, traduz-se numa infecção originada no RNA e é causada pelo coronavírus SARS-CoV inicialmente identificada somente em animais, até ao ano 2019, em que alterações protéicas na composição do ácido ribonucleico evoluíram para Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) e reconhecida oficialmente pelo Coronavirus Study Group, a qual tem a capacidade de infectar humanos. As primeiras infecções, provavelmente evoluídas de uma variante encontrada em morcegos, foram relacionadas a um mercado de animais vivos em Wuhan, na China, sugerindo que o vírus foi transmitido por animais que eram vendidos como alimentos exóticos para consumo humano (outbreak, Zhu et al., 2019) (Coronaviruses and SARS-COV-2, 39).

A partir desta descoberta, e pela rapidez de contágio que a representa, a doença atualmente decorrente da síndrome respiratória aguda grave associada ao coronavírus denomina-se Coronavirus Disease-19 (COVID-19) (Coronaviruses and SARS-COV-2, 39) e, ao dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara que o CoVID-19 é uma “emergência de saúde pública de interesse internacional” (OUTBREAK, Li et al., 2020b).

1.1.1. Etiologia e características virais

Os Coronavírus são Vírus de RNA grandes, envelopados e fita simples com sentido positivo encontrado em humanos e outros mamíferos (Filho, Alberto dias, 2020) e constituído principalmente pela proteína E.

Segundo Brito SBP et al. 2020, evidencia-se através da microscopia eletrônica, a presença de grandes projeções em sua superfície, semelhantes a uma coroa, daí a origem do seu nome, corona (coroa). Tais estruturas representam as grandes glicoproteínas S.

Os coronavírus existentes antes do SARS-Cov não representavam grande problema na saúde pública, pois apenas originam doenças respiratórias leves, como resfriados, porém o novo vírus oferece risco acrescido à população.

Os coronavírus de importância médica são restritos aos SARS-CoV, MERS-Cov e SARS-CoV-2. Todos os três apresentam semelhanças filogenéticas e compartilham a capacidade de codificar proteínas não estruturais como a protease 3 do tipo quimotripsina, a protease do tipo papaína, helicase e RNA polimerase dependente de RNA. Todas estas proteínas não estruturais são enzimas imprescindíveis para a replicação viral e altamente conservadas entre os coronavírus de importância médica. Diante destes achados, é razoável considerar que os inibidores existentes contra o MERS e o SARS-CoV poderão ser utilizados como estratégias terapêuticas para o COVID-19.

1.1.2. Transmissibilidade do vírus

Jasper Fuk-Woo Chan e colaboradores, durante sua pesquisa decorrente dos vários casos de humanos com pneumonia, sem explicação aparente, que foram relatados sucessivamente em alguns hospitais da cidade de Wuhan, incluíram na investigação, em janeiro de 2020, uma família de seis pacientes que viajaram para Wuhan de Shenzhen entre 29 de dezembro de 2019 e 4 de janeiro de 2020. Entre este grupo familiar, cinco dos membros foram identificados como infectados com o novo coronavírus. Além disso, um membro da família, que não viajou para Wuhan, foi infectado com o vírus após vários dias de contato com quatro dos membros da família. Nenhum destes tinha contato com os mercados ou animais de Wuhan, embora dois deles tivessem visitado um hospital da cidade. Os investigadores, concluíram, então, que a transmissibilidade do vírus acontece de pessoa-a-pessoa, não só em contexto hospitalar, mas também em ambientes familiares e contacto direto com pessoas anónimas, como é o caso dos relatos de viajantes infectados noutras regiões geográficas do mundo (Fuk-Woo et al., 2020).

A partir desta descoberta, as autoridades de saúde puderam evidenciar a transmissão da doença por uma cadeia de 4 “gerações” (uma pessoa, que originalmente contraiu o vírus de uma fonte não humana, infectou outra pessoa, que infectou outro indivíduo, que então infectou outro indivíduo) (The novel), sustentando a conclusão do estudo de Chan e colaboradores.

Desta forma, e por ser um agente de infecção respiratória, o novo coronavírus transmite-se, invariável e primeiramente, por aerossóis e gotículas de secreções respiratórias produzidas por espirros e tosse (Site SNS; coronavírus 2020; Site CDC; Jin 2020). Numa segunda instância, acredita-se que a transmissibilidade do vírus poderá também ocorrer através de objetos e superfícies contaminadas (SNS e Jin 2020), ainda que de forma mais limitada, já que estes microrganismos são sensíveis à secura e humidade (SNS). Ou seja, devido a estas características, a sua viabilidade no meio ambiente por longos períodos de tempo é fraca (SNS), pelo que ainda não se pode assumir a sua

transmissão pelo ar (CoronavirusAMolecular).

Assim, e à luz dos conhecimentos atuais, por ser do tipo vírico, o novo coronavírus apresenta um período de incubação (tempo decorrido entre a exposição ao vírus e o aparecimento de sintomas) de até 14 dias (SNS), pelo que, durante esse tempo, poderão não existir sintomas que indiquem o contágio de uma pessoa, situação que aumenta a propagação da doença.

1.1.3. Sintomatologia associada

Tal como qualquer outra doença viral, e devido à estrutura única do organismo de cada ser humano, a COVID-19 afeta cada pessoa de formas diferentes. Uma parte das pessoas infectadas não desenvolvem qualquer tipo de sintomatologia associada à doença, são os designados indivíduos assintomáticos; a grande maioria dos infectados desenvolvem sintomas ligeiros a moderados da doença e recuperam sem necessidade de hospitalização; em contrapartida, um grupo mais restrito destes, desenvolve sintomas que evoluem de forma gradual, originando situações em que é necessária intervenção médica especializada e que, em última instância poderão levar à morte dos indivíduos (OUTBREAK).

Especificamente em relação aos infectados com sintomatologia, estes podem apresentar sinais e sintomas de infeção respiratória aguda como febre, tosse, dificuldade respiratória, dores musculares, diarreia e vômitos e fadiga extrema (Chen et al., 2020; Huang et al., 2020; Zhu et al., 2020; SNS). Em casos mais graves pode levar a pneumonia grave com insuficiência respiratória aguda, falência renal e de outros órgãos (Chen et al., 2020; Huang et al., 2020; Zhu et al., 2020; SNS).

Relativamente à prevalência de cada um destes sintomas, Chaolin Huang e seus colaboradores realizaram, em 2020, um estudo com 41 pacientes inicialmente diagnosticados com COVID-19 (até à data de 2 de janeiro do mesmo ano), os quais evidenciaram como principais sintomas, os seguintes: febre (98%), tosse (76%), mialgia ou fadiga (44%). Para além destes, alguns sintomas atípicos incluíam: expetoração (28%), cefaléia (8%), hemoptise (5%) e diarreia (3%). Cerca de metade dos pacientes apresentou dispnéia e linfocitopenia foi observada em 63% dos pacientes.

Acrescentada a toda esta sintomatologia, todos os pacientes tinham pneumonia, cujas complicações incluíam: síndrome do desconforto respiratório agudo (29%), lesão cardíaca aguda (12%) e infecções secundárias (10%); 32% dos pacientes necessitam de tratamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Huang et al., 2020).

1.1.4. Diagnóstico clínico

Como já referido no tópico anterior, indivíduos infectados com COVID-19, tanto podem ser assintomáticos como sintomáticos. Especificamente em relação àqueles que evidenciam algum dos sintomas referidos, é necessário que seja realizado um diagnóstico preciso que dite a origem dos sintomas como sendo consequências, ou não, do contágio por COVID-19. Este diagnóstico é realizado pela análise de cultura de células epiteliais das vias aéreas humanas, por microscopia eletrônica ou pelo sequenciamento completo do genoma da cultura sobrenadante (Zhu et al., 2020). O método comumente é mais facilmente realizado para fazer a avaliação do contágio por COVID-19 é pela análise de cultura de células epiteliais das vias aéreas humanas, já que permite obter um resultado minimamente rápido do teste.

Atualmente, em Portugal, existem três tipos de testes disponíveis para a realização do despiste: Testes Moleculares de Amplificação de Ácidos Nucleicos (TAAN) - feitos com amostras recolhidas, através de zaragatoa, da região do nariz e/ou garganta e cujos resultados são conhecidos, no máximo, em 24 horas após a recolha das amostras; Testes Rápidos de Antígeno (TRAg) - são testes de proximidade cujos resultados são conhecidos após 15 a 30 minutos da realização; autotestes - testes rápidos de antígeno de baixa complexidade de serem feitos, e que permitem a sua utilização por pessoas que não profissionais de saúde ou outros profissionais habilitados; e, ainda, testes sorológicos - que avaliam se a pessoa tem anticorpos específicos para a COVID-19, não sendo, no entanto, utilizados para o diagnóstico da COVID-19 (SNS).

1.1.5. Tratamento

Desde o reconhecimento, pela OMS, da COVID-19 como pandemia mundial, que as indústrias farmacêuticas de todo o mundo iniciaram uma corrida desmedida na procura de uma possível cura para a doença. Apesar de serem processos que, normalmente, levam anos a ficarem concluídos, a descoberta de um tratamento para o novo coronavírus, que estava a deixar um rasto de morte à sua passagem, mereceu a total atenção de investigadores e cientistas deste ramo, cujo objetivo era encontrarem, no menor tempo possível, o tratamento mais eficaz.

Tendo ficado conhecido como o “Dia V” (de vacinação e de vitória), o dia 8 de dezembro de 2020 ficará sempre marcado na história do mundo, já que foi nessa mesma data que a vacinação contra a COVID-19 teve início, no Reino Unido, fruto do trabalho de investigação da multinacional farmacêutica Pfizer, que desenvolveu uma vacina à base de RNA mensageiro (mRNA), a BNT162b2 (UNICAMP). Surge, então, como uma resposta central e de reforço, a par das respostas já existentes, tendo como objetivo prevenir

a evolução para doença grave e das suas consequências, como forma de reduzir a pressão exercida sobre o sistema de saúde (SNS).

O objetivo foi atingido, mas durante todo o processo de trabalho que o permitiu alcançar, os indivíduos continuavam a apresentar sintomatologia e, esta, tinha de ser tratada pelos recursos que estavam disponíveis. Assim, para os pacientes a terapêutica passava pela adoção de estratégias gerais, que incluíam: repouso no leito e tratamento de suporte (terapia antiviral, administração de antibióticos, terapia imunomoduladora, suporte de função de órgãos, suporte respiratório, lavagem broncoalveolar (BAL), sangue purificação e oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) (Wang et al., 2020; Arabi et al., 2018).

Em Portugal a vacinação contra a COVID-19 teve início no dia 27 de dezembro de 2020 e, de momento, ainda se encontra a decorrer, com cerca de 85% da população o processo já completo (SNS) (setembro de 2021). É evidente que, para que o atual ponto de situação da vacinação tenha sido alcançado, foi necessário elaborar um Plano de Vacinação COVID-19, apresentado no dia 3 de dezembro de 2020, e cuja execução está a cargo do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este plano é atualizado à medida que mais informação fica disponível e assenta em valores de universalidade, gratuidade, aceitabilidade e exequibilidade, tendo como objetivos de saúde pública:

- Salvar vidas, através da redução da mortalidade e dos internamentos e da redução dos surtos, sobretudo nas populações mais vulneráveis;
- Preservar a resiliência do sistema de saúde, do sistema de resposta e do Estado.

1.2.Epidemiologia

A epidemiologia da COVID-19 ainda é pouco conhecida, pois para muitos países, encontra-se em curso, o que dificulta a comparabilidade de resultados (Brito SBP et al.,2020).

Desde o surgimento dos primeiros casos do SARS-CoV-2, que causou um surto de pneumonia viral incomum em Wuhan, na China, que num curto período de tempo, a propagação nacional e a dispersão global do agente causador, se tornaram uma ameaça significativa à saúde global (Biscayart et al., 2020).

Especificamente em relação à atual epidemiologia da doença, até ao dia 5 de agosto de 2021, o número acumulado de casos COVID-19 no mundo, ultrapassou os 200 milhões, 100 dos quais apenas nos últimos 6 meses, um dos maiores aumentos proporcionais ao tempo. Os maiores aumentos registaram-se na Região das Américas (14%) e Região do Pacífico Ocidental (19%), com 1,3 milhão e mais de 375.000 novos casos

relatados, respectivamente. As regiões que notificam as maiores taxas de incidência de casos e mortes semanais por 100.000 habitantes foram as Regiões das Américas (136,5 novos casos por 100.000 habitantes; aumento de 14%) e Europa (108,6 novos casos por 100.000 habitantes ; Redução de 7%) relatou a maior incidência semanal em casos; enquanto as Regiões das Américas (1,9 por 100.000 habitantes; redução de 4%), Europa (1,0 por 100.000 habitantes; aumento de 16%) e Sudeste Asiático (1,0 por 100.000 habitantes; redução de 6%) relataram o maior índice semanal de incidência em mortes.

Em Portugal, o último relatório de situação da COVID-19 publicado pela Direção Geral da Saúde (DGS) consultado, data do dia 30 de Setembro de 2021, o qual reporta, nas últimas 24 horas, 30 611 casos ativos (mais 116 que no dia anterior), 1 020 693 casos recuperados (mais 626 que na data anterior), 17 975 óbitos (mais 7 que no anterior relatório), 27 353 contactos em vigilância (menos 88 que nas últimas 24 horas), 1 069 279 casos confirmados (mais 749 que no dia anterior), 366 indivíduos internados (menos 20 internamentos) e 66 internamentos em UCI (menos 2 que nas últimas 24 horas). Em termos de distribuição geográfica, a região com maior incidência de casos confirmados é a região de Lisboa e Vale do Tejo (site DGS).

A avaliação de risco encontra-se em atualização permanente, de acordo com a evolução do surto. O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitem comunicados diários com o sumário da informação e recomendações mais recentes (SNS)..

2. IMPACTO DA INFECÇÃO POR SARS-COV-2 NOS PROFISSIONAIS

Neste item, tendo em consideração que a presente investigação se centra nas experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, de acordo com o estado da arte, será apresentada uma breve fundamentação teórica, baseada na literatura científica sobre: Reações emocionais e traumáticas, fatores de risco e evidência na investigação e Sintomatologia psicológica dos profissionais: Impacto na comunidade.

2.1.Reações emocionais e traumáticas

Torres Bernal e Miller (2011) definem trauma psicológico como algo que sobrecarrega o indivíduo de uma perspetiva emocional e cognitiva, afetando a sua capacidade de funcionar, lidar com as situações e de se comunicar. O trauma psicológico abrange três principais componentes: (1) experiência traumática inesperada, (2) falta de pre-

paração do indivíduo para lidar com a experiência traumática e (3) impossibilidade do indivíduo fazer algo para evitar que a experiência traumática acontecesse.

Torres Bernal e Mille (2011) enfatizam que não é o evento que determina se uma experiência é ou não traumática para o indivíduo, mas sim a sua experiência subjetiva do acontecimento.

Bonanno e Diminich (2013) corroboram esta heterogeneidade de trajetória após um evento potencialmente traumático, afirmando que existem seis trajetórias comuns em resposta a um evento potencialmente traumático. A trajetória da disfunção crônica caracteriza-se por sintomas elevados logo após o evento potencialmente traumático, que não diminuem por vários anos ou até mais tempo. A trajetória da resiliência do impacto mínimo, por sua vez, é caracterizada por níveis consistentemente baixos de sintomas e angústia, ou por um ajuste consistentemente positivo, tanto antes quanto após a ocorrência do evento traumático. É importante diferenciar os conceitos de resiliência de impacto mínimo e resistência: ao contrário da resistência, que pressupõe uma ausência completa de respostas ao stress, as pessoas que apresentam uma trajetória de resiliência de impacto mínimo e resistência: ao contrário da resistência, que pressupõe uma ausência completa de respostas de stress, as pessoas que apresentam uma trajetória de resiliência de impacto mínimo experienciam algum stress passageiro durante ou imediatamente após o evento potencialmente traumático, não afetando porém, a capacidade de continuar com níveis normais de funcionamento. A terceira trajetória apresentada diz respeito à recuperação e descreve um padrão em que são observados, logo após o evento potencialmente traumático, sintomas moderados a graves, que permanecem durante pelo menos vários meses antes de diminuírem gradualmente, ao longo de um ou dois anos, para os níveis normais de ajuste. A trajetória de uma elevação atrasada de sintoma descreve um aumento de sintomas ao longo do tempo. padrão de ajustamento normal após o evento potencialmente traumático. embora as quatro trajetórias supracitadas sejam as mais comuns, há outros dois padrões que podem ser observados, tal como o distress contínuo pré existente e distress seguido se melhoria.

O uso de emoções positivas e do humor como mecanismos de coping está associado a níveis inferiores de sofrimento psicológico (Bonanno, 2004; Westphal, e Mancini 2011), e é um mecanismo utilizado pelos indivíduos que demonstram resiliência. O recurso às emoções positivas ou mesmo ao riso diminui o sofrimento, quer através da atenuação das emoções negativas, quer através da promoção do contato e suporte social (Bonanno, 2004; Westphal, e Mancini 2011). Vários estudos apoiam uma relação entre o suporte social e um melhor ajustamento após um evento potencialmente traumático.

Relativamente aos mecanismos de coping, o coping focado na resolução de problemas

tem sido considerado adaptativo ao lidar com o estresse, estando associado a trajetórias de resiliência, porém o coping focado nas emoções tem sido considerado por muitos autores como tendo um impacto negativo na adaptação. um estudo de Beasley e colaboradores (2003) apoia a visão de coping focado nas emoções como evitamento, tendo-se verificado uma relação entre este estilo de coping níveis elevados de sofrimento psicológico. por outro lado, verificaram que coping distrativo reduziu os sintomas somáticos nas mulheres, o que pode indicar que certas situações, o evitamento pode ter efeito benéfico.

2.2.Fatores de risco e evidências na investigação

Como já verificado, a COVID-19, pelas suas características epidemiológicas e sintomatológicas, tem vindo a originar o internamento de milhares de pessoas contaminadas com o vírus em Unidades Hospitalares para controlo de sintomas e cura da doença, nos casos em que não é possível a sua recuperação na própria habitação. Neste sentido, pelas constantes notícias que surgiram na comunicação social desde meados de março de 2020, o aumento catastrófico de casos positivos e, consequentemente, de pessoas com necessidade de cuidados de saúde mais especializados, levou à rutura destes mesmos serviços. Esta fragilidade no Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve-se, não só à escassez de profissionais de saúde face à grande evolução da pandemia, mas também aos medos associados em torno da exposição à doença, à prestação de cuidados a um número crescente de pacientes que podem deteriorar-se rapidamente, à possibilidade de poderem ver os seus colegas também doentes, aos dilemas morais na tomada de decisões sobre a prestação de cuidados com recursos limitados (BLAKE 6), ao cansaço extremo que estes vivenciam pelos turnos irregulares e pela sobrecarga de horários, à ansiedade relacionada com a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) ou outros equipamentos essenciais necessários para contactar e tratar os doentes, aos desafios do apoio familiar a do cuidado dos seus filhos enquanto estes trabalham e também à exaustão emocional e psicológica devido à confrontação com pacientes em estado moribundo (BLAKE 4 E 5).

Deste modo, tem-se vindo a verificar que, para a sustentação da capacidade do SNS dar continuidade, a longo prazo, aos cuidados prestados aos doentes infetados com COVID-19 e aos doentes que apresentam outras patologias, é imperativo salvaguardar o bem-estar mental dos profissionais de saúde (BLAKE 1), atuando, não só na prevenção de situações psicológicas que contribuam para doença mental, mas também na intervenção como forma de reverter sintomatologias já existentes. É, então, de grande emergência nacional, o apoio psicológico especializado e frequente aos profissionais da linha da frente desta batalha, COVID-19 (BLAKE 2).

De facto, esta necessidade emergente tem vindo a ser afincadamente comprovada por alguns estudos que têm vindo a ser desenvolvidos neste âmbito, os quais têm demonstrado que existe maior prevalência de profissionais de enfermagem a desenvolver sintomas de burnout, quando comparados com outros profissionais de saúde (fatores agravantes E burnout entre enfermeiros -. 3,8,10,18). Esta conclusão baseia-se nos fatores de risco acima referidos para sustentar a maior vulnerabilidade dos enfermeiros a períodos de maior stress e pressão laborais. No entanto, alguns estudos apresentam também outras variáveis que poderão ter um papel ativo nesta discrepância, como as atividades de trabalho e características como idade, sexo, estado civil, traços de personalidade, entre outras (burnout entre enfermeiros 19 e 20).

Relativamente ao contexto da atual pandemia, estudos têm verificado que enfermeiros com maior exposição ao vírus evidenciam maior impacto psicológico, quando comparados com os que estão menos expostos à doença (BLAKE 10). Especificamente, na China, profissionais de saúde da linha da frente no combate à COVID-19 apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicológica, comparativamente com os profissionais que desempenham funções de carácter mais secundário (blake, 13 e 15). No entanto, algumas investigações têm encontrado resultados contraditórios, em que profissionais que não se encontram na linha da frente, apresentam maior sofrimento psicológico quando comparados com os profissionais que desempenham papéis mais diretamente ligados à doença. Estas conclusões permitem inferir que por terem menos acesso a informações e apoio psicológico, os profissionais que lidam com estes doentes de forma indireta são mais propensos a evidenciar sintomatologia psicológica (BLAKE - 16).

Neste sentido, realça-se a necessidade de criar e desenvolver mecanismos de apoio no âmbito da psicologia e da saúde mental alargados a todos os profissionais de saúde que, direta ou indiretamente, estão envolvidos com doentes infetados com a COVID-19.

2.3.Sintomatologia psicológica dos profissionais: Impacto na comunidade

Segundo a escola filosófica, ainda do tempo de Aristóteles, a causalidade é o fator de conexão entre dois processos, a causa e o efeito, em que a causa tem, em certa parte, a responsabilidade pela ocorrência do efeito, tal que, este é dependente da primeira (site da INFOESCOLA). Ainda que com algumas opiniões contraditórias relativamente a este processo, a base da teoria está constantemente a ser testada e comprovada e, neste caso, serve simplesmente como ponto de partida para a análise da relação de causalidade existente entre a sintomatologia psicológica dos profissionais de saúde associada à COVID-19 e o impacto destes na comunidade.

Invariavelmente, este processo de causa efeito pode traduzir-se da seguinte forma: assumindo que as extremas e constantes pressões que os profissionais de saúde têm vindo a experienciar desde o início da pandemia em Portugal poderão aumentar a sua predisposição a desenvolver Síndrome de Burnout, e considerando que esta tem implicações negativas no bem-estar destes indivíduos, terão, então, consequências negativas para as organizações, principalmente da área da saúde (blake 11).

Mais especificamente, a Síndrome de Burnout caracteriza-se por ser uma perturbação do foro psicológico desencadeada pela exposição intensa e prolongada a ambientes de grande stress e pressão no contexto de trabalho (BURNOUT ENTRE ENFERMEIROS). Em 1981 (burnout entre enfermeiros 15), a síndrome foi definida através de três eixos representativos: exaustão emocional, na qual o indivíduo se sente incapaz de realizar o seu trabalho por sentir fadiga intensa e falta de forças (existe uma incongruência entre a exigência da situação e os recursos do indivíduo para lhes fazer face); despersonalização, na qual a pessoa apresenta distanciamento emocional, indiferença ao trabalho, humor maioritariamente apático, irritadiço ou com períodos de cinismo; e, como terceiro eixo, a baixa realização pessoal, em que existem sentimentos de inadequação pessoal e profissional, falta de perspetivas para o futuro, frustração e sentimentos de incompetência e fracasso (burnout entre enfermeiros 15; fatores agravantes - perniciosii).

Deste modo, e relativamente a esta sintomatologia, um indivíduo que sofra uma diminuição do seu bem-estar psicológico, e especificamente no caso dos profissionais de saúde, estará menos predisposto ao atendimento e satisfação das necessidades dos seus doentes e, conseqüentemente, a menor qualidade no atendimento irá ter um impacto, não só nas pessoas que precisam de tratamento, mas também nas organizações de carácter hospitalar e em todo o sistema de saúde e na economia social (fatores agravados - Vieira & Jane, 2021).

Assim, de modo a combater, na medida do possível, os efeitos nefastos que a COVID-19 poderá ter na saúde psicológica dos profissionais de saúde, mais concretamente nos enfermeiros, deve ser disponibilizado um apoio psicológico personalizado às características, quer organizacionais, já que as normas culturais de uma organização, como a liderança e estilos e padrões de comunicação das chefias, são conhecidos por serem fatores-chave no stress do trabalhador (blake 18), quer individuais, considerando a idiossincrasia de cada sujeito.

3. FATORES DE RISCO PARA A VIVÊNCIA DA ANSIEDADE E REAÇÕES EMOCIONAIS

Neste item será apresentada uma breve fundamentação teórica, baseada na literatura científica, onde se descreve os principais fatores de risco associados a uma transição de vida e mudanças de comportamento perante uma situação inesperada, sendo neste contexto a Pandemia Covid 19. Desta forma apresenta-se uma breve definição de saúde mental, seguido da vivência da ansiedade, reações emocionais e por fim breve abordagem à teoria das transições e mudanças de comportamentos

3.1. Definição de Saúde Mental

A saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais, podendo ser conceptualizada como um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe as suas próprias habilidades, conseguindo lidar com as tensões normais da vida, trabalhando de forma produtiva e frutífera, contribuindo para a sua comunidade.

Neste sentido positivo, a saúde mental é a base para o bem-estar e o funcionamento efetivo de um indivíduo. A dimensão essencial da saúde mental é clara, encontrando-se expressa na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2004), onde se pode ler que: “a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

Sendo a saúde mental parte integrante desta definição ela é, por um lado, um direito humano, e por outro lado, o capital mental, constituído pelo potencial cognitivo, intelectual e emocional. É um recurso-chave para o sucesso de uma sociedade que se quer baseada no conhecimento e na capacidade em alcançar os objetivos estratégicos das políticas sociais e económicas. A saúde mental permite promover e proteger o bem-estar das suas populações em períodos marcados por grandes desafios a nível económico e social, estando por isso ligada à sustentabilidade dos sistemas de saúde dos diferentes Estados (Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia, 2016).

É inequívoco que a saúde mental abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade, reclamando um compromisso conjunto. Sabe-se da importância da Saúde Mental e da necessidade de criar mecanismos num período de crise, como o explanado em discussão neste documento, nomeadamente nas reações emocionais e psicológicas que vivenciaram os enfermeiros ao cuidar de utentes infetados pelo Vírus SARS CoV- 2.

A saúde mental é a base do bem-estar geral. De acordo com as orientações da DGS (2017), “saúde mental” significa:

- -Adaptação a novas circunstâncias de vida/mudanças;
- Superação de crises e resolução de perdas afetivas e conflitos emocionais;
- Reconhecimento de limites e sinais de mal-estar;
- Aptidão do sentido crítico e de realidade, mas também humor, criatividade e capacidade de sonhar;
- Estabelecimento de relações satisfatórias com outros membros da comunidade;
- Desenvolvimento de projetos de vida e, sobretudo, descobrir um sentido para a vida.

Neste contexto, importa realçar a importância da saúde mental em qualquer contexto de vida, sendo que adaptação a novas circunstâncias de vida perante uma crise terá influência no estado emocional em que se encontra o indivíduo.

3.2.Vivência da ansiedade

De acordo com o International Council of Nurses (2019), a ansiedade define-se como a “Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”. Em concordância Carpenito-Moyet (2006) considera a ansiedade como um “Estado em que o indivíduo ou grupo apresenta sentimento de desconforto (apreensão) e ativação do sistema nervoso autónomo em resposta a uma ameaça vaga, inespecífica”. Quando esta emoção está dentro de níveis normais é categorizada como ansiedade fisiológica. Prata (2012) acrescenta que se trata de um mecanismo fisiológico de resposta a situações geradoras de stress, tornando-se patológica quando esta se encontra desajustada e persistente.

A exposição a acontecimentos stressantes como conflitos interpessoais tem relevância e pode levar ao desenvolvimento de uma Perturbação da Ansiedade a curto, a médio ou a longo prazo, podendo levar ao desenvolvimento de outras comorbilidades psiquiátricas (Rueter et al., 1999 cit. por Margis et al., 2003).

O Manual Diagnóstico e Estatístico De Transtornos Mentais, versão 5, distingue contudo a ansiedade do medo sendo que o “medo” é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. A ansiedade é mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva.” (Associação Americana de Psiquiatria, 2013, pp.189). No medo existe evitamento ou até mesmo fuga de um

estímulo considerado ameaçador, ao passo que na ansiedade surge uma aproximação a esse mesmo estímulo, ainda que seja contraditório, pois o sentimento de evitamento continua a ser experienciado. (Graeff, 2007).

Importa assim, distinguir stress de ansiedade, uma vez que estes conceitos são comumente usados como sinónimos, contudo diferenciam-se entre si conceptualmente. O International Council of Nurses (2019), classifica o stress como “Status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”. Trata-se de uma resposta fisiológica a um estímulo concreto que desencadeia processos corporais que aumentam a concentração e atenção do indivíduo perante o ambiente que o rodeia (Selye, 1976 cit por Fink, 2009).

Desta forma, a ansiedade pode ser uma expressão de stress, isto é, quando o indivíduo é sujeito a uma situação stressante pode experienciar ansiedade. É uma emoção primária que surge em resposta a uma situação de perigo em que a pessoa tem de tomar uma decisão de sobrevivência (Meirelles e Zeitoune, 2003 cit por Sapata, 2012).

Lipp e Melagris (2001 cit por Loricchio e Leite, 2012) afirmam a ansiedade como efeito gerador de stress, pelo que experienciar ansiedade conduz a uma resposta emocional, psicológica e fisiológica causada pelo stress. Na mesma visão, Wiedemann (2015) afirma que emoções como a ansiedade e o medo são agentes stressores, o que quer dizer, que suscitam uma resposta de stress no organismo. Assim podemos concluir através da análise da literatura, a existência de uma relação quase cíclica entre a ansiedade e o stress, uma vez que uma emoção pode desencadear uma resposta, mas por outro lado uma resposta inadequada pode levar à expressão da emoção.

Sendo uma emoção primária, a ansiedade irá também ativar sistemas cerebrais primários. Perante um evento stressante ou uma interpretação subjetiva do mesmo, é provocado um processo mental que começa com o sistema de luta, fuga ou congelamento. São considerados sistemas cerebrais primários, uma vez que são os sistemas que estão na base da sobrevivência e não exigem processamento cerebral profundo, mas sim alterações do comportamento como reação à ameaça (Guimarães, 2000 cit por Braga, 2010).

Os sistemas cerebrais implicados nestas respostas são o Sistema Cerebral de Defesa e o Sistema de Inibição Comportamental. O primeiro é constituído pela amígdala, hipotálamo medial e matéria cinzenta periaquedutal. Este sistema, que equivale à ação do sistema nervoso simpático, provoca uma resposta generalizada no organismo que se traduz em sintomas mentais, cardíacos, motores, entre outros (Graeff, 2004 cit por

Braga, 2010). No Sistema de Inibição de Comportamento, existe ativação do sistema septohipocampal, que resulta no aumento da vigília, atenção e preparação para ação, provocando reações primárias como a paralisia (Silva, 2001 cit por Braga, 2010).

A sinergia entre estes dois sistemas é o que conduzirá aos sinais e sintomas frequentemente associados à ansiedade e englobam duas componentes: uma dimensão física e uma dimensão psicológica, o que causa comprometimento cognitivo do indivíduo. Estes sintomas físicos podem ser: cefaléia, náuseas e vômitos, sudorese, dor de estômago, diarreia, fadiga, dispneia, aumento da pressão arterial e taquicardia. Na esfera emocional o indivíduo pode sentir: inquietação, medo, irritabilidade, insegurança e vontade de querer fugir. Ambos os sintomas podem levar a alterações de conduta e de tomada de decisão, uma vez que o juízo crítico e a forma de perceber o mundo, nomeadamente em termos mnésicos, aprendizagem e concentração também se encontram alterados. (Augustin, 2005 cit por Soodan e Arya, 2015).

3.3.Reações emocionais

Apesar das emoções estarem presentes na maior parte, senão mesmo em todos os acontecimentos de vida do indivíduo, estas afiguram-se “provavelmente como um dos aspectos menos compreendidos da experiência humana” (Riva et al., 2007, p.45), não se tendo ainda conseguido consenso quanto à definição para este conceito. As emoções exercem uma grande influência nas vivências do indivíduo, repercutindo-se em diversos aspetos, nomeadamente nos funcionamentos biológico, psicológico e social (Leão, 2012).

Constituem-se como um elemento central da vida e experiência humana, sendo nomeadamente consideradas essenciais para o desenvolvimento humano assim como para a compreensão do comportamento e funcionamento dos seres humanos (Izard, 1984), a definição deste construto não se tem demonstrado uma tarefa fácil. Por se tratar de uma experiência subjetiva, vivenciada por um sujeito de forma particular, cuja descrição é feita apenas por um relato verbal ou por um comportamento manifesto, para que seja compreendida por quem a observa (Gonçalves, 2014), a emoção adquire uma função adaptativa, na medida em que, numa qualquer situação, a emoção específica vivenciada por um sujeito, depende do significado desse mesmo momento para o indivíduo, com cada emoção tendo, então, uma função adaptativa específica (Smith & Lazarus, 1993).

Ao longo de vários anos, a pesquisa sobre a emoção, assim como o desenvolvimento das diferentes teorias da mesma, tem focalizado a ideia de que existe um número limitado de emoções que são psicológica e biologicamente básicas (Ekman, 1999), no

entanto, a grande questão é: Quantas e quais as emoções que podemos considerar básicas? Tal como o que acontece em relação ao modelo teórico que explica o funcionamento emocional, também não existe uma definição clara de quantos ou quais são as emoções básicas.

Segundo Gazzaniga & Heatherton, (2005), as emoções dividem-se em duas categorias: primárias (ou universais) e secundárias. As primárias, referem-se às básicas, responsáveis pela sobrevivência do ser humano, enquanto indivíduo biológico, sendo elas a raiva, tristeza, medo, nojo, felicidade e ainda, possivelmente, a surpresa e o desprezo. As emoções secundárias, estão relacionadas com a vida do ser humano enquanto ser social e aprendidas socialmente, resultam da mistura de emoções primárias e incluem o remorso, a culpa, a submissão e a antecipação

As emoções constituem fenómenos evolucionários com importantes funções na sobrevivência da espécie (Darwin, 1872). De acordo Santos (2009) as emoções possuem três tipos de funções: adaptativas, motivacionais e perturbadoras. As funções adaptativas estão relacionadas com a sobrevivência, uma vez que ajudam os organismos na resolução de problemas. As funções motivacionais permitem o organismo reagir de forma rápida. E, por fim, as funções perturbadoras poderão prejudicar a tomada de decisão, provocando uma ação desmobilizadora.

Embora o contexto vivencial e as experiências de vida possam influenciar a sua expressão ou reconstruir o seu significado, as emoções “são processos biologicamente determinados, dependentes de dispositivos cerebrais estabelecidos de forma inata e sedimentados por uma longa história evolucionária, que exercem uma função reguladora com vista à criação de circunstâncias que possibilitem garantir a sobrevivência (Damásio, 2013, p. 73). As emoções envolvem conjuntos complexos de respostas químicas e neurais que obedecem a um padrão, sendo que, numa emoção típica, determinadas regiões do cérebro que integram o sistema neural das emoções enviam informação para outras regiões do cérebro e regiões do corpo, através da circulação sanguínea e através de neurónios que atuam sobre outros neurónios, sobre músculos ou sobre vísceras, sendo a emoção induzida tanto por vias neuronais como químicas (Damásio, 2011; Damásio, 2013).

Assim podemos afirmar que as emoções envolvem conjuntos complexos de respostas químicas e neurais e, embora não sobressaia o consenso entre diversos estudiosos sobre a definição do seu conceito (Arriaga & Almeida, 2010; Goleman, 2012), parece ser reconhecido o relevante papel que estas desempenham na vivência dos seres, assumindo importantes funções biológicas, psicológicas e sociais, contribuindo, entre outros, para a sobrevivência da espécie, para a regulação vital e para a definição das relações sociais. Para além de poderem ser qualificadas como positivas ou negativas,

autores propõem a sua classificação em primárias ou básicas (Ekman 2003; Damásio, 2013), secundárias ou sociais (Ekman 2003; Damásio, 2013) e de fundo (Damásio, 2013).

As emoções básicas humanas são transmitidas através de expressões faciais (Ekman & Friesen, 2003); e, segundo Wey (1999), as expressões faciais constituem um meio básico de 14 linguagem corporal. As expressões faciais desempenham um papel importante nos processos de regulação das trocas interpessoais que favorecem o fluxo da interação, a alternância das falas, a sincronia entre os interlocutores (Bitti & Zani, 1997). A expressão emocional possui como função primordial servir de indicador de que um determinado acontecimento encerra um certo conteúdo emocional, sendo através das expressões faciais que as intenções comportamentais são comunicadas aos outros, levando a um melhor ajustamento psicológico e desta forma contribuindo para uma melhoria no estado geral de saúde (Almeida, 2006, citado por Santos, 2009).

Em forma de conclusão, podemos afirmar que o ser humano responde de forma complexa a cada acontecimento emocionalmente. Há emoções que são passíveis de ser observadas por simples gestos, expressões faciais, ou pequenos comentários que podem ser importantes para se iniciar uma relação de ajuda.

3.4. Teoria das transições e mudanças de comportamentos

Segundo Afaf Meleis denomina-se a passagem de uma fase da vida para outra, ou de uma condição ou status, como “transição”. Uma transição é normalmente precipitada por um evento ou “ponto de viragem” que solicita novos padrões de resposta.

Assim sendo, o processo de adaptação a que os enfermeiros foram sujeitos assume-se como um processo de transição. Durante a transição a pessoa experiencia distintas mudanças, na identidade, nos papéis, nos padrões de comportamento, com repercussão direta na forma como se vê a si e ao mundo. Os profissionais de saúde, inclusive, vêem-se perante a necessidade de desenvolver novas habilidades, relações e estratégias de coping.

Tal como refere Meleis (2000), existem fatores que vão favorecer ou inibir o processo de transição e que tem a ver com condições pessoais do profissional, com condições externas, como os recursos na comunidade, da sociedade e o suporte familiar.

A consciencialização faz parte do processo de transição, na medida em que está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência da transição. A consciencialização da mudança necessita ocorrer para que a transição se inicie. o processo de se consciencialização implica reconhecer o que mudou e em que medida as coisas estão diferentes, sendo que quando existe tal reconhecimento por

parte do profissional, este consegue encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizar-se num novo modo de viver, de responder e de estar no mundo.

Neste sentido surge também o conceito de envolvimento que traduz a ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição.

O processo de se adaptar ao novo modo de ser e de se estar exige tempo, que decorre entre a ruptura com o que era habitual e rotineiro e o viver com as alterações inerentes à transição e o ajustar-se à nova condição, conseguindo assim, alcançar um suposto equilíbrio. porém a situação que se impõem não permitiu tempo de adaptação mas de agir e as consequências do mesmo serão avaliadas no futuro. Como refere Gunnell et al. (2020) as consequências da doença a longo prazo, em termos de saúde física e mental, poderão atingir o pico mais tarde (Gunnell et al. 2020).

No modelo de transição espera-se um início e fim, para que o pessoa abandone os “modos de ser” habituais e reorganize-se uma “nova” maneira de viver, habituando-se ao novo estilo de vida, porém trata-se de uma situação que ninguém está preparado para se adaptar em definitivo e causa grandes alterações quer a nível pessoal, quer familiar.

O desempenho com perícia de uma determinada habilidade leva tempo. Por isso, é esperado que não se evidencie nas fases iniciais da transição. São exemplos de uma transição saudável: verbalizar a capacidade para tomar decisões face à nova condição; ajustamento pró-ativo nas atividades da vida diária, adotando novas formas de viver, se ser e procura de informação ou recursos.

À medida que a pandemia de coronavírus se espalhou rapidamente pelo mundo, está induzindo um grau considerável de medo, e preocupação na população em geral e em certos grupos em particular, nomeadamente nos profissionais de saúde que os levou a uma adaptação das circunstâncias quer na sua vida pessoal, quer profissional.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Ao longo deste capítulo iremos descrever o método utilizado no estudo empírico, apresentando a justificação do tema e as suas finalidades, a questão de investigação e os objetivos do estudo. De seguida apresentamos o tipo de estudo, os participantes e instrumentos de colheita de dados e os tratamentos de dados. Por fim, serão abordadas as considerações éticas e o procedimento adotado no estudo.

1. METODOLOGIA

O termo metodologia surge na literatura para designar os vários meios que norteiam o investigador no processo de investigação. Os métodos de investigação são um caminho para chegar ao conhecimento, valorizando mais o processo do que propriamente o resultado (Bisquerra 1989; Coutinho 2014).

Para o desenvolvimento científico, a investigação é uma ferramenta basilar e desempenha um papel de extrema importância para a evolução de uma disciplina e, concomitantemente, para a melhoria da prática profissional.

No presente capítulo será descrito o caminho e as decisões metodológicas tomadas para a realização da presente investigação, nomeadamente: questão de investigação; objetivos do estudo; tipo de estudo e a sua pertinência; participantes do estudo; instrumento de recolha de dados; procedimentos legais e éticos e por fim a análise de conteúdo e categorização.

1.1. Questão de investigação

“A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real no qual vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de uma investigação” (Fortin, 2003:15).

Segundo Santos et al. (2007), a Prática Baseada na Evidência assenta numa metodologia que privilegia o recurso à melhor evidência disponibilizada, envolvendo, no seu processo, a clara definição de uma problemática que suscita uma revisão da literatura, a procura de informação e a consequente avaliação crítica das mesmas, seguido da sua implementação na prática clínica. O último passo culmina com a avaliação dos resultados obtidos decorrentes da sua implementação e que poderá considerar a sua sustentabilidade para o futuro. Implica, desta forma, um questionamento contínuo so-

bre as relações entre o raciocínio clínico e o precedente científico que está na génese, para que se possa converter em exequibilidade na prática.

Desta forma, releva-se a essencialidade do desenvolvimento e sistematização de modelos de abordagem em saúde mental, que possibilitem uma integração e o desenvolvimento de um perfil de formação profissional especializada e contínua de qualidade, baseada em resultados de estudos e investigação científica.

A pergunta de pesquisa, elemento basilar para todo este processo, pode ser coaduna segundo diversos pressupostos teóricos, embora a convergência clara seja a génese da pergunta PICO. Partindo do paradigma enunciado por esta estratégia, emergem quatro partes integrantes, constitutivas para a formulação do seu acrónimo PICO:

- População;
- Intervenção;
- Comparação;
- Resultados/Outcomes.

A construção de uma questão através da estratégia PICO possibilita o estabelecimento de uma linha orientadora para a pesquisa, maximizando o seu potencial de sucesso e evitando a omissão de estudos impactantes (Santos et al., 2007).

Com base no descrito anteriormente, a questão de investigação, que coadjuva o ponto de partida para a restante metodologia de revisão de literatura a adotar, respeitante à estruturação para a questão orientativa da seguinte forma: “Que experiências emocionais e psicológicas vivenciam os enfermeiros ao cuidar de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2?”.

1.2.Objetivos do estudo

O objetivo de uma pesquisa pretende esclarecer aquilo que o investigador tem em mente desenvolver desde o caminho teórico até aos resultados serem alcançados. Assim os objetivos são delineados desde o início da investigação. Toda a pesquisa deve ter um objetivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar (Marconi & Lakatos 2002, p.24).

Tendo em consideração a questão de investigação definida para o estudo, foram delineados os seguintes objetivos:

- a. a) Identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestam ao cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, relacionadas com os utentes;

- b. b) Identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestam ao cuidar de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, relacionadas consigo próprio como cuidador e pessoa;
- c. c) Identificar fatores de risco para a vivência de ansiedade e reações emocionais adversas;
- d. d) Analisar a forma como os profissionais vivenciam o processo de cuidar, no contacto com os utentes infetados, com os familiares e com os colegas;
- e. e) Identificar estratégias pessoais que as pessoas desenvolvem para lidar com as diversas reações emocionais que emergem no processo de cuidados;
- f. f) Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda aos profissionais que cuidam de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2.

1.3. Tipo de estudo: abordagem qualitativa

Este estudo é parte integrante de um projeto de maiores dimensões alocado ao CINTESIS / ESEP, coordenado pelo Professor Wilson Abreu : *“Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery”*.

Relativamente ao estudo que nos propomos desenvolver, trata-se de um estudo de natureza qualitativa, desenvolvido com recurso a uma entrevista semiestruturada, para a realização da qual será construído um guião específico a partir de um planeamento previamente semi-estruturados (Anexo 1 - Blocos temático de entrevistas semi-estruturadas e Anexo 2 - Guião da entrevista semi estruturada).

Na investigação qualitativa a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal (Bogdan e Biklen, 1994:47). A perspetiva qualitativa nasce dos movimentos que criticam o mecanismo e o reducionismo da visão quantitativa ou positivista. Assim, este tipo de investigação descreve os fenómenos através de palavras, em vez de os descrever por números ou medidas (Wiersma, 1995, cit.por Coutinho, 2014).

“Os dados recolhidos são (...) ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas e locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico. As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, outrossim, formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural”. (Bogdan e <biklen, 1994:16).

A escolha do método é norteada, não só pela orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, mas fundamentalmente pela natureza da questão colocada. Assim, se pretender investigar a compreensão de um fenómeno vivenciado por indivíduo ou grupo, um estudo qualitativo será o mais indicado (Fortin, 2009).

Bogdan e Biklen (2010) enumeram algumas características comuns às investigações qualitativas: (1) a atenção do investigador centra-se preferencialmente no processo e não tanto nos resultados; (2) o carácter descritivo; (3) o ambiente natural é a fonte direta de dados e o investigador é o instrumento fundamental; (4) os dados são analisados tendencialmente com recurso ao método indutivo; (5) a construção do significado que os indivíduos atribuem aos objetos e à sua vida constitui a preocupação essencial do investigador.

Este estudo é do tipo descritivo pois aspira conhecer e interpretar os fatos sem interferir nos mesmos. É igualmente exploratório, pois visa proporcionar maior proximidade com o problema, através da descoberta e explicação de realidades, com recurso a entrevistas a indivíduos que vivenciaram a situação em análise.

No que concerne à dimensão temporal, trata-se de um estudo transversal, uma vez que os dados são recolhidos, a cada participante, num só momento no tempo.

O método de investigação qualitativo abrange *“a totalidade de seres humanos, concentrando-se na experiência humana”* (Marcus e Liehr, 1998, p.122). Segundo estes autores, o pesquisador que usa esta abordagem *“acredita que seres humanos únicos atribuem significados a suas experiências e que elas derivam do contexto de vida”*. Assim, o objetivo desta abordagem de investigação visa, mais do que avaliar, compreender, pois, acredita-se que cada experiência pessoal é única e que é impregnada pelo contexto onde a pessoa se insere.

1.4.Participantes do estudo

Na investigação de cariz qualitativo a amostra não é probabilística, ou seja, não é aleatória, dado que este tipo de estudo tem que dar respostas a características específicas e precisas.

A determinação do número de participantes, ou seja do tamanho da amostra, não se faz através de avaliações estatísticas como acontece na investigação quantitativa, mas sim através de ações que permitem alcançar o objetivo de estudo (Fortin, 2009). De uma forma geral o número é reduzido, sendo escolhidos sujeitos socialmente significativos (Guerra, 2006), pois a preocupação dos investigadores é desenvolver uma descrição rica e densa do fenómeno em estudo.

A seleção que constituem os participantes do estudo, assume assim um papel preponderante no trabalho de investigação científica, pois deles depende, em grande parte, a consecução dos objetivos inicialmente propostos.

Tendo em conta a escassez do tempo para a elaboração deste trabalho, optou-se por uma amostra de conveniência (“o uso de pessoas mais convenientemente disponíveis como sujeitos de estudo” Pollit e Hungler, 1995, p. 146), em função da rede de contatos colocada à disposição, bem como da disponibilidade das pessoas que se predispuseram a colaborar na realização do trabalho de investigação e que cumpriam o requisito.

Deste modo, após a realização de todas as entrevistas, que decorreu de Fevereiro a Junho de 2021, é possível caracterizar os participantes desta investigação da seguinte forma: dez profissionais de enfermagem que cuidaram de utentes infetados pelo SARS-CoV-2, em contexto de serviços de urgência, cuidados intensivos, cuidados de saúde primários ou serviços de internamento, por um período não inferior a 30 dias. Destes dez participantes, oito enfermeiros são do sexo feminino e dois do sexo masculino, sendo que a média das idades é 39 anos. Em relação às habilitações literárias, um dos participantes apresenta grau de Mestre em gestão e economia de saúde, cinco enfermeiros são especialistas e dois deles têm pós-graduação (Anexo 3 - caracterização amostra)

1.5. Instrumento de recolha de dados: o guião da entrevista

Na investigação qualitativa os dados podem ter origem a partir de observações e de entrevistas, de registos e/ou textos já publicados, tendo como característica fundamental a flexibilidade dos métodos de colheita de dados e análise, o que proporciona o desvendar de novos fenómenos ou aprofundamentos destes (Fortin, 2009).

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), a entrevista semiestruturada é a mais utilizada na investigação social. No estudo qualitativo a análise de dados começa desde a primeira recolha, atendendo a que todas as recolhas são realizadas de forma síncrona (Fortin 2009).

Ainda de acordo com Silverman (2000, cit. Por Coutinho, 2014, p.141), “as entrevistas são poderosas técnicas de recolha de dados porque pressupõe uma interação entre o investigado e o investigador, possibilitando a este último a obtenção de informação que nunca seria conseguida através de um questionário”, têm ainda a vantagem de o investigador poder solicitar esclarecimentos adicionais ao entrevistado, caso a resposta não seja suficientemente elucidativa (Coutinho, 2014).

Estabelece-se assim, uma verdadeira troca, durante a qual o participante expõe as

suas percepções sobre acontecimentos ou situações, as suas interpretações ou as suas experiências. Concomitantemente, o investigador através de perguntas abertas, facilita essa expressão, permite que o participante seja o mais profundo e autêntico possível e evita que este se distancie dos objetivos da entrevista (Quivy e Campenhoudt, 2008). A entrevista pode ser presencial, via internet, ou telefónica e pode ser individual ou em pequenos grupos (Coutinho, 2014; Fortin, 2009).

Neste caso, e tendo em conta o objetivo do estudo em questão e o facto dos entrevistados trabalharem em diferentes serviços e com horários laborais distintos, considerando a pandemia atual e uma vez que trabalham por turnos, as entrevistas foram realizadas de forma individual, direta e algumas via zoom, contudo foi privilegiada a recolha de dados de forma presencial.

As entrevistas foram não-diretivas, ou semi diretivas ou semi-estruturadas, sendo sempre pedidas pelo investigador e não pelo entrevistado, referindo-se contudo ao tema proposto pelo investigador a fim de dar resposta aos objetivos que se prendem com a referida investigação e não com o desenvolvimento pessoal da pessoa (Quivy e Campenhoudt, 1992).

A recolha de dados decorreu no período compreendido entre março e julho de 2021. Os participantes foram contactados previamente a fim de verificar a sua disponibilidade para participar no estudo, assim como apresentar o estudo e os objetivos do estudo em questão. Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora, tendo sido gravadas, em suporte áudio, para posterior transcrição e análise de conteúdo. Após a realização das entrevistas, o material gravado foi transcrito na íntegra para o sistema informático de forma a manter o máximo rigor nos discursos, sendo a duração média de transcrição de cada entrevista, cerca de 3,5 horas.

Apesar de inicialmente termos proposto 12 entrevistas, devido à pandemia atual e ao facto de a população alvo com a qual se pretende trabalhar estar visivelmente sobrecarregada com trabalho, houve muita dificuldade na gestão de um momento conveniente para o investigador e entrevistado. Assim, por se verificar uma repetição de dados evidente, optou-se por realizar somente 10 entrevistas, as quais se encontram integralmente transcritas (Anexo 4 - Entrevista transcrita)

1.6.Procedimentos legais e éticos

Numa grande parte das disciplinas científicas, os estudos de investigação abrangem aspetos da atividade humana: comportamentos, estados de saúde dos indivíduos ou grupos, estilos de vida, entre outros. Contudo, seja qual for o aspecto a ser estudado, a investigação deve ser alicerçada no respeito dos direitos humanos (fortin, 2009).

De acordo com Saint-Arnaud (2003), a utilização dos métodos de investigação qualitativa requer o estabelecimento de algumas regras e critérios minuciosos relativamente às questões éticas e deontológicas, que se enquadram no âmbito da autodeterminação, consentimento informado e esclarecido, o respeito pela confidencialidade e justiça.

Pela natureza do estudo em causa foram tidos em consideração os aspetos anteriormente mencionados. Os participantes do estudo convidados foram antecipadamente informados acerca dos procedimentos e fases que o mesmo envolve e assinado o consentimento informado (anexo 5 - Consentimento informado). Os participantes foram informados e envolvidos na dinâmica da investigação, tendo conhecimento de todo o processo, desde a recolha de dados à posterior apresentação dos resultados, bem como a destruição de todas as gravações áudio.

Em momento algum, poderá ser usado qualquer meio de coerção para o indivíduo participar numa investigação. O princípio do respeito pela justiça e equidade, representa a noção de imparcialidade e de igualdade (Fortin 2009)

2. ANÁLISE DE DADOS: ANÁLISE DE CONTEÚDO E CATEGORIZAÇÃO

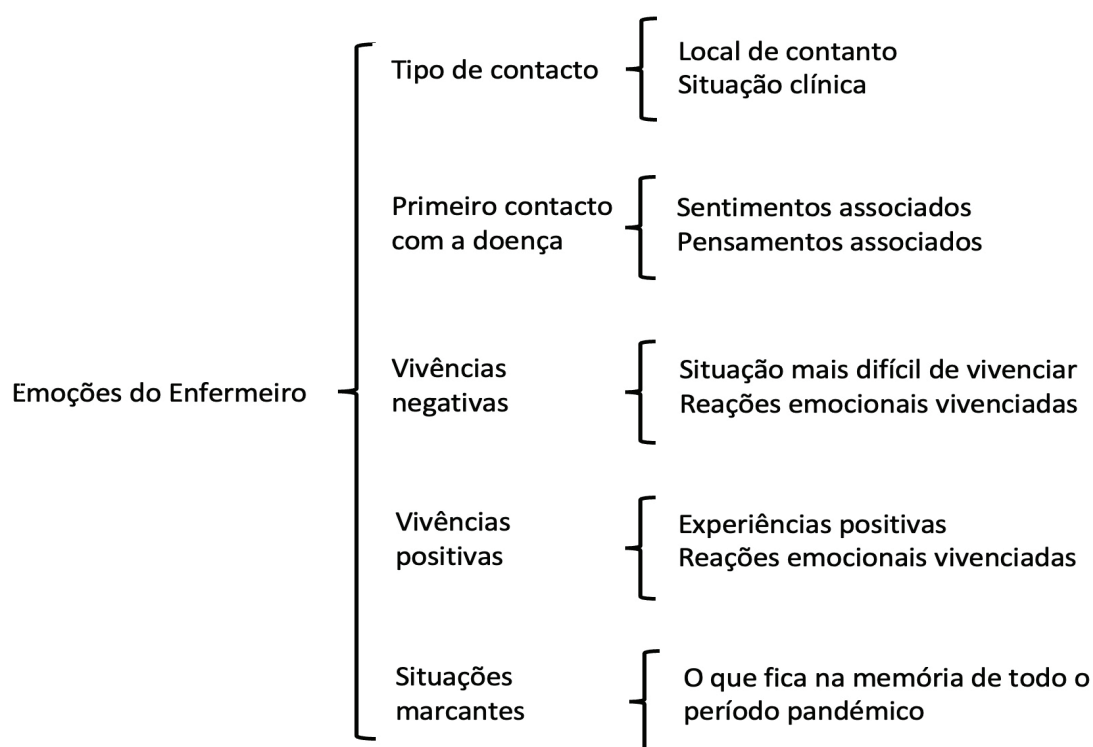
Neste capítulo pretende-se descrever, apresentar, interpretar e analisar os dados recolhidos no trabalho de campo.

Nos tópicos abaixo encontram-se os domínios, categorias e subcategorias definidos após análise de conteúdo das entrevistas realizadas. Deve-se salientar que, para a organização destes pontos foi necessário proceder à elaboração de uma tabela de unidades de sentido e, posteriormente, uma tabela de redução, de forma a poder organizar e a objetivar o discurso dos entrevistados (Anexo 6 - Unidades de Sentido e Anexo 7 - Tabela de redução) respetivamente.

Deste modo, da análise realizada emergiram os seguintes domínios: Emoções do Enfermeiro; Emoções dos Utentes; Fatores de Risco para Sintomatologia Psicológica Adversa; Estratégias Pessoais para Lidar com as Reações Emocionais; e, ainda, Estratégias das Organizações de Saúde perante a Situação.

2.1.Domínio: Emoções do Enfermeiro

Relativamente ao domínio Emoções do Enfermeiro, encontraram-se as seguintes categorias e sub-categorias:



(Tabela 1- Domínio : emoções dos enfermeiros)

De acordo com as entrevistas, os participantes referem ter contactado com utentes infetados por SARS-CoV-2, essencialmente, *“doentes em contexto domiciliário e projetos associados à comunidade desenvolvidos pela Câmara Municipal da Maia para dar apoio aos doentes que saíam do hospital e aliviar as vagas hospitalares”* (E1), *“nas situações de vinda aqui à consulta por sintomatologia suspeita. E também em contexto domiciliário”* (E4), *“quer na urgência básica, quer na pré-hospitalar”* (E6), *“contacto com o utente ao domicílio”* (E10); em *“Unidade de Cuidados Intensivos”* (E3 e E8), *“na primeira vaga em Portugal foi necessária uma reestruturação do hospital, foi necessário abrir novos serviços que dessem resposta aos cuidados. Todos os que tinham experiência em cuidados intensivos foram convidados a participar na abertura de novos serviços de intensivos, aqueles que não se sentiram convidados, como foi o meu caso, foram a sorteio para dar resposta aos novos serviços”* (E2), *“nas primeiras duas semanas não fui mobilizado, mas depois acabei por ser para abrir uma UCI naquilo a que se chama Unidade Pós-Anestésica”* (E5), *“quando abriram as novas áreas para os serviços de cuidados intensivos, os enfermeiros que tinham experiência em intensivos, foram chamados e eu fui uma delas. Tive, portanto, 4 meses no serviço de intensivos”* (E7); em situação em situação de urgência básica, *“na realidade, eu estou desde o início da pandemia sempre a trabalhar com doentes Covid, inicialmente na urgência que tivemos os primeiros doentes lá e depois na Unidade de Cuidados Intensivos, portanto, desde o início que sempre trabalhei com doentes Covid”*(E3), *“alguns doentes em meio domiciliário (pré-hospitalar)”* (E6); e, ainda em Cuidados de Saúde Primários, *“nas situações de vinda aqui à consulta por sintomatologia suspeita. E também em contexto domiciliário, porque depois foi necessário prestar cuidados de enfermagem para o doente positivo para a Covid-19”* (E4), *“Cuidados de Saúde Primários na Comunidade”* (E9). Para além disso, em termos de situação clínica em que os utentes se encontravam aquando do primeiro contacto do enfermeiro, os participantes referem ter encontrado utentes *“acordados, orientados”* (E6) ou, em contrapartida, ventilados, *“claro que a maior parte dos doentes já os recebemos ventilados”* (E5). Apontam também, como reações ao primeiro utente, com o qual contactaram que testou positivo, principalmente medo, instinto de fuga à situação, curiosidade, terror, insegurança, ansiedade e dúvida, *“o medo (...) naturalmente. Depois, a necessidade de ultrapassar esse medo (...) o medo era extensível a toda a gente e a todos os grupos de saúde, toda a equipa”* (E1), *“Vontade de fugir e muito medo”* (E2), *“a primeira vez eu acho que todos estávamos com grande curiosidade, sobretudo em ver, em saber o que era, mas com grande medo, do desconhecido sobretudo. Quando aconteceu, era o medo de perceber como vai ser, como é que vai ser para utente e como é que vai ser para nós”* (E3), *“a minha primeira reação, não diria pânico, mas andei lá perto. Foi assim um terror pelo desconhecido e pela rapidez com que chegou cá”* (E4), *“sentia-me com medo por várias razões, uma delas porque conhecia o doente”* (E5), *“(...) situação me*

deixou desconfortável (...) inevitavelmente houve muita insegurança e medo” (E6), “no início senti, não só em mim, mas também nos meus colegas o medo de algo que não sabíamos o que era. Contactar com os utentes infetados era sempre sinal de medo, de insegurança, de não saber até que ponto eu poderia ajudá-los. Medo, muito medo. Sabia que tinha a proteção necessária e nunca me faltou equipamento de proteção, mas o desconhecido e a sensação de uma possível incapacidade deixaram-me com muito medo” (E7), “não vou mentir, senti alguma ansiedade e um pouco de receio. Foi aí que me caiu a ficha e que pensei - “Isto é mesmo real, agora vamos ter de arranjar forma de lidar com isto”. Acho que toda a gente lidou mal com isto no início, pois ninguém sabia para o que ia, nem o que podia acontecer” (E8), “o sentimento principal era a dúvida, a falta de conhecimento e a dúvida/incerteza do que esta pandemia iria trazer, quanto iria durar, se iria chegar à população. E nós também tinha algumas dúvidas iniciais porque não sabíamos qual seria a progressão desta doença e desta pandemia” (E9), “sentimos medo. Medo de tudo. Principalmente daquilo que não é conhecido” (E10).

No que concerne às emoções e reações à situação mais difícil que vivenciaram, estes profissionais indicam situações em que *“pela patologia em si, pelas comorbilidades, não têm indicação para escalar para a ventilação mecânica invasiva e que por essa razão, estão totalmente dependentes de ventilação não invasiva e não há indicações para escalar, porque os doentes não beneficiam dessa escalada” (E3), situações que acabam por ter um desfecho negativo, ou seja, levam à morte do utente, “(...) de um dos doentes estar com rácios muito maus e então tivemos de dizer-lhe que o íamos entubar. A verdade é que acabou por não correr bem. Mais tarde até fui eu que comuniquei à esposa a má notícia. É difícil” (E5), “infelizmente tenho algumas histórias com um final triste, mas por outro lado, são mais as que tiveram um desfecho positivo” (E8) mas, também, situações em que o uso dos EPI’s potenciou barreiras à comunicação e ao estabelecimento de uma relação terapêutica com os utentes, “Tem haver com o facto do nosso equipamento potenciar barreiras à comunicação, ou seja, nós estamos com um fato, óculos máscara, viseira e como tal torna-se muito difícil comunicação com o doente (...) Não conseguir comunicar ou entender influência muitas vezes na forma como o doente evoluiu e colabora no tratamento, ora esta barreira torna-se difícil de ultrapassar” (E6), “a ligação com o utente não foi tão desenvolvida. Os doentes estavam ventilados e, por isso, não havia oportunidade para diálogo ou para criar uma ligação mais forte. No início foi muito complicado, encarar todos os dias aquele cenário era mesmo muito difícil” (E7), “Inicialmente o contacto foi mesmo por telefone, tínhamos de fazer a vigilância dos utentes infetados diariamente e a primeira vez que soube que ele estava infectado também fiquei um pouco com medo do que iria transmitir. Se iria preocupá-lo ou se iria tranquilizá-lo porque também não sabia quem estava do outro lado” (E9), “Passámos a fazer*

de farda, com batas, com toucas, com proteções de sapatos e muitos dos idosos que tínhamos acima dos 90 anos não percebiam. Achavam que eles eram perigosos e era mau relacionarmo-nos com eles” (E10). Efetivamente, afirmam que situações deste cariz proporcionam reações de “medo” (E1, E2 e E4), “necessidade urgente” de se protegerem (E1), “ansiedade” (E2), “vontade de não ir trabalhar” (E2), “desespero” (E2) e “tensão” (E3).

Em relação às emoções e reações emocionais às situações que consideram ter um valor positivo, os entrevistados referem a superação, a resiliência e o espírito de equipa e de união entre a classe de enfermagem, assim como a felicidade de ver um doente recuperado a sair pela porta do hospital, como as experiências positivas a considerar em toda a vivência deste período pandémico, *“a parte mais positiva que eu encontro, mesmo nesta situação de pandemia, se pudesse rotular, diria que é a superação. Para mim a palavra-chave seria a superação” (E1), “eu acho que é a maior experiência sociológica que eu posso ter durante a minha vida. Aquilo que eu vivi, em termos profissionais, é único. As pessoas superam-se na dificuldade e foi isso que assisti, as pessoas a superarem-se na dificuldade e sim eu acho que é das experiências que guardo” (E3), “resiliência, penso que foi a melhor. Contudo, o medo e a ansiedade sempre estiveram lá”(E4), “as experiências são sempre positivas e felizmente temos muitos casos de sucesso. Assim como o espírito de equipa, pois este tipo de ambiente quase de catástrofe, de grande adversidade e desconhecimento faz com que as equipas se tornem mais unidas” (E6), “houve algumas coisas positivas, sim. Acho que o facto de a classe de enfermagem ser uma equipa unida e estarmos lá todos pelo mesmo propósito, foi mesmo algo único” (E7), “Acho que nós enfermeiros unimo-nos muito mais, mas isso vai ser temporário porque daqui a poucos estamos uns contra os outros outra vez” (E10), “sim. Doentes que vêm visitar-nos depois de mais de 100 dias ligados a um ventilador ou a um ECMO. Saberem os nossos nomes e identificarem-nos mesmo com máscara” (E5), “lá está, como disse anteriormente, felizmente há mais experiências positivas do que negativas. Fico imensamente feliz quando vejo um doente recuperado a sair pela porta do hospital, não só porque é um sinal de bom trabalho da nossa parte e isso significa que foi mais uma vitória frente a este vírus, mas também por que diz muito da capacidade de resiliência das pessoas em situações críticas” (E8).*

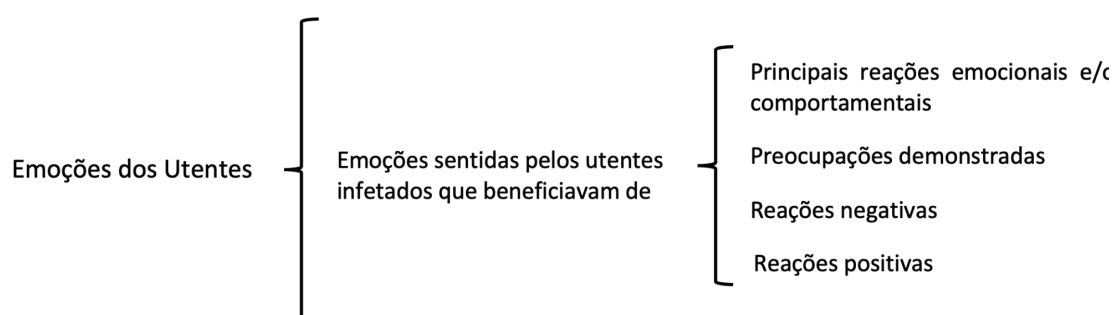
Por fim, e ainda dentro deste domínio, os enfermeiros registam a ideia do perigo, o medo, a insegurança, a exigência, o cansaço, a ansiedade e a inquietação como principais emoções que sentiram e que ficarão registadas na sua memória para o futuro, *“a ideia do perigo, a ideia do contágio. Isso foi o que mais me lembro. A maior intensidade foi essa, sobretudo no início” (E1), “no início foi assustador, e mesmo para recordar a situação em si (...) um bocadinho emocionante. A primeira emoção que senti não deixa de ser medo. Ainda sinto muita insegurança“ (E2), “foi uma experiên-*

cia única e extremamente exigente. Mas guardo aqueles doentes que recuperaram, guardo os sorrisos das famílias e guardo os meus colegas todos com grande carinho” (E3), *“honestamente, acho que, neste momento, estou mais cansada, saturada e receosa. A nível laboral, muito menos paciência, mais dificuldade na comunicação, uma comunicação mais assertiva, mais adequada. Tenho muita dificuldade em escutar, porque já não consigo, já não tenho paciência”* (E4), *“muitas vezes tive medo de perder o doente na ambulância. Muito medo, muita ansiedade, muita inquietação, muito receio”* (E6).

No entanto, apesar de identificarem, principalmente, emoções negativas, encontram nos sorrisos das famílias (E3), nos doentes que recuperaram (E3 e E7) e no espírito de equipa (E5 e E8), motivos para recordarem de um ponto de vista mais otimista toda a crise de saúde vivida.

2.2.Domínio: Emoções dos Utentes

Naquilo que diz respeito ao domínio Emoções dos Utentes, encontrou-se a seguinte categoria e respetivas subcategorias no decorrer do discurso dos entrevistados:



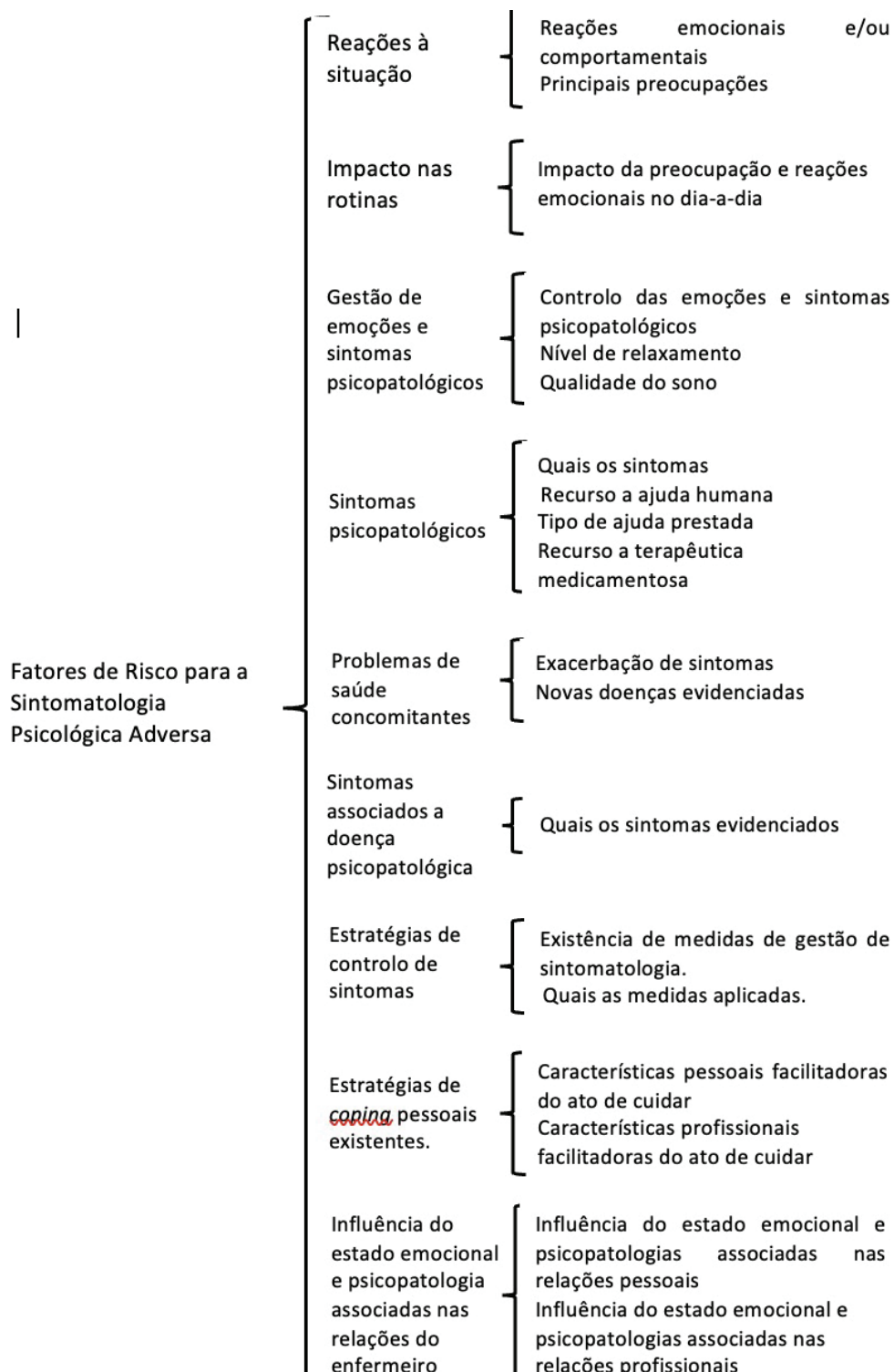
(Tabela 2 - Emoções dos utentes)

Nesta linha, são identificadas nos utentes as reações de *“medo”* (E1, E2, E3, E4, E6, E7 e E8), *“pânico”* (E1 e E10), *“desorientação”* (E2), *“dúvida”* (E3), *“ansiedade”* (E4) mas, para além disso, *“desvalorização”* (E6) da situação por parte das faixas etárias mais jovens. Em relação às principais preocupações demonstradas pelos utentes, estas baseiam-se, sobretudo, na *“morte”* (E1, E3 e E8) e, por consequência, *“medo de não voltarem a ver os familiares”* (E2), *“desconfiança”* em *“relação aos outros”* (E3 e E7) e *“em relação ao tratamento”* (E3), *“medo que os outros soubessem”* (E4) e *“falta de esperança”* (E7).

Relativamente a momentos de alegria e emoções positivas que possam ter surgido, os profissionais descrevem opiniões opostas. Enquanto uns descrevem o momento em que os utentes *“eram considerados curados”* e *“tinham alta”* (E1, E5, E6, E8, E9) como dos mais significativos, quer para eles, quer para os familiares. Por outro lado, alguns enfermeiros afirmam nunca terem visto *“emoções positivas nos doentes com COVID-19”* (E4). Neste sentido, referem que aquilo que motivava as reações emocionais dos utentes era *“o medo do desconhecido”* (E3 e E8), a privação do ato de se *“autocuidar”* (E3 e E7) e o facto de *“não poderem ver a família”* (E2 e E8).

2.3.Domínio: Fatores de Risco para Sintomatologia Psicológica Adversa

Respeitante ao domínio dos fatores de risco para a emergência de sintomatologia psicológica adversa, encontram-se a seguinte categoria e respetivas subcategorias no decorrer do discurso dos entrevistados:



(Tabela 3 - Fatores de Risco para Sintomatologia Psicológica Adversa)

Tendo em conta a primeira sub-categoria, reações à situação, as principais reações emocionais e/ou comportamentais, assim como as principais preocupações que os enfermeiros apontam, passavam pelo *“risco de contágio”* e o *“risco de ficar inoperável”* (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E8, E9 e E10), sensação de serem *“insuficientes”* (E5 e E8), quando deparados com toda a situação, para além de reações de *“medo”*, *“revolta”* e *“ansiedade”* (E4 e E5).

Quanto à sub-categoria do impacto destas reações emocionais nas rotinas dos profissionais, é apresentada a implementação de *“circuito de sujos”* (E1, E7 e E9), a restrição dos contactos sociais *“por prevenção e precaução”* (E2, E3, E4, E6 e E8), a cedência de rotinas diárias enraizadas no dia-a-dia, como abdicar *“quase todos de comer”* (E5), a alteração de padrões pessoais de socialização, *“muda a minha forma de estar com os outros. Sempre fui uma pessoa de estar, de conviver e neste momento não”* (E4) e, ainda, principalmente a nível laboral, *“mais dificuldade na comunicação”*, *“menos paciência”* e *“comunicação mais assertiva”* (E4).

Na sub-categoria de gestão de emoções e sintomas psicopatológicos, relativamente ao controlo das emoções e à gestão destes mesmos sintomas, quase todos os entrevistados referem ter gerido *“no dia-a-dia aquilo que era necessário gerir - chorar, ajudar e partilhar”* (E1, E2 e E5) e dar mais importância ao sentido de utilidade, *“a sensação de termos sido mais úteis do que nunca”* (E1, E3 e E8). Também houve quem admitisse que o *“hábito”* (E2, E3 e E7) e a *“resiliência”* (E8) foram estratégias bastante adaptativas na vivência de todos os acontecimentos, assim como a adoção de atividades de distração e alívio da tensão e stress, *“procurei atividades ao ar livre, ao qual vou mantendo”* (E5), *“ocupava o meu tempo livre com outras questões - a ler, fazer meditação, fazer exercício”* (E6). Quanto aos níveis de relaxamento e qualidade do sono, parte dos participantes referiram dificuldades em *“relaxar”* (E2), no entanto, todos eles admitem dificuldades na qualidade e horas de sono, *“relativamente ao sono, no início não conseguia”* (E2), *“dormia pouco, muito pouco”* (E3 e E5), *“desde insónias, noites quase sem dormir”* (E4), *“pouco ou nada conseguia dormir. Acordava, às vezes, mais cansada do que quando ia dormir”* (E7), *“havia várias noites em que eu me deitava e parecia que ainda estava no hospital. Ouvia na minha cabeça os sons das máquinas, as vozes dos doentes”* (E8) e *“insónias. Dormia menos bem”* (E10), por exemplo.

Em relação à sub-categoria sobre os sintomas psicopatológicos, os participantes referem como principais sintomas *“nervosismo”* (E8), *“dificuldade de concentração”* (E8) e *“overthinking”* (E8), no entanto, apesar de reconhecerem a necessidade de recorrerem a ajuda profissional, optaram por partilhar as suas emoções e sentimentos com os colegas de trabalho, com os seus familiares, ou então, somente com os próprios, *“eu fui a minha principal psicóloga”* (E1), *“com um colega de profissão e*

que esteve sempre comigo” (E2), *“são os colegas, são as partilhas das emoções com eles, as deles e as nossas”* (E3), *“falei com colegas de trabalho que partilhavam das mesmas experiências”* (E6), *“os colegas de enfermagem nisso são como uma família em quem podemos confiar e desabafar. Depois, fora do trabalho, há sempre o apoio familiar”* (E7). Dois dos entrevistados referem ter recorrido à *“consulta na psicóloga”* (E4 e E10), uma outra refere ter feito uso de *“medicação no início para descansar”* (E5) e, ainda outra refere ter recorrido a terapias alternativas, *“tanto ao reiki como a acupuntura”* e também, *“compostos mais naturais”* (E2).

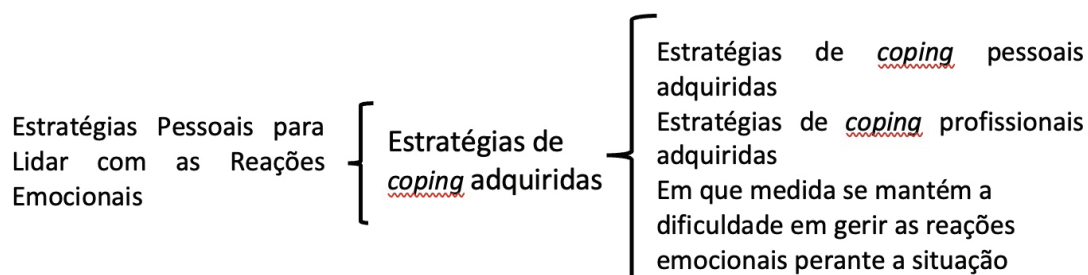
Na sub-categoria que aborda os problemas de saúde concomitantes com a sintomatologia psicopatológica, os enfermeiros descrevem aumento da ansiedade, *“é inevitável estarmos mais ansiosos”* (E2) e o descontrolo de patologias orgânicas, *“bastante, eu tinha epigastralgias, por exemplo. Eu tenho síndrome de colón irritável, diarreias ou quadros de obstipação. Cervicalgias”* (E4) como sintomas exacerbados durante este período. Também há os que afirmam a evidência de novas patologias, por exemplo, *“distúrbio do sono”* (E3 e E10) e *“sensação de taquicardia”* (E3) e problemas gástricos, *“a parte do estômago ficou mal”* (E10).

No que concerne à categoria de sintomas associados a doença psicopatológica, os participantes indicam *“ansiedade, insónias, medo, desconforto”* (E5) e a *“fome emotiva”* (E6) como os principais sintomas evidenciados. Neste sentido, e fazendo referência à sub-categoria das estratégias de controlo destes sintomas, fazem referência ao *“tratamento de dados todos os dias”* (E1), à responsabilidade de *“não abandonar os meus compromissos”* (E2), à *“resiliência”* (E3 e E9), à adoção de atividades desportivas (entrevistado E5, E6 e E7), *“foi dedicar-me a correr”* (E5), à *“meditação”* (E6 e E8) como as principais medidas aplicadas na gestão das sintomatologias referidas.

Por fim, abordando a sub-categoria da influência do estado emocional e psicopatologias associadas nas relações do enfermeiro, alguns dos participantes assumem ter tentado nunca transmitir *“a insegurança ou o medo”* que sentiam (E2, E6 e E8), quer para os seus utentes, como para os familiares, enquanto outros dizem que *“apesar de ter tentado evitar o assunto em casa”* (E7, E8 e E6) era inevitável não o fazer, o que acabou por ter alguma influência negativa e *“criar um ambiente menos bom”* (E8), levando a consequências negativas na relação conjugal de um dos entrevistados, *“a pandemia obrigou-nos a estarmos mais juntos e isso poderia ser bom, mas não foi”* (E10) até que *“piorou”* (E10). Um dos participantes afirma que o seu estado emocional influenciou o ato de cuidar no sentido em não tinha *“aquela capacidade de escuta ativa”* (E4).

2.4.Domínio: Estratégias Pessoais para Lidar com as Reações Emocionais

Em relação a este domínio,é descrita a seguinte categoria e respetivas subcategorias:



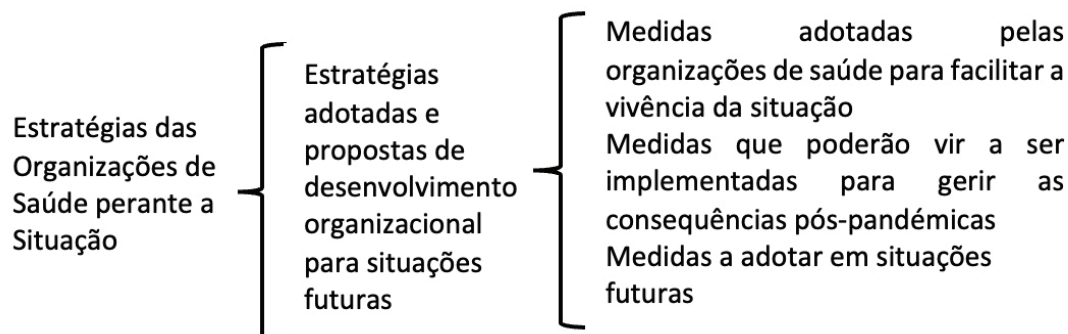
(Tabela 4 - Estratégias Pessoais para Lidar com as Reações Emocionais)

Assim, relativamente à subcategoria das estratégias de coping pessoais existentes que possibilitaram a continuidade da atividade laboral, é indicada a “*gestão emocional*” (E1), a “*reatividade*”(E10) à situação, a realização de atividades prazerosas, como “*ouvir música*” (E2), “*a leitura*” (E2), a “*meditação*” (E9), “*fazer padel*” (E10), “*aprender macramé*” (E10), adotar um animal de estimação, o “*café*” que partilham com os colegas, “*naquela pequena pausa*” (E3), o diálogo com os colegas e familiares, “*ir falando com os amigos e familiares sobre assuntos nada relacionados com a Covid-19*” (E2), a capacidade de “*adaptação ao inesperado*” (E6), “*o pragmatismo*” (E6), o “*convívio entre colegas*” (E7), o “*ar puro*” (E7) que apreciavam nos momentos de pausa, “*prática de exercício físico*” (E8 e E9), o foco em “*coisas que fossem mais positivas*” (E8), as atividades com os familiares mais próximos, “*tentei fazer programas com os filhos lá em casa*” (E9) e a relativização como as características pessoais e profissionais facilitadoras do ato de cuidar.

No que toca à subcategoria da maior ou menor facilidade em gerir a situação atualmente, há relatos de que houve “*um crescimento lado a lado muito interessante e que veio a dar no resultado que temos hoje*” (E1), e de que, já se conhecendo o comportamento da doença, “*estamos a caminho de tentar resolver*” (E10), apesar disso, a maioria dos entrevistados relata

2.5.Domínio: Estratégias das Organizações de Saúde perante a Situação

Por fim, tendo em conta este domínio, a categoria e respetivas sub-categorias associadas são:



(Tabela 5- Estratégias das Organizações de Saúde perante a Situação)

Neste tópico, os entrevistados apontaram frequentemente algumas falhas nas organizações de saúde, nomeadamente ao nível da sobrecarga de trabalho, *“o que sobrecarrega os profissionais de saúde foi o escasso número de recursos humanos”* (E6), pelo que consideram importante *“nunca faltar os mínimos”* (E2).

Quanto às medidas adotadas pelas organizações de saúde para facilitar a vivência da situação, os participantes apontam o facilitismo dispensado para o agendamento de visitas aos utentes, *“isso acontecer ajudou-nos a nós enfermeiros a ajudar a que a família percebesse melhor o desenrolar da história”* (E5) e a reorganização de espaços de forma a garantir o melhor conforto dos profissionais, dentro daquilo que lhes era possível e com os recursos que tinham disponíveis, *“ter arranjado instalações melhores para banhos, para se sentar 10 minutos”* (E5). Em relação às medidas que poderão ser adotadas na gestão de situações idênticas futuras, é sugerido, relativamente ao conhecimento sobre as emoções que o profissional de saúde pode experienciar, *“um leque maior de caminho a percorrer”* (E1, E4 e E8) a que estes indivíduos devem ter acesso de modo a *“despertar essas emoções para também serem tratadas”* (E1). Também sugerem uma maior atenção nos *“cuidados com a saúde mental das pessoas que cuidam”* (E1), através da disponibilização de *“serviços de apoio”* (E2, E4 e E7) psicológico, que lhes permitam *“estarem sensíveis e conhecerem os seus profissionais”* (E3), recorrendo, para tal, a *“técnicos formados para ajudá-los”* (E3). Mais, alertam para a importância do papel de cada um para *“estar atento aos seus colegas”* (E8), do *“planeamento e organização”* (E8), já que têm havido falhas neste sentido.

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A discussão dos resultados permite uma reflexão sobre os resultados obtidos na investigação realizada e salientar dados mais significativos confrontando-os com a literatura científica. Analisamos a informação dada pelos dez profissionais de enfermagem que cuidaram de utentes infetados pelo SARS-CoV-2, em contexto de serviços de urgência, cuidados intensivos e cuidados de saúde primários, por um período não inferior a trinta dias. Organizamos e comentamos os resultados obtidos. Recordo que dos dez entrevistados apenas dois elementos são do sexo masculino e oito do sexo feminino, seis entrevistados possuem especialidade nas diversas áreas de enfermagem (saúde mental e psiquiatria(1), Reabilitação (3), médico-cirúrgica (1) e saúde materna e obstetria (1)) e um dos entrevistados é Mestre em Gestão e economia de serviços da Saúde. Estes dados são relevantes na medida em que demonstra tratar-se de enfermeiros experientes no ato de cuidar, como também podemos verificar na análise das entrevistas.

A análise de dados qualitativos neste ponto enquadra-se, nomeadamente, numa reflexão e narrativa que possa dar significado aos dados apurados através da análise elaborada. A recolha e interpretação prévias dos dados, pelo que o suporte bibliográfico na construção do instrumento, bem como, na pesquisa do tema, foi fundamental.

Assim, tendo em consideração as experiências emocionais e psicológicas dos enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2 a teoria abordada na análise de suporte teórico ao estudo, construímos, como vimos, um instrumento que permitisse alcançar e reunir dados específicos, para a compreensão da temática em estudo.

De forma geral, é perceptível os impactos económicos, sociais e psicológicos substanciais que a pandemia COVID 19 causou na vida das pessoas.

Em relação às emoções sentidas pelos enfermeiros no contato com o doente registam-se essencialmente a ideia de perigo, o medo, a insegurança, a exigência, o cansaço, a ansiedade e a inquietação como principais emoções que sentiram e que ficarão registadas na sua memória para o futuro.

A fragilidade no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a escassez de profissionais de saúde face à grande evolução da pandemia, os medos associados em torno da exposição à doença, à prestação de cuidados a um número crescente de pacientes a deteriorar-se rapidamente, à possibilidade de poderem ver os seus colegas também doentes, aos dilemas morais na tomada de decisões sobre a prestação de cuidados com recursos limitados (BLAKE 6), ao cansaço extremo que estes vivenciam pelos turnos irregulares

e pela sobrecarga de horários, à ansiedade relacionada com a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) ou outros equipamentos essenciais necessários para contactar e tratar os doentes, aos desafios do apoio familiar a do cuidado dos seus filhos enquanto estes trabalham e também à exaustão emocional e psicológica devido à confrontação com pacientes em estado moribundo (BLAKE 4 E 5).

Em relação às emoções e reações emocionais às situações que consideram ter um valor positivo, os entrevistados referem a superação, a resiliência e o espírito de equipa e de união entre a classe de enfermagem, assim como a felicidade de ver um doente recuperado a sair pela porta do hospital, como as experiências positivas a considerar em toda a vivência deste período pandémico.

O uso de emoções positivas e do humor como mecanismos de coping está associado a níveis inferiores de sofrimento psicológico (Bonanno, 2004; Westphal, e Mancini 2011), e é um mecanismo utilizado pelos indivíduos que demonstram resiliência. O recurso às emoções positivas ou mesmo ao riso diminui o sofrimento, quer através da atenuação das emoções negativas, quer através da promoção do contato e suporte social (Bonanno, 2004; Westphal, e Mancini 2011). Vários estudos apoiam uma relação entre o suporte social e um melhor ajustamento após um evento potencialmente traumático.

Relativamente aos mecanismos de coping, o coping focado na resolução de problemas tem sido considerado adaptativo ao lidar com o stress, estando associado a trajetórias de resiliência, porém o coping focado nas emoções tem sido considerado por muitos autores como tendo um impacto negativo na adaptação. um estudo de Beasley e colaboradores (2003) apoia a visão de coping focado nas emoções como evitamento, tendo-se verificado uma relação entre este estilo de coping níveis elevados de sofrimento psicológico. por outro lado, verificaram que coping distrativo reduziu os sintomas somáticos nas mulheres, o que pode indicar que certas situações, o evitamento pode ter efeito benéfico.

Naquilo que diz respeito ao domínio das emoções dos utentes é identificado o medo, pânico, desorientação e ansiedade, sendo a principal preocupação demonstrada pelos utentes, sobretudo a “morte” e, “medo de não voltarem a ver os familiares”

Neste domínio os momentos de alegria e emoções positivas que possam ter surgido, os profissionais descrevem opiniões opostas. Enquanto uns descrevem o momento em que os utentes “eram considerados curados” e “tinham alta” como dos mais significativos. Por outro lado, alguns enfermeiros afirmam nunca terem visto “emoções positivas nos doentes com COVID-19”. Neste domínio importa definir ansiedade como “Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”. A exposição a acontecimentos stressantes como conflitos interpessoais tem relevância e pode levar ao desenvolvimento de uma Perturbação da Ansiedade a curto, a médio ou a longo prazo,

podendo levar ao desenvolvimento de outras comorbidades psiquiátricas (Rueter et al., 1999 cit. por Margis et al., 2003). Desta forma, a ansiedade pode ser uma expressão de stress, isto é, quando o indivíduo é sujeito a uma situação stressante pode experimentar ansiedade. É uma emoção primária que surge em resposta a uma situação de perigo em que a pessoa tem de tomar uma decisão de sobrevivência (Meirelles e Zeitoune, 2003 cit por Sapata, 2012).

Respeitando o domínio dos fatores de risco para a emergência de sintomatologia psicológica adversa, os enfermeiros respondem de forma diversificada, porém apontam o risco de contágio e o risco de ficar inoperável, assim como o medo e ansiedade como principais pontos negativos.

Os estudos têm verificado que enfermeiros com maior exposição ao vírus evidenciam maior impacto psicológico, quando comparados com os que estão menos expostos à doença (BLAKE 10). Especificamente, na China, profissionais de saúde da linha da frente no combate à COVID-19 apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicológica, comparativamente com os profissionais que desempenham funções de carácter mais secundário (blake, 13 e 15). No entanto, algumas investigações têm encontrado resultados contraditórios, em que profissionais que não se encontram na linha da frente, apresentam maior sofrimento psicológico quando comparados com os profissionais que desempenham papéis mais diretamente ligados à doença. Estas conclusões permitem inferir que por terem menos acesso a informações e apoio psicológico, os profissionais que lidam com estes doentes de forma indireta são mais propensos a evidenciar sintomatologia psicológica (BLAKE - 16).

As Estratégias Pessoais para Lidar com as Reações Emocionais, tais como as estratégias de coping pessoais existentes que possibilitaram a continuidade da atividade laboral, é indicada a gestão emocional, a reatividade à situação, a realização de atividades prazerosas, como ouvir música, a leitura, a meditação, fazer padel, o “café” que partilham com os colegas, o diálogo com os colegas e familiares, ir falando com os amigos e familiares sobre assuntos nada relacionados com a Covid-19, a capacidade de adaptação ao inesperado entre outras, são atividades enunciadas como mecanismos de ajuda e relativização como as características pessoais e profissionais facilitadoras do ato de cuidar. Importa neste ponto falar na teoria das transições e mudanças de comportamentos, onde Afaf Meleis denomina a passagem de uma fase da vida para outra, ou de uma condição ou status, como “transição”. Uma transição é normalmente precipitada por um evento ou “ponto de viragem” que solicita novos padrões de resposta.

Assim sendo, o processo de adaptação a que os enfermeiros foram sujeitos assume-se como um processo de transição. Durante a transição a pessoa experiencia distintas

mudanças, na identidade, nos papéis, nos padrões de comportamento, com repercussão direta na forma como se vê a si e ao mundo. Os profissionais de saúde, inclusive, vêem-se perante a necessidade de desenvolver novas habilidades, retomar atividades antigas, relações e estratégias de coping. Tal como refere Meleis (2000), existem fatores que vão favorecer ou inibir o processo de transição e que tem a ver com condições pessoais do profissional, com condições externas, como os recursos na comunidade, da sociedade e o suporte familiar.

Por último analisamos as estratégias das organizações de saúde perante a situação, neste tópico, os entrevistados apontaram frequentemente algumas falhas nas organizações de saúde, nomeadamente ao nível da sobrecarga de trabalho e a falta de conhecimento de apoio psicológico, pelo menos de uma forma pessoal e dirigida aos profissionais.

Assim, de modo a combater, na medida do possível, os efeitos nefastos que a COVID-19 poderá ter na saúde psicológica dos profissionais de saúde, mais concretamente nos enfermeiros, deve ser disponibilizado um apoio psicológico personalizado às características, quer organizacionais, já que as normas culturais de uma organização, como a liderança e estilos e padrões de comunicação das chefias, são conhecidos por serem fatores-chave no stress do trabalhador (Blake 18), quer individuais, considerando a idiosincrasia de cada sujeito.

Reforçar o sistema nacional de saúde através de um financiamento adequado e da contratação e valorização dos profissionais, a sua formação e adequada avaliação e valorização do seu trabalho, da maior articulação na gestão de equipas, dos serviços e do sistema é uma das medidas recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

É necessário que as respostas em saúde mental se adequem às necessidades específicas levantadas por esta pandemia, desde as dimensões da informação geral/literacia, passando pela prevenção, até à intervenção dos serviços de saúde, onde os profissionais de saúde não podem ser esquecidos.

Neste sentido, realça-se a necessidade de criar e desenvolver mecanismos de apoio no âmbito da psicologia e da saúde mental alargados a todos os profissionais de saúde que, direta ou indiretamente, estão envolvidos com doentes infetados com a COVID-19, nunca será demais.

CONCLUSÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o contexto pandêmico, impõe fortalecer as linhas de intervenção, com base na evolução epidemiológica e no avanço do conhecimento científico.

COVID-19 pela primeira vez em dezembro de 2019 em Wuhan (1) na China, em Portugal o primeiro caso foi descrito a 2 de Março de 2020, e até à presente data, Outubro de 2021, a COVID continua a dominar a vida dos Portugueses, dos profissionais de saúde e do mundo. Muitos foram os progressos feitos ao longo destes ano e meio ao nível da ciência, porém reconhece-se a necessidade de fazer mais pelas pessoas. Embora em menor escala, a doença respiratória aguda grave COVID-19 continua a causar uma destruição incrível a indivíduos, instituições e estados. Os primeiros impactos económicos, sociais e psicológicos substanciais começam a tornar-se visíveis. A OMS afirma que a saúde mental pública apresenta o stress e ansiedade como principais impactos psicológicos.

Fazendo uma retrospectiva à revisão bibliográfica e, até mesmo, fazendo um paralelismo esta investigação, verificamos que a adaptação progressiva às condições impostas pela COVID-19, como o medo, ansiedade, o isolamento social, a submissão contínua às imagens de pacientes críticos e o medo de infectar amigos aumentaram as cargas de trabalho na linha de frente da saúde mental.

Os serviços de Saúde Mental, para além do trabalho orientado para a população, deveriam estar organizados e disponibilizar espaços de apoio a profissionais de saúde, especialmente aos envolvidos na prestação de cuidados a doentes COVID 19 (norma 011/2020 de 18/04/2020), porém este facto não foi verificado numa primeira fase nas instituições e os profissionais de saúde referem terem-se apoiado mutuamente ao longo do processo.

Contudo, não podemos esquecer que as consequências da doença, da ansiedade e do medo podem ser a base dos sintomas psiquiátricos e dos problemas de saúde emocional. As consequências para os profissionais de saúde, muitas vezes exaustos, com reações emocionais adversas devido à morte de pacientes e também com medo de se infectar e transmitir o vírus à família, deixaram marcas e são muitas vezes relatadas ao longo das entrevistas.

As consecutivas horas que referem fazer muitas vezes com noites mal dormidas, levam-nos a fazer uma reflexão sobre a Síndrome de Burnout caracteriza-se por ser uma perturbação do foro psicológico desencadeada pela exposição intensa e prolongada a ambientes de grande stress e pressão no contexto de trabalho (BURNOUT ENTRE

ENFERMEIROS). Em 1981 (burnout entre enfermeiros 15), a síndrome foi definida através de três eixos representativos: exaustão emocional, na qual o indivíduo se sente incapaz de realizar o seu trabalho por sentir fadiga intensa e falta de forças (existe uma incongruência entre a exigência da situação e os recursos do indivíduo para lhes fazer face); despersonalização, na qual a pessoa apresenta distanciamento emocional, indiferença ao trabalho, humor maioritariamente apático, irritadiço ou com períodos de cinismo; e, como terceiro eixo, a baixa realização pessoal, em que existem sentimentos de inadequação pessoal e profissional, falta de perspectivas para o futuro, frustração e sentimentos de incompetência e fracasso (burnout entre enfermeiros 15; fatores agravantes - perniciosii).

Deste modo, e relativamente a esta sintomatologia, um indivíduo que sofra uma diminuição do seu bem-estar psicológico, e especificamente no caso dos profissionais de saúde, estará menos predisposto ao atendimento e satisfação das necessidades dos seus doentes e, conseqüentemente, a menor qualidade no atendimento irá ter um impacto, não só nas pessoas que precisam de tratamento, mas também nas organizações de carácter hospitalar e em todo o sistema de saúde e na economia social (fatores agravados - Vieira & Jane, 2021).

Reforçar o sistema nacional de saúde através de um financiamento adequado e da contratação e valorização dos profissionais, a sua formação e adequada avaliação e valorização do seu trabalho, da maior articulação na gestão de equipas, dos serviços e do sistema é uma das medidas recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Fica-nos a sensação de que este trabalho é uma realidade inacabada para a qual ainda não se reuniram saberes suficientes para consubstanciar este conhecimento considerando-o definitivo. Apesar de reconhecer essas limitações não podemos deixar de colocar em evidência algumas conclusões a tirar do nosso genuíno contributo neste domínio. Recorremos a uma revisão crítica da literatura que procurou ser fiel à atualidade de forma aprofundar e consolidar conhecimentos interligados com o objeto de estudo. A partir desta, desenvolvemos o estudo, no sentido de dar resposta à questão formulada: “Que experiências emocionais e psicológicas vivenciam os enfermeiros ao cuidar de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2?”. Estou convencida que a resposta à questão foi dada e devidamente fundamentada ao longo da análise de dados, assim como na discussão dos resultados.

Os objetivos a que nos propusemos, nomeadamente:

- Identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestam ao cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, relacionadas com os utentes;

- Identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestam ao cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, relacionadas consigo próprio como cuidador e pessoa;
- Identificar fatores de risco para a vivência de ansiedade e reações emocionais adversas;
- Analisar a forma como os profissionais vivenciam o processo de cuidar, no contacto com os utentes infetados, com os familiares e com os colegas;

Foram dignos de análise e de respostas, para os quais foi elaborado, como forma de apoio à análise, um quadro de categorias com unidades de sentido minuciosamente exploradas.

Fica claro, que é urgente, que as respostas em saúde mental se adequem às necessidades específicas levantadas por esta pandemia, desde as dimensões da informação geral/literacia, passando pela prevenção, até à intervenção dos serviços de saúde, onde os profissionais de saúde não podem ser esquecidos.

Importa acrescentar que os enfermeiros são os primeiros prestadores de cuidados dos doentes e das famílias, e mesmo estando eles a viver uma transição, acarretam também, a responsabilidade de preparar os seus doentes e familiares para a transição que a sociedade está a viver. Como refere Meleis et al (2000) os enfermeiros são aqueles que preparam os clientes para a transição e são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença e clientes.

Os resultados obtidos permitem afirmar que a COVID 19 teve um impacto marcante na vida das pessoas em geral e que ficará marcado na história dos profissionais de saúde como um dos momentos mais difíceis da história mundial.

Agora que se prevê alguma acalmia, é necessário rever as Estratégias das Organizações de Saúde de forma a apoiar todos que precisam, nomeadamente os profissionais de saúde.

Entendo que terminada a conclusão do estudo, é chegado o momento de uma reflexão pessoal acerca das dificuldades sentidas na elaboração deste trabalho, assim sendo, destacamos a inexperiência na execução do processo, a nível teórico verificamos que existem poucos estudos concluídos e pouco explorados. Saliento também, que o período pandêmico que envolveu todos os profissionais de saúde, inclusive os alunos de especialidade e mestrado, onde me encontro inserida, foi alvo de uma sobrecarga de trabalho gigantesca. Para além das horas imensuráveis a que estamos sujeitos, horários planificados e alterados com regularidade, era necessário também, acompanhar

e estudar as normas e circulares informativas que a DGS e OMS disponibilizam. Não quero com isto desculpar qualquer falha no meu trabalho, mas sim pedir desculpa pelas vezes que falhei como aluna e agradece todo o apoio da ESEP, mas agradecer especialmente aos meus orientadores, Professor Doutor Wilson Abreu e Professora Doutora Regina Pires que muitas vezes em horários menos próprios e inclusive algumas vezes ao fim de semana, disponibilizaram-se a reunir comigo de forma ajudar.

Termino assim o presente estudo, que se tornou uma ferramenta importante para o meu crescimento e enriquecimento pessoal e profissional.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. - Transições e Contextos multiculturais: Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidados Informais. 2a ed. Coimbra, Formasau, ISBN: 978- 989-8269-13-3, 2011.
- ADD AUTHOR (S), CoronaVirusAMolecularandSub-AtomicImagingStudy-Part-1
- ADD AUTHOR(S), COVID & # x02010; 19 sob a Nuvem SARS_ Enfermagem de Saúde Mental durante a pandemia em Hong Kong
- American Psychiatric Association (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - 5ªEdição - DSM-5. Lisboa: Climepsi Editores.
- ARONSON, R. E., NORTAN, B. L., & KEGLER. M. C. - Achieving a “Broad View of Health”: Findings From the California Healthy Cities and Communities Evaluation. Health Education & Behavior, 34, 441-452. DOI: 10.1177/1090198106289000, 2007.
- Assembleia da República (1998). Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24 Lei da Saúde Mental- Lei n.º 36/98 » [lido em 03 de Abril de 2019] Retirado de (Recuperado de) <https://dre.pt/application/conteudo/424762>
- Assembleia da República (2011). «Diário da República n.º129/2011, Série II de 2011-02-18» - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental p. 8669-8673 [lido em 29 de Abril de 2019] Retirado em (Recuperado de) <https://dre.pt/application/conteudo/3477018>
- BARDIN, L. - Análise de Conteúdo. Lisboa, Editora 70, 2003.
- Barnes, R. (2015) Royal College of Psychiatrists: Information about ECT (Electroconvulsivetherapy) [lido em 10 de Junho de 2019] Retirado em: (Recuperado de) <https://www.rcpsych.ac.uk/healthinformation/treatmentsandwellbeing/ect.aspx>
- BLAKE H, BIRMINGHAM F, JOHNSON G AT AL., Mitigating the psychological impact of covid-19 on healthcare workers: A digital learning package, International Journal of Environmental Research and Public Health, (2020), 17
- CHAN J YUAN S, KOK ET AL, A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster, The Lancet (2020), 514-523, 395
- CHEN N, ZHOU M DONG X ET AL, Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study,

The Lancet (2020), 507-513, 395

- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0, 2005, Ordem dos Enfermeiros Portugueses (tradução) ISBN: 92-95040-36-8.
- CONRAD, Peter - The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders, 2007.
- CORREIA, E., & PINHO, O. - Construir Saúde (C. SA Ed. 1 ed.). Lisboa, 1988.
- Direção Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020. [lido em 03 de Abril de 2019] Retirado em: (Recuperado de): <http://1n-j5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017-2020 [lido em 03 de Abril de 2019] Retirado em (Recuperado de) <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>
- Direcção Geral de Saúde (2016) PORTUGAL Saúde Mental em Números - 2015 [lido em 23 de Abril de 2019] Retirado em (Recuperado de) <https://www.dgs.pt/emdestaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>
- FORTIN, M. F. - O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. 3a Ed., Loures, Lusociência, 2003.
- FORTIN, M. F.; CÔTÉ, J.; FILION, F. - Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 2009.
- HASOKSUZ M, KILLIC S, SARAÇ F, Coronaviruses and sars-cov-2, Turkish Journal of Medical Sciences, (2020), 549-556, 50
- HUANG C, WANG Y, LI X ET AL, Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, The Lancet, (2020), 497-506, 395
- JIN Y, CAI L, CHENG Z ET AL. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version), Military Medical Research, (2020), 7
- LINCOLN, I. - Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Trad. Carmen de la Cuesta Benjumea. Investigación y Educación en Enfermería. Medellin, 15: 2, (Set.1997), p. 57-69.
- MELEIS, A., et al. - Experiencing transitions: emerging middle range theory. AdvancedNursingScience. vols.4, no9, (2000), p.12-28.
- MELEIS, Afaf Ibrahim - Transitions Theory Middle Range and Situation Specific

Theory. In Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010.

- MELEIS, A.I.; TRANGENSTEIN, P. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook. 1994.
- MELEIS, A.I. Theoretical. - Nursing: development and progress. 4a Ed. Philadelphia: Lippincott William Wilkins, 2007.
- OMS - Declaração de Alma-Ata. Saúde para Todos no Ano 2000 Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS Acedido em 24-05-2016, 2016, em http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (1996). REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Tempo de Mudança. Revista da ordem dos Enfermeiros. No 22. Julho (2006). p. 29 a 31, ISSN 1646-2629.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Certificações de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. Suplemento de Revista. No 26. Junho 2007. (p. 9 a 20). ISSN: 1646-2629.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Revista da Ordem dos Enfermeiros. No 32. 2002 (p. 8). ISSN 1646-2629.
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses. (2010). CIPE® Versão 2.0.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2005). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris.
- Organização Mundial de Saúde (2017). Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. [lido em 03 de Abril de 2019] Retirado em (Recuperado de): https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- PHELAN A, KATZ R, GOSTIN L, The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance, JAMA - Journal of the American Medical Association, (2020), 709-710, 323
- PIRES BRITO S, BRAGA I, CUNHA C ET AL., Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI, Vigilância Sanitária em Debate, (2020), 54-63, 8

- Ramos, M. I. P. (2011). A entrevista de anamnese sob a ótica do referencial teórico psicodramático: uma contribuição para a psicopedagogia. *Re. Psicopedagogia*, 28(85), 97-102
- ROCHA, L., & BARATA, J. - A Educação para a Saúde - O papel da Educação Física na promoção de estilos de vida saudáveis (R. e. S. Omniserviços, Lda Ed.). Lisboa, 1998.
- SANCHEZ - SERRANO, J. S. C. - El rendimiento escolar y sus contextos. *Revista Complutense de Educacion*, 12(1),(2001), p. 15-80.
- SCHULZ, R., NOELKER, L. S., ROCKWOOD, K., & SPROTT, R. L. - *The Encyclopedia of Aging* (4th edn). New York, NY: Springer Publishing, 2006.
- Tavares, M. (2002). A entrevista clínica. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico V* (pp. 45-56). Artimed
- TRIVIÑOS, N.S. - *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1995.
- VIEIRA, MARGARIDA - *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Edição Universidade Católica Portuguesa, Lda. Lisboa. 2007. (p.18;19). ISBN 972-54-0146-8.
- WU D, WW T, LIU Q ET AL, The SARS-CoV-2 outbreak: What we Know, *International Journal of Infectious Diseases*, (2020), 44-48, 94
- ZHANG X, CAI H, HU J ET AL. Epidemiological, clinical Characteristics of cases of SARS-Cov-2 infection with abnormal imaging findings, *International Journal of Infectious Diseases*, (2020), 81-87, 94
- ZHU N, ZHANG D, WANG W ET AL, A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019, *New England Journal of Medicine*, (2020), 727-733, 382
- Almeida, José Miguel Caldas. *A saúde mental dos portugueses*, Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018
- Conselho Nacional de Saúde. Portugal e a resposta à COVID 19, a posição do conselho nacional de Saúde e o contributo das entidades que o constituem, 10/2020 Republica Portuguesa.
- European Centre For Disease Prevention and Control. Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCov. Stockholm:European centre for Disease Prevention and Control, 2020.
- Ministério da Saúde. COVID-19: fase de Mitigação, saúde mental. Norma nº 011/2020 de 18/04/2020 - Direção Geral da Saúde

- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Preparação e Resposta à doença por Novo Coronavírus. Documento em pré-publicação- 2020 -- Direção Geral da Saúde
- Programa Nacional de Saúde Mental. Enquadramento e Prioridades Miguel Xavier, Dir. Dez 2019
- Brenes, G, Danhauer, S., Lyles, M., Hogan, P. e Miller, M. (2015) Telephone-delivered cognitive behavioral therapy and telephone-delivered nondirective supportive therapy for rural older adults with generalized anxiety disorder a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, vol. 72, no 10. Pp. 1012-1020. Retirado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/10.1001/jamapsychiatry.2015.1154>
- Padrão De Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica (2018). Ordem dos Enfermeiros. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3odocumenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAdemental-e-psiqui%C3%A1trica_ausculta%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf
- Rebelo, S., Carvalho, J. C. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. Presença - Revista de Enfermeria de Salud Mental 10(20) jul-dic. Retirado de: <http://www.index-f.com/presencia/n20/p10060.php>
- Rodrigues, S. (2016). Diminuição da ansiedade da pessoa com alterações da funcionalidade: Proposta De Intervenções Especializadas Em Enfermagem (Tese de Mestrado). Católica Instituto de Ciências da Saúde - Escola de Enfermagem, Lisboa. Retirado de: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21910/1/final%20finalissimo.pdf>
- Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e Relação de Ajuda. Lidel
- Izard, C. E. (2001). Emotional Intelligence or Adaptive Emotions? Emotion, 1 (3), 249-257.
- Damásio, A. (2011). O erro de descartes: Emoção, razão e cérebro humano. Lisboa: Temas e Debates. Damásio, A. (2013). O sentimento de si: Corpo, emoção e consciência. Lisboa: Temas e Debates. Darwin, C. (2006). A expressão das emoções no homem e nos animais.
- Almeida, L. B. (2004). Uma proposta de modelo fisiológico de emoções (Dissertação de Mestrado). Retirado de Repositório Digital LUME da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://hdl.handle.net/10183/4271>
- Izard, C. E. (1994). Innate and universal facial expressions: Evidence from developmental and cross-cultural research. Psychological Bulletin, 115 (2), 288-299. Izard, C. E. (2001). Emotional Intelligence or Adaptive Emotions? Emotion, 1 (3),

249-257.

- Leão, L. I. R. (2012). Indução da emoção através de estímulos emocionógenos gerados por computador (Dissertação de Mestrado). Retirado da Revista Psicologia da Actualidade. http://www.psicologianaactualidade.com/trabalhos_academicos/mestrado.html

ANEXOS

Anexo 1: Blocos temáticos de entrevista semi-estruturada

DESIGNAÇÃO DOS BLOCOS	OBJETIVOS	FORMULÁRIO DE PERGUNTAS
A. Legitimação da entrevista e motivação	A.1. Motivar o entrevistado a participar na entrevista;	A.1.1. Informar sobre a pesquisa desenvolvida e seus objetivos; A.1.2. Solicitar a colaboração do entrevistado salientando a importância do estudo;
	A.2. Legitimar a entrevista.	A.2.1. Assegurar confidencialidade de todas as informações fornecidas; A.2.2. Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados. A.2.3. Caso deseje, em qualquer altura poderá parar a entrevista. A.2.4. Solicitar autorização para a gravação da entrevista, que após tratamento da informação será destruída.
B. Caracterização do entrevistado	B.1. Caracterizar os participantes do estudo	B.1.1. Solicitar dados sobre: a) Idade, b) Género, c) Formação. d) Local de trabalho e) Tipo de experiência no cuidado a utentes infetados com o vírus SARS-CoV-2;

C. Identificar emoções sentidas, pelo enfermeiro, relacionadas com o utente que beneficia dos cuidados	C.1. Identificar emoções sentidas, pelo enfermeiro, relacionadas com os utentes infetados	C.1.1. Quer dizer-me, no geral, como contactou com os utentes infetados? Em que local e em que situação clínica? C.1.2. Quer partilhar comigo o que sentiu a primeira vez que soube que o seu utente estava infetado? C.1.4. Qual foi para si a situação que mais lhe custou vivenciar, na relação com o utente? Que emoções e reações sentiu? C.1.5. Por outro lado, dada a diversidade de situações clínicas, será que teve também experiências que considerou positivas? Que emoções e reações sentiu? C.1.6. No geral, o que pensa ficar na sua memória sobre as emoções que sentiu durante todo este período?
D. Identificar emoções sentidas relacionadas com o utente que beneficia dos cuidados	D.1. Identificar emoções sentidas pelos utentes infetados que beneficiavam dos cuidados	D1.1. Quer dizer-me, no geral, como reagiram os utentes infetados que cuidou? D.1.2. Quais as principais preocupações e emoções negativas que demonstravam? Quer relatar alguma situação especial? D.1.4. No decurso do tratamento, conseguiu identificar momentos de alegria e emoções positivas nos utentes? Quer relatar alguma situação especial? D.1.5. No geral, o que influenciava a reação emocional dos utentes, durante o percurso de tratamento?

E. Fatores de risco para a vivência de ansiedade e reações emocionais adversas	E.1. Identificar fatores de risco da ansiedade e reações adversas	D1.1. Em termos gerais, quais foram as reações/sentimentos que teve na vivência de toda esta situação? Quais eram as suas principais preocupações? D.1.2. Qual o impacto que essa preocupação tinha no seu dia-a-dia? D.1.3 Em que medida conseguiu controlar as suas emoções e ansiedade? Consequia relaxar? E relativamente ao sono, conseguia ter um sono repou-sante? D.1.3. Se sentiu ansiedade, falou com alguém sobre isso? Que ajuda teve? De quem? Foi-lhe pres-crita alguma atitude terapêutica para o efeito? D.1.4. Quando estava mais ansioso/a, sentia ou-tros problemas de saúde que não eram habituais? Em que medida é que esses sintomas pioravam com a ansiedade? D.1.5. Se sentiu sintomas devidos a essa ansieda-de, que dizer-me quais eram? D.1.6. Sentiu que havia medidas que podiam ali-viar a ansiedade? Quais eram? D.1.7. Em que medida algumas características suas como pessoa e como profissional influencia-ram a sua reação ao lidar com este utente? D.1.7. Por último, que influencia tinha o seu es-tado emocional no tratamento de doentes? E com a sua família?
---	--	---

F. Estratégias pessoais para lidar com as diversas reações emocionais que emergem no processo de cuidados.	F.1. Identificar estratégias desenvolvidas para lidar com as reações emocionais	F. 1.1. Que estratégias pessoais adquiriu ao longo da pandemia para ultrapassar as suas reações emocionais? F.1.2. E peço contrário, em que medida sente que há dificuldades para lidar com a situação? F.1.3. Em que medida as organizações de saúde podem ajudar os profissionais a lidar com as suas reações face ao cuidar de utentes infetados e/ou em situação de grave comprometimento da vida?
G. Finalização	G.1. Agradecer a colaboração prestada	I.1.1. Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada.

Anexo 2: Guião da entrevista semi-estruturada

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRURADA

TEMA: Experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infectados pelo vírus SARS-CoV-2: um estudo qualitativo

Orientação:

Professor Doutor Wilson Abreu

Coorientação:

Professora Doutora Regina Pires

Susana Maria Teixeira Silva
(ep8615)

Parte I: Apresentação, legitimação e esclarecimento ao participante sobre a entrevista

Susana Maria Teixeira Silva, estudante do 2º ano do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, ano letivo 2020 / 2021, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a desenvolver a dissertação “Experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2”, sob orientação do Professor Doutor Wilson Abreu e coorientação da Mestre Regina Pires, com os seguintes objetivos:

- Identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestam ao cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, relacionadas com os utentes;
- Identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestam ao cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, relacionadas consigo próprio como cuidador e pessoa;
- Identificar fatores de risco para a vivência de ansiedade e reações emocionais adversas;
- Analisar a forma como os profissionais vivenciam o processo de cuidar, no contacto com os utentes infetados, com os familiares e com os colegas;
- Identificar estratégias pessoais que as pessoas desenvolvem para lidar com as diversas reações emocionais que emergem no processo de cuidados.
- Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda aos profissionais que cuidam de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2

Parte II- Obtenção do consentimento para a realização e gravação da entrevista caracterização do entrevistado

O desenvolvimento do estudo prevê a colheita de dados através de entrevistas a Enfermeiros que estiveram no cuidado direto de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2. Com este intuito solicito a sua colaboração para a realização desta entrevista, bem como para a sua gravação, com o fim de poder proceder, posteriormente, à análise de conteúdo, salvaguardando a confidencialidade das informações e a destruição da mesma após conclusão do estudo.

Caso pretenda conhecer os resultados do estudo, estes serão facultados a pedido após a sua respetiva conclusão.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia ¹ e a Convenção de Oviedo ²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2: um estudo qualitativo ...

Enquadramento: A presente investigação será desenvolvida pela Susana Maria Teixeira Silva, Enfermeira especialista em saúde Mental e Psiquiatria sob orientação do Professor Doutor Wilson Abreu e Coordenadora Professora Doutora Regina Pires, no âmbito do mestrado em Saúde Mental e psiquiatria.

Explicação do estudo: O estudo irá realizar-se através de uma entrevista semi- estruturada previamente avaliado pela Comissão de Ética. Cada entrevista deve demorar cerca de 45 minutos, sendo a recolha de dados por gravação digital. Na aplicação da entrevista serão salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, tais como, anonimato, confidencialidade, assim como, o sigilo das informações recolhidas e a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro. Posteriormente os dados recolhidos serão tratados por análise de conteúdo e é garantida a destruição da gravação. .

Condições e financiamento: A participação neste estudo é de carácter voluntário, não sendo fornecido qualquer pagamento aos profissionais pela sua participação. Está igualmente salvaguardada a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro.

Confidencialidade e anonimato: Durante a recolha de dados serão salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, como o anonimato e a confidencialidade, assim como o sigilo das informações recolhidas. Os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para o fim do presente estudo, no qual os dados são analisados individualmente, a recolha de registo vai ser por gravação digital, asseguro o compromisso de sua destruição após transcrição de dados. No final será disponibilizado um exemplar PDF do estudo aos profissionais que o solicitem.

Agradecemos a sua participação.

Susana Maria Teixeira Silva, Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria.

susanateixeirasilva@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntaria forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dados pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Parte III: Entrevista semi-estruturada

⇒ Género:

- Feminino
- Masculino

⇒ Idade: _____ anos

⇒ Habilitações literárias:

- Licenciatura
- Mestrado – Qual? _____
- Doutoramento – Qual? _____
- Especialidade – Qual? _____
- Outra – Qual? _____
-

⇒ Categoria profissional:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista

⇒ Experiência profissional: _____ (anos e meses)

⇒ Local de trabalho: _____

⇒ Serviço onde trabalhava antes da pandemia: _____

⇒ Quanto tempo esteve a trabalhar num serviço dedicado à área Covid? _____

⇒ Tipo de experiência nos cuidados a utentes infetados com o vírus SARS.CoV-2

1. **Identificar emoções sentidas pelo enfermeiro** relacionadas com o utente que beneficia dos cuidados

1.1. Quer dizer-me, no geral, como contactou com os utentes infetados? Em que local e em que situação clínica?

1.2. Quer partilhar comigo o que sentiu a primeira vez que soube que o seu utente estava infetado?

1.3. Qual foi para si a situação que mais lhe custou vivenciar, na relação com o utente? Que emoções e reações sentiu?

- 1.4. Por outro lado, dada a diversidade de situações clínicas, será que teve também experiências que considerou positivas? Que emoções e reações sentiu?
- 1.5. No geral, o que pensa ficar na sua memória sobre as emoções que sentiu durante todo este período?

2. **Identificar emoções sentidas** relacionadas com o **utente** que beneficia dos cuidados

- 2.1. Quer dizer-me, no geral, como reagiram os utentes infetados que cuidou?
- 2.2. Quais as principais preocupações e emoções negativas que demonstravam? Quer relatar alguma situação especial?
- 2.3. No decurso do tratamento, conseguiu identificar momentos de alegria e emoções positivas nos utentes? Quer relatar alguma situação especial?
- 2.4. No geral, o que influenciava a reação emocional dos utentes, durante o percurso de tratamento?

3. **Fatores de risco** para a vivência de **ansiedade e reações emocionais** adversas

- 3.1. Em termos gerais, quais foram as reações/sentimentos que teve na vivência de toda esta situação? Quais eram as suas principais preocupações?
- 3.2. Qual o impacto que essa preocupação tinha no seu dia-a-dia?
- 3.3. Em que medida conseguiu controlar as suas emoções e ansiedade? Conseguia relaxar? E relativamente ao sono, conseguia ter um sono repousante?
- 3.4. Se sentiu ansiedade, falou com alguém sobre isso? Que ajuda teve? De quem? Foi-lhe prescrita alguma atitude terapêutica para o efeito?
- 3.5. Quando estava mais ansioso/a, sentia outros problemas de saúde que não eram habituais? Em que medida é que esses sintomas pioravam com a ansiedade?
- 3.6. Se sentiu sintomas devidos a essa ansiedade, que dizer-me quais eram?
- 3.7. Sentiu que havia medidas que podiam aliviar a ansiedade? Quais eram?
- 3.8. Em que medida algumas características suas como pessoa e como profissional influenciaram a sua reação ao lidar com este utente?
- 3.9. Por último, que influencia tinha o seu estado emocional no tratamento de doentes? E com a sua família?

4. **Estratégias pessoais** para lidar com as diversas reações emocionais que emergem no processo de cuidados.

- 4.1. Que estratégias pessoais adquiriu ao longo da pandemia para ultrapassar as suas reações emocionais?
- 4.2. E pelo contrário, em que medida sente que há dificuldades para lidar com a situação?
- 4.3. Em que medida as organizações de saúde podem ajudar os profissionais a lidar com as suas reações face ao cuidar de utentes infetados e/ou em situação de grave comprometimento da vida?

Anexo 3: Caracterização da Amostra

E N - T R E - V I S - T A D O		G É N E R O		ID A - D E	H A B I L I T A Ç Õ E S					C A T E G O R I A P R O F I S S I O N A L		
		F e - m i n i - n o	M a s - c u l t i - n o		L i - c e n - c i a - t u r a	M e s t r a d o	D o u t o r a - m e n t o	E s p e c i a l i d a d e	Outra	E n - f e r - m e i - r o	E n - f e r - m e i - r o	E n - f e r - m e i - r o
1		X		46	X			Saúde mental e psiquia- tria				X
2		X		27	X			Reabilitação		X		
3		X		37		X - Gestão e economia de serviços de saúde				X		
4		X		38	X			Reabilitação				X
5			X	34	X					X		
6		X		34	X			Enfermagem médico-ci- rúrgica	PG em Gestão hospitalar			x
7		X		49	X					X		
8			X	37	X					X		
9		X		41	X			Saúde mental e obste- trícia				X
10		X		47	X				PG em Supervisão		X	

Anexo 6: Unidade de sentidos

Anexo 4: Entrevista transcrita

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRURADA

TEMA: Experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infectados pelo vírus SARS-CoV-2: um estudo qualitativo

Orientação:

Professor Doutor Wilson Abreu

Coorientação:

Professora Doutora Regina Pires

Susana Maria Teixeira Silva
(ep8615)

Nome do Entrevistado: E2

Porto, 2021

Parte I: Apresentação, legitimação e esclarecimento ao participante sobre a entrevista

Susana Maria Teixeira Silva, estudante do 2º ano do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, ano letivo 2020 / 2021, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a desenvolver a dissertação “Experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2”, sob orientação do Professor Doutor Wilson Abreu e coorientação da Mestre Regina Pires, com os seguintes objetivos:

- Identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestam ao cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, relacionadas com os utentes;
- Identificar as emoções positivas, negativas e de background que os enfermeiros manifestam ao cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2, relacionadas consigo próprio como cuidador e pessoa;
- Identificar fatores de risco para a vivência de ansiedade e reações emocionais adversas;
- Analisar a forma como os profissionais vivenciam o processo de cuidar, no contacto com os utentes infetados, com os familiares e com os colegas;
- Identificar estratégias pessoais que as pessoas desenvolvem para lidar com as diversas reações emocionais que emergem no processo de cuidados.
- Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda aos profissionais que cuidam de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2

Parte II- Obtenção do consentimento para a realização e gravação da entrevista caracterização do entrevistado

O desenvolvimento do estudo prevê a colheita de dados através de entrevistas a Enfermeiros que estiveram no cuidado direto de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2. Com este intuito solicito a sua colaboração para a realização desta entrevista, bem como para a sua gravação, com o fim de poder proceder, posteriormente, à análise de conteúdo, salvaguardando a confidencialidade das informações e a destruição da mesma após conclusão do estudo.

Caso pretenda conhecer os resultados do estudo, estes serão facultados a pedido após a sua respetiva conclusão.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia ¹ e a Convenção de Oviedo ²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2: um estudo qualitativo ...

Enquadramento: A presente investigação será desenvolvida pela Susana Maria Teixeira Silva, Enfermeira especialista em saúde Mental e Psiquiatria sob orientação do Professor Doutor Wilson Abreu e Coordenadora Professora Doutora Regina Pires, no âmbito do mestrado em Saúde Mental e psiquiatria.

Explicação do estudo: O estudo irá realizar-se através de uma entrevista semi- estruturada previamente avaliado pela Comissão de Ética. Cada entrevista deve demorar cerca de 45 minutos, sendo a recolha de dados por gravação digital. Na aplicação da entrevista serão salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, tais como, anonimato, confidencialidade, assim como, o sigilo das informações recolhidas e a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro. Posteriormente os dados recolhidos serão tratados por análise de conteúdo e é garantida a destruição da gravação. .

Condições e financiamento: A participação neste estudo é de carácter voluntário, não sendo fornecido qualquer pagamento aos profissionais pela sua participação. Está igualmente salvaguardada a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro.

Confidencialidade e anonimato: Durante a recolha de dados serão salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, como o anonimato e a confidencialidade, assim como o sigilo das informações recolhidas. Os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para o fim do presente estudo, no qual os dados são analisados individualmente, a recolha de registo vai ser por gravação digital, asseguro o compromisso de sua destruição após transcrição de dados. No final será disponibilizado um exemplar PDF do estudo aos profissionais que o solicitem.

Agradecemos a sua participação.

Susana Maria Teixeira Silva, Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria.

susanateixeirasilva@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntaria forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dados pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf
<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

3.8. Parte III: Entrevista semi-estruturada

Género: Feminino ☒ Masculino ☐

Idade: 27 anos

3.9. Habilitações literárias:

Licenciatura ☒

Mestrado - Qual? _____

Doutoramento -
Qual? _____

Especialidade - Reabilitação
Qual? _____

Outra - Qual? _____

Categoria profissional:

Enfermeiro ☒ Enfermeiro Graduado ☐ Enfermeiro Especialista ☐

Experiência profissional: 5 anos

Local de trabalho: *****

Serviço onde trabalhava antes da pandemia: *****

Quanto tempo esteve a trabalhar num serviço dedicado à área Covid? 2 meses

Tipo de experiência nos cuidados a utentes infetados com o vírus SARS.CoV-2?

Onde inserimos o vírus SARS COV-2 no serviço de cardiotorácica?

Na primeira vaga em Portugal foi necessária uma reestruturação do hospital, foi necessário abrir novos serviços que dessem resposta aos cuidados. Todos os que tinham experiência em cuidados intensivos foram convidados a participar na abertura de novos serviços de intensivos, aqueles que não se sentiram convidados, como foi o meu caso, foram a sorteio para dar resposta aos novos serviços.

Não foi uma das voluntárias para ir para este serviço, certo? Estamos a falar de um

serviço de internamento ou serviço de intensivos ou serviço de intermédios?

Neste caso foi um serviço de intensivos, houve um momento em que já estavam num serviço de intermédios.

Quanto tempo teve neste serviço de adaptação?

Dois meses.

E teve sempre no mesmo serviço?

Não. No primeiro mês estive no serviço UPA, convertido num serviço para intensivos SARS CoV19, depois, felizmente, tendo em conta a diminuição de internamentos passei para a medicina intensiva 6 mais um mês.

Após estes dois meses retomou as suas funções no serviço de cardiotorácica?

Correto.

1. 1. IDENTIFICAR EMOÇÕES SENTIDAS PELO ENFERMEIRO RELACIONADAS COM O UTENTE QUE BENEFICIA DOS CUIDADOS

**1.1. Quer dizer-me, no geral, como contactou com os utentes infetados?
Em que local e em que situação clínica?**

No início foi assustador, e mesmo recordar a situação em si (...) um bocadinho emocionante. O medo do desconhecido, foi... não fui obrigada, mas também não fui por livre vontade. No início foi uma fase de adaptação, de lidar com o desconhecido, depois foi abraçar uma patologia enquanto enfermeira tentar que fosse mais uma situação!

1.2. Quer partilhar comigo o que sentiu a primeira vez que soube que o seu utente estava infetado?

Vontade de fugir e muito medo. Estava protegida e sempre tivemos o material necessário. Entre colegas sempre houve muita cooperação, enquanto nos vestíamos, alguém avaliava se estávamos bem avaliados, mas após 2/3 semanas já o fazíamos sozinhos e era na confiança que por vezes apercebi-me de pequenos esquecimentos (como por ex. os óculos de proteção).

1.3. Qual foi para si a situação que mais lhe custou vivenciar, na relação com o utente? Que emoções e reações sentiu?

Sendo no contexto intensivos, em termos emocionais, os doentes estando ventilados, não tinham noção. Mas no segundo mês em que estive, em regime de intermédios, com doentes acordados, aqui os doentes referiam muito o medo de não voltar a ver os familiares.

Num primeiro impacto que tem haver com os primeiros 15 dias, houve muito medo, que foi quando me afastei das pessoas que mais gosto, por isso havia muito medo, muita ansiedade, vontade de não ir trabalhar. Saía muitas vezes do turno e desatava a chorar, num desespero atroz. Depois de ver que com as proteções, com o material e o equipamento era perfeitamente ultrapassável se mantivesse todos os cuidados, já lidava como uma situação normal. Claro que em termos sociais acabava por me resguardar mais, não porque não tivesse noção do foco de risco que pudesse desencadear uma infeção, mas por prevenção e precaução acaba por me isolar mais. É um vírus completamente novo, ainda hoje, após um ano, ainda há uma constante aprendizagem daquilo que realmente é. Enquanto que no início nós entrávamos completamente protegidos rigorosamente dos pés à cabeça nos quartos dos doentes infetados, hoje sei que colegas que estão a vivenciar isto entram menos proteção, uma bata por exemplo. Só quando realmente tocam no doente é que se protegem mais, no sentido de usar luvas, batas e óculos. No início, praticamente não podia estar um bocadinho de pele à mostra, enquanto que agora sei que já é mais “tranquilo”, porque já existe mais informação.

1.4. Por outro lado, dada a diversidade de situações clínicas, será que teve também experiências que considerou positivas? Que emoções e reações sentiu?

Sim. Acho que foi posta, inicialmente, a diversidade de abrir um serviço. Eu fui com mais dez colegas meus, fora isso tínhamos outros colegas do bloco central, dos intensivos de urgência e que não nos conhecíamos de lado nenhum. A experiência de inicialmente trabalhar com pessoas que não conhecíamos e que não sabíamos se podíamos “confiar” ou não e se dariam ou não dariam resposta a uma situação crítica trazia alguma insegurança, mas depois a parte humana entre nós foi uma mais valia. O apoio uns dos outros foi reconhecer que o ser humano realmente pode ser muito bom e pode-se amparar mesmo no caso de pessoas que mal se conheciam, pois estávamos lá todos para o mesmo fim.

1.5. No geral, o que pensa ficar na sua memória sobre as emoções que sentiu durante todo este período?

A primeira emoção que senti não deixa de ser medo. Depois passou. Se me perguntar se depois de já saber o que é, se não me importaria de ir, de livre vontade digo-lhe que não ia. Ainda sinto muita insegurança. É um serviço que transmite muito medo.

2. IDENTIFICAR EMOÇÕES SENTIDAS RELACIONADAS COM O UTENTE QUE BENEFICIA DOS CUIDADOS

2.1. Quer dizer-me, no geral, como reagiram os utentes infetados que cuidou?

A experiência nesse aspeto foi pouca. Quase todos não sabiam onde tinham sido infetados. Depois, como disse anteriormente, não sabendo onde tinham sido infetados, estavam com medo - e acho que esta é, sem dúvida, a palavra que caracteriza a Covid-19 - de não voltarem a ver os familiares. Sendo um vírus tão transmissível, eles não tinham visitas e alguns deles achavam que estavam abandonados pelos familiares. Outros, fruto da infeção ou pelo facto de estarem afastados dos familiares, tinham algumas crises de desorientação. Diziam que nós queríamos matá-los ou queríamos que eles não voltassem a ver os familiares.

2.2. Quais as principais preocupações e emoções negativas que demonstravam? Quer relatar alguma situação especial?

Há duas situações - uma boa e uma menos boa. Uma delas, em que um senhor que tem uma criança de quatro ou cinco anos que tinha leucemia. E quando evoluímos na sedação e foi entubado, a primeira coisa que ele fala é - “Eu quero ver o meu filho!” e “Vocês não me deixam ver o meu filho!”. Durante algum tempo, a parte ventilatória não estava a ajudar o senhor, ou seja, estava perfeitamente consciente, mas não conseguia interagir connosco porque ainda estava com o tubo traqueal. Ele foi-se apercebendo da situação em si e foi um bocado desesperante porque é inevitável nós formos de parte os nossos laços familiares - o senhor tinha à volta de 50 anos e podia ser meu pai/tio e há sempre essa ligação. Por várias vezes ele teve períodos de desorientação, mas a verdade é que no meio dessa agitação, a preocu-

pação dele era com o filho (ou a filha, não tenho a certeza) que estava doente. Isto acabava por mexer porque nós estávamos ali, obviamente para o ajudar.

2.3. No decurso do tratamento, conseguiu identificar momentos de alegria e emoções positivas nos utentes? Quer relatar alguma situação especial?

A parte boa eram sem dúvida quando os doentes tinham alta. Alguns ainda testavam positivo, mas a parte clínica já permitia sair do internamento e quando era assim celebrávamos todos, inclusive o doente. A saída era como se fosse uma lufada de ar fresco. Era uma esperança que renascia na pessoa e nos profissionais de saúde, que acreditavam que realmente havia cura, salvação e saída daquela parte crítica que eles vivenciaram e que conseguiram ultrapassar. Esses momentos de vitória acabaram por dar força para continuar.

2.4. No geral, o que influenciava a reação emocional dos utentes, durante o percurso de tratamento?

Eu acho, apesar de tudo, nos serviços onde estive fui uma privilegiada porque essa parte humana sempre esteve muito presente. Tanto que os colegas sempre tiveram o cuidado de ligar aos familiares e não havia a necessidade de serem os familiares a ligar, colocando-os sempre a par da situação. Tínhamos também a sensibilidade, numa parte mais posterior, de permitir que os familiares fossem deixar fotografias ao hospital para eles terem junto das unidades. Iam sempre tendo a possibilidade de ver a sua família. Eu acho que foi fundamental para os doentes, quando se apercebiam que não podiam ter acompanhamento e tinham de estar sozinhos no quarto para proteger os familiares, que podiam perceber que a família os acompanhava. Acho que esse facto ajudou os doentes e era um componente importante para eles irem buscar força para não desistirem.

3. FATORES DE RISCO PARA A VIVÊNCIA DE ANSIEDADE E REAÇÕES EMOCIONAIS ADVERSAS

3.1. Em termos gerais, quais foram as reações/sentimentos que teve na vivência de toda esta situação? Quais eram as suas principais preocupações?

A principal era não ser infetada e ter o cuidado para evitar essa transmissão. Quando entrávamos tínhamos uma estratégia - nós chamávamos de aquário a zona onde

os infetados estavam - que passava por controlar o tempo em que estávamos lá para que, por cansaço, não corremos o risco de cometer erros. Claro que às vezes era inevitável, como em algumas situações, por exemplo, em que o equipamento era quente ou que os óculos estivessem a escorregar. Quando dava por mim, já estava com as luvas a tocar-me na pele. Depois questionava-me se isso foi ou não o suficiente para ficar infetada. Ao longo do tempo fui-me apercebendo que não é isso acabava por me tranquilizar e que apesar de tudo o vírus não era assim tão contagioso como a comunicação social transmitia. Claro que continua a ser extremamente contagioso, mas se tivermos os cuidados mínimos as coisas correm bem.

3.2. Qual o impacto que essa preocupação tinha no seu dia-a-dia?

Senti muita preocupação. Sabia onde estava e sabia que no fundo, não podia vacilar. Tinha de ter muito cuidado com a forma como me vestia e com a forma como ia ter com o doente. Acho que em termos de equipamentos, e ainda bem, nunca vivenciei a falta de equipamento, porque tínhamos a farda e ainda vestíamos mais um equipamento que no fundo era a nossa “roupa” e por fim, vestíamos um terceiro equipamento para ir a cada doente. Também havia o cuidado de desinfetar as mãos quando mudávamos a atenção para o outro doente. Não quero imaginar o que os meus colegas com filhos evidenciam, mas é complicado se todos os dias estávamos com os nossos pais, durante 27 anos, e de repente tenho de ir para um serviço que é o foco mundial e onde tenho de lidar com um vírus extremamente perigoso e potencialmente fatal. Ter de abandonar a minha rotina diária e todo os meus costumes não foi fácil e claro que cada pessoa é diferente, mas considero que tenho uma boa relação familiar e muito proximidade e tornou-se difícil deixar de fazer o que habitualmente fazia e de estar onde estava.

3.3. Em que medida conseguiu controlar as suas emoções e ansiedade? Conseguia relaxar? E relativamente ao sono, conseguia ter um sono repou-sante?

Acho que foi controlado muito no interior. Não falar. Foi o guardar. Porque provavelmente na situação que foi mais difícil para mim e no momento em que eu precisava de ter o apoio dos familiares e amigos, por questões de precaução não podia ter. No primeiro mês não conseguia relaxar quando chegava a casa, mas depois sim. Comecei a aperceber-me que entre colegas não havia infetados e que se eu mantivesse as prevenções estipuladas não transmitíamos o vírus e isso dava-nos alguma segurança para começar a ir ver os meus pais e os restantes familiares. Relativamente ao

sono, no início não conseguia. Depois da adaptação ao serviço e de descurar alguns receios, já consegui, voltar à “normalidade”.

3.4. Se sentiu ansiedade, falou com alguém sobre isso? Que ajuda teve? De quem? Foi-lhe prescrita alguma atitude terapêutica para o efeito?

Sim, falei. É uma situação muito delicada. Mesmo procurando ajuda psicológica, estava tudo fechado. Por isso, a parte de ter consciência que precisava de ajuda, sim falei, mas com um colega de profissão e que esteve sempre comigo. Por ser colega percebia-me melhor, mas depois tinha a outra parte afetiva e foi sempre impecável, fazendo sentir que eu podia falar e estava lá para ouvir os meus receios. Procurei fazer Reiki, mas estava fechado também. O hospital disponibilizou uma linha de apoio de psicologia, mas nunca fiz uso dela porque não sentia confiança e porque consegui arranjar eu própria outras estratégias para ultrapassar essa situação. Eu cheguei a receber mensagens com o tipo de apoio psicológico da linha SNS 24 e sei que existe agora, mas na altura não sei se havia ou pelo menos que esta informação tenha chegado de forma segura, como por exemplo “isto existe, não tenham medo, recorram a esta linha/apoio se precisarem”. E caso os profissionais de apoio psicológico fossem diretamente ao hospital, acho que não recorriamos a este serviço, porque nós temos muito aquilo de não darmos parte fraca junto dos nossos colegas. Por isso, se fosse lá, não sei até que ponto eram recetivos [os profissionais do hospital], mas também creio que ninguém ia lá [ao hospital] porque teriam medo de lá ir, como aconteceu. Por exemplo, nós protegíamos a nossa farda e quando passávamos pelo corredor para ir almoçar à cantina e até levávamos outra farda para proteção pessoal, era inevitável sentir os olhares dos colegas que davam o sinal de “aqueles colegas estão nos “Covid””. Agora dá para rir, mas no início quando estávamos mais frágeis e debilitados, pelo menos eu que me sentia assim, era um bocado do género - “eu não tenho doença contagiosa” e entre colegas doía um pouco mais. Agora, nesse aspeto, é tranquilo. Quanto à medicação, durante os primeiros dois meses não, pois como eu disse estava tudo fechado. Posteriormente, senti necessidade de recorrer a tipos de ajuda, tanto ao reiki como a acupuntura e aí já tive apoio nesse sentido e cheguei a fazer uns compostos mais naturais para me ajudar.

3.5. Quando estava mais ansioso/a, sentia outros problemas de saúde que não eram habituais? Em que medida é que esses sintomas pioravam com a ansiedade?

Quando mexemos com o nosso equilíbrio e quando falo em equilíbrio é estarmos

onde nos sentimos seguros, é inevitável estarmos mais ansiosos, com mais receio, com mais medo ou até estarmos mais deprimidos, porque não estamos no nosso habitat. Estive mais suscetível em se calhar, dar por mim mais deprimida. Estes sintomas tornaram a parte emocional mais frágil. Dando mais referência às primeiras duas/três semanas, eu penso que, nesse período, sempre que acabava de fazer um turno saía a chorar. Portanto, houve uma maleabilidade emocional por estar onde estava e por dar resposta.

3.6. Se sentiu sintomas devidos a essa ansiedade, que dizer-me quais eram?

3.7. Sentiu que havia medidas que podiam aliviar a ansiedade? Quais eram?

As medidas, naquele momento, não havia muitas porque tinha de trabalhar. A “Sílvia” queria fugir e queria por baixa. Queria não estar ali. E depois havia a “Sílvia Profissional”, que eu sabia que era necessária lá e que tinha de dar resposta, não podia abandonar aquela causa. Por isso, tinha de trabalhar.

3.8. Em que medida algumas características suas como pessoa e como profissional influenciaram a sua reação ao lidar com este utente?

Foi importante no sentido de não desistir. Felizmente ou infelizmente, e cada um sabe de si, tive colegas que de imediato suspenderam as funções por diversos motivos e não foram prestar cuidados na área Covid. Se calhar, tendo em conta a minha forma de ser ou dos meus valores, apesar de não querer estar ali, eu sabia que tinha de estar ali e sabia que tinha de fazer o melhor que podia por aquele doente ou por aquele serviço. Essa forma de não abandonar os meus compromissos foi fundamental para não efetivamente não abandonar. A “Sílvia” queria muito ter abandonado.

3.9. Por último, que influencia tinha o seu estado emocional no tratamento de doentes? E com a sua família?

Nunca transmiti a insegurança ou o medo de estar ali. Com a minha família, eu julgo que sempre disfarcei muito bem aquilo que estava a dizer. Acho que nunca dei muito a entender, principalmente naqueles dois meses, o que realmente sentia. Havia muito a sensação do medo social do que se estava a viver e eu sabia que os meus pais e os meus familiares tinham medo de eu estar onde estava. E eu sentia que se transmitisse que realmente estava com medo que ainda ia ser mais complicado para eles lidarem o facto de eu estar lá. Nesse aspeto, acabei por contornar as conversas,

no sentido de não dar a real resposta do que sentia.

4. ESTRATÉGIAS PESSOAIS PARA LIDAR COM AS DIVERSAS REAÇÕES EMOCIONAIS QUE EMERGEM NO PROCESSO DE CUIDADOS.

4.1. Que estratégias pessoais adquiriu ao longo da pandemia para ultrapassar as suas reações emocionais?

O que eu vivenciei no hospital ficou no hospital. Tentava não levar para casa, às vezes era difícil, mas a partir do momento em que saía do hospital tentava não pensar no que se tinha passado. Ouvir música foi um acompanhamento. A leitura. A parte de ir falando com os amigos e familiares sobre assuntos nada relacionados com a Covid-19.

4.2. E pelo contrário, em que medida sente que há dificuldades para lidar com a situação?

Ainda hoje evito ver televisão. Se já há muita desinformação relativamente à Covid-19, vermos televisão e estarmos uma/duas horas a falar do mesmo, aí é catastrófico. Em termos emocionais, não ajuda nada. Uma das estratégias, durante esses dois meses e mesmo posteriormente, raramente via notícias a esse respeito. Agora as notícias estão mais leves, mas nesses dois meses deixei de ver televisão.

4.3. Em que medida as organizações de saúde podem ajudar os profissionais a lidar com as suas reações face ao cuidar de utentes infetados e/ou em situação de grave comprometimento da vida?

Disponibilizar serviços de apoio, acho que seria uma boa estratégia, para que realmente quem queira ou sinta essa necessidade possa recorrer. Noutros aspetos, nunca faltar os mínimos. Como disse, nunca me faltou material, mas houve medo que faltasse. Principalmente, ajudar em termos do que é essencial para dar resposta e dispor de ajuda especializada na parte mental.

Comentário adicional:

Os pontos-chave que foram discutidos, relacionados com a parte profissional, individual e familiar/social, foi onde mexeu. Ainda hoje sinto que estes dois meses me custaram um bocado a falar e acho que foi um teste que tive à minha profissão.

Anexo 5: Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia ¹ e a Convenção de Oviedo ²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2: um estudo qualitativo ...

Enquadramento: A presente investigação será desenvolvida pela Susana Maria Teixeira Silva, Enfermeira especialista em saúde Mental e Psiquiatria sob orientação do Professor Doutor Wilson Abreu e Coordenadora Professora Doutora Regina Pires, no âmbito do mestrado em Saúde Mental e psiquiatria.

Explicação do estudo: O estudo irá realizar-se através de uma entrevista semi- estruturada previamente avaliado pela Comissão de Ética. Cada entrevista deve demorar cerca de 45 minutos, sendo a recolha de dados por gravação digital. Na aplicação da entrevista serão salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, tais como, anonimato, confidencialidade, assim como, o sigilo das informações recolhidas e a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro. Posteriormente os dados recolhidos serão tratados por análise de conteúdo e é garantida a destruição da gravação. .

Condições e financiamento: A participação neste estudo é de carácter voluntário, não sendo fornecido qualquer pagamento aos profissionais pela sua participação. Está igualmente salvaguardada a liberdade do profissional em participar na investigação sem qualquer prejuízo futuro.

Confidencialidade e anonimato: Durante a recolha de dados serão salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos, como o anonimato e a confidencialidade, assim como o sigilo das informações recolhidas. Os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para o fim do presente estudo, no qual os dados são analisados individualmente, a recolha de registo vai ser por gravação digital, asseguro o compromisso de sua destruição após transcrição de dados. No final será disponibilizado um exemplar PDF do estudo aos profissionais que o solicitem.

Agradecemos a sua participação.

Susana Maria Teixeira Silva, Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria.

susanateixeirasilva@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntaria forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dados pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Anexo 6: Unidades de Sentido

Categorias	Sub-categorias	Unidades de sentido
Emoções sentidas pelo enfermeiro no contacto com o doente	Local e situação clínica dos doentes	“Cuidado de utentes em contexto domiciliário (...)”. - E1 “Todos os que tinham experiência em cuidados intensivos foram convidados a participar na abertura de novos serviços de intensivos (...)”. - E2 “(...) inicialmente na urgência que tivemos os primeiros doentes lá e depois na Unidade de Cuidados Intensivos (...)”. - E3 “Nas situações de vinda aqui à consulta por sintomatologia suspeita. E também em contexto domiciliário (...)”. - E4 “Claro que a maior parte dos doentes já os recebemos ventilados.” - E5 “Quer na urgência básica, quer na pré-hospitalar. Com doentes acordados, orientados, alguns doentes em meio domiciliário (pré-hospitalar).” - E6 “Tive, portanto, 4 meses no serviço de intensivos.” - E7 “Unidade de Cuidados Intensivos”; “Essa foi a principal dificuldade num primeiro contacto com os doentes, a adaptação a uma nova realidade.” - E8 “Cuidados de Saúde Primários na Comunidade” - E9 “Contacto com o utente ao domicílio.” - E10

	Reação ao primeiro utente que testou positivo “O medo (..)naturalmente. Depois, a necessidade de ultrapassar esse medo.” - E1 “Vontade de fugir e muito medo.” - E2 “(...) a primeira vez eu acho que todos estávamos com grande curiosidade (...) mas com grande medo, do desconhecido sobretudo - E3 “A minha primeira reação, não diria pânico, mas andei lá perto. Foi assim um terror pelo desconhecido e pela rapidez com que chegou cá.” - E4 “Sentia-me com medo por várias razões, uma delas porque conhecia o doente.” - E5 “(...) situação me deixou desconfortável (...).”; “Inevitavelmente houve muita insegurança e medo (...)” - E6 “Medo, muito medo.”; “(...) de insegurança, de não saber até que ponto eu poderia ajudá-los.” - E7 “Não vou mentir, senti alguma ansiedade e um pouco de receio.”; “(...) deixou a mim e, certamente que aos meus colegas, perdidos e desorientados.” - E8 “O sentimento principal era a dúvida (...).”; “E foi medo que eu senti, sem dúvida.” - E9 “Sentimos medo. Medo de tudo.” - E10
--	--

	Emoções e reações à situação mais difícil que vivenciou	Emoções e reações à situação mais difícil que vivenciou “Havia o medo, o desconhecido, quer a nível científico, quer a todos os níveis.”; “A necessidade urgente e, no fundo, até obsessiva de nos protegermos (...).” - E1 “(...)houve muito medo, (...) muita ansiedade, vontade de não ir trabalhar. Saía muitas vezes do turno e desatava a chorar, num desespero atroz.” - E2 “Os momentos de maior tensão são os utentes que, pela patologia em si, pelas comorbilidades, não têm indicação para escalar para a ventilação mecânica invasiva (...).” - E3 “(...) gerir as emoções, porque o pânico era mútuo.”; “E o medo da morte era presente, principalmente com os utentes.” - E4 “(...) de um dos doentes estar com raios muito maus e então tivemos de dizer-lhe que o íamos entubar. A verdade é que acabou por não correr bem. Mais tarde até fui eu que comuniquei à esposa a má notícia. É difícil.” - E5 “Tem haver com o facto do nosso equipamento potenciar barreiras à comunicação (...).” - E6 “Os doentes estavam ventilados e, por isso não havia oportunidade para diálogo ou para criar uma ligação mais forte.” - E7 “Infelizmente tenho algumas histórias com um final triste, mas por outro lado, são mais as que tiveram um desfecho positivo.” - E8 “Não estava em contacto direto com o utente, por isso tinha de me basear no que ele me estava a dizer.”; “Eu acho que o ter de gerir esse distanciamento, que se calhar causou um pouco mais de problemas iniciais (...).” - E9 “Os mais velhos não percebiam nada do que se estava a passar e não percebiam a maneira como estávamos vestidos.” - E10
--	--	---

	Emoções e reações às situações que considerou positivas “(…) diria que é a superação. Para mim a palavra-chave seria a superação.” - E1 “(…) a parte humana entre nós foi uma mais valia.” - E2 “Eu acho que é a maior experiência sociológica que eu posso ter durante a minha vida.”; “(…) as pessoas a superarem-se na dificuldade (…).” - E3 “Resiliência, penso que foi a melhor.” - E4 “Sim. Doentes que vêm visitar-nos depois de mais de 100 dias ligados a um ventilador ou a um ECMO.” - E5 “(…) felizmente temos muitos casos de sucesso. Assim como o espírito de equipa (…).” - E6 “Houve algumas coisas positivas, sim. Acho que o facto de a classe de enfermagem ser uma equipa unida e estarmos lá todos pelo mesmo propósito, foi mesmo algo único.” - E7 “(…) felizmente há mais experiências positivas do que negativas. Fico imensamente feliz quando vejo um doente recuperado a sair pela porta do hospital (…).” - E8 “(…) porque foi esse medo que se calhar ajudou muitas pessoas na não transmissão da doença para os familiares.”; “Talvez as consultas por chamada.” - E9 “Acho que nós enfermeiros unimo-nos muito mais (…).” - E10
--	--

	Emoções sentidas neste período que ficam na memória	“A ideia do perigo, a ideia do contágio.”- E1 “A primeira emoção que senti não deixa de ser medo. Ainda sinto muita insegurança.” - E2 “(…) foi uma experiência única e extremamente exigente. Mas guardo aqueles doentes que recuperaram, guardo os sorrisos das famílias e guardo os meus colegas todos com grande carinho.” - E3 “Honestamente, acho que, neste momento, estou mais cansada, saturada e receosa.”- E4 “Fomos, pelo menos, a nível multidisciplinar, excelentes.”- E5 “Muitas vezes tive medo de perder o doente na ambulância (...).”; “Muito medo, muita ansiedade, muita inquietação, muito receio.”- E6 “Não vou mentir, esta não foi uma fase de todo fácil na minha vida.”; “(…) as aprendizagens e as histórias felizes.” - E7 “O espírito de equipa (...)”. Fica na memória também os poucos, mas bons momentos em que fazíamos as pausas. Mas infelizmente também fica na memória todos aqueles que perdemos.” - E8 “(…) a alegria de saber que estamos em Portugal e o nosso ministério da saúde (...) também se conseguiu ajustar.” - E9 “Acho que os nossos utentes estão perdidos e sozinhos.” - E10
--	--	---

Emoções sentidas pelos doentes	Reação das pessoas infectadas	“Houve sem dúvida alguma o medo e muitas vezes até situações de pânico.” - E1 “(…)estavam com medo (...) de não voltarem a ver os familiares. Outros (...) tinham algumas crises de desorientação..” - E2 “Inicialmente, também havia muitas dúvidas, as pessoas estavam muito assustadas e tinham muitos receios.” - E3 “Os utentes estavam receosos, com muito medo do que poderia acontecer. Essa incerteza resultou numa profunda ansiedade.” - E4 “Os utentes mais idosos reagiam de forma muito assustada (...). Nas pessoas mais jovens, o que sentia, os que tinham sintomas mais ligeiros tendiam a desvalorizar um bocadinho e não faziam qualquer comentário.” - E6 “As pessoas, (...) no início tinham muito medo.” - E7 “No início, sentimos muito, muito medo nos utentes infectados que recebemos nos Cuidados Intensivos, pelo menos naqueles que vêm conscientes, pois têm medo de não acordar mais.” - E8 “Tinham pânico.” - E10
	Principais preocupações e emoções dos doentes	“Era sobretudo a morte.” - E1 “(…) medo de não voltar a ver os familiares.” - E2 “para além do medo, a desconfiança relativamente aos outros (...).”; “ (...) às vezes alguma desconfiança em relação ao tratamento (...) algumas vezes estavam renitentes aos cuidados.” - E3 “Inicialmente, as primeiras emoções também era o medo que os outros soubessem que eles tinham, que estavam infectados, aquela parte social.” - E4 “Para além deste medo e desconfiança, havia também a falta de esperança.” - E7 “(…) as principais reações que víamos numa fase inicial era o medo de morrer.”- E8 “Tinham medo que nós pudéssemos contaminá-los a eles e aos familiares. Houve muitos utentes que cortaram o serviço de higiene porque tinham medo.” - E10

	Momentos de alegria e emoções positivas que possam ter surgido	“(…) quando os doentes tinham alta.”- E2 “Eu nunca vi emoções positivas nos doentes com Covid-19, nos que eu cuidei. Acho que o medo e o temor estavam sempre presentes no olhar deles.” - E4 “Havia alguns que me diziam - “Safei-me, não me safei?”.” - E5 “Há sempre situações positivas, por exemplo de pessoas que acabam por recuperar e a capacidade de resiliência destas pessoas é incrível.”- E6 “Assistir à recuperação destes utentes era a parte mais recompensadora.” - E7 “De alegria não digo, mas bons momentos, mais no fim da recuperação, sim.”- E8 “Quando eles eram considerados curados. Era uma alegria porque as pessoas viam que conseguiram ultrapassar.” - E9 “Por um lado eu acho que os utentes estavam contentes porque não estavam abandonados e tinham-nos a nós.” - E10
	O que motivava as reações emocionais dos doentes	“(…) os colegas sempre tiveram o cuidado de ligar aos familiares (…) colocando-os sempre a par da situação.” - E2 “(…)os utentes acabam por ficar deprimidos, depois acordam numa situação (…) que se vêm privados de se autocuidar.”- E3 “Primeiro, o medo do desconhecido. Depois, o aparato com que nós também lá chegávamos.”; “E a comunicação social.” - E4 “Há um sentimento de incapacidade por parte dos utentes, sem dúvida. E depois é a família. Eles acabam por ficar longe dos seus durante muito tempo e vêm-se sem nenhum suporte.” - E7 “Eu acho que primeiramente, era ir para o desconhecido (...).”; “Depois, obviamente que era não poderem ver a família.” - E8 “Eu penso que era a angústia.” - E9

Fatores de risco para vivenciar ansiedade e reações emocionais adversas	Principais preocupações e reações/emoções sentidas	“Havia o risco de contágio, mas também havia o risco de ficar inoperável.” - E1 “A principal era não ser infectada e ter o cuidado para evitar essa transmissão.” - E2 “Eu tinha medo, obviamente, pelos meus. Tirando isso e, como profissional, nunca senti medo, senti, sobretudo, que podia ajudar e que podia fazer a diferença (...).” - E3 “(...) claro que transpunha este meu receio de infectar (...).”; “Como pessoa, acho que é uma sensação de fadiga, não diria revolta, mas de alguma intolerância a todo o processo.” - E4 “Senti várias vezes que não tinha mãos para tudo.”; “Olhe, muita ansiedade, muito medo. (...)sentia-me perdido, com medo e ansioso.”- E5 “(...)e esse era o medo - infectar-me e infectar outras pessoas.” - E6 “Senti, principalmente, medo.”; “Nessas alturas, sentia muito medo de ser a eventual culpada de infectar os meus familiares.” - E7 “No início tinha muito medo também. Medo de trazer o vírus para casa e infectar as outras pessoas, medo de não ser suficiente para tudo isto.” - E8 “O medo de transmitir o vírus aos meus familiares foi muito grande (...).” - E9 “Em questões da família não é nada fácil.” - E10
--	---	--

	Impacto das preocupações e reações/emoções sentidas no dia-a-dia	“No início, tomei providências como toda a gente.”; “Essa foi uma medida mais aterradora e mais obcecada, por assim dizer, mas muito início.” - E1 “Claro que em termos sociais acabava por me resguardar mais (...) por prevenção e precaução (...).”; “Ter de abandonar a minha rotina diária e todo os meus costumes não foi fácil (...).” - E2 “Tive, obviamente, de reduzir o meu grupo de contactos ao mínimo.” - E3 “A não retoma da vida anterior normal, porque entrámos em modo sobrevivência.”; “Muda a minha forma de estar com os outros. Sempre fui uma pessoa de estar, de conviver e neste momento não.”; “A nível laboral, muito menos paciência, mais dificuldade na comunicação, uma comunicação mais assertiva, mais adequada.” - E4 “Já disse várias vezes que houve dois ou três meses que não consegui desligar do hospital.”; “Abdicámos quase todos de comer.” - E5 “Portanto, eu deixei de imediato de contactar com os meus pais.”; “Nós, em casa, criamos uma estratégia e um circuito (...)” - E6 “A nível profissional, tinha tudo muito organizado na minha cabeça, era muito metódica e sabia exactamente o que tinha de fazer.”; “Acabava por ter de preparar a casa toda para evitar a transmissão à minha família.” - E7 “Sentia muita falta dos meus pais, falta dos meus irmãos, dos sogros e dos amigos.” - E8 “Eu ia diariamente a casa, mas deixava o calçado na zona de sujos (...).”; “Eu tinha medo de falhar. Medo de não conseguir controlar tudo.”- E9
--	---	---

	Estratégias de coping para controlar as reações emocionais e a ansiedade	“(…) acho que a questão aqui foi saber gerir no dia-a-dia aquilo que era necessário gerir - chorar, ajudar e partilhar, não criando uma bolha nem um isolamento de mim própria.”; A sensação de termos sido mais úteis do que nunca.”; “Assistir à evolução dos acontecimentos com o maior discernimento possível. Relativizar os medos.” - E1 “No início foi uma fase de adaptação, de lidar com o desconhecido, depois foi abraçar uma patologia enquanto enfermeira tentar que fosse mais uma situação.”; “Acho que foi controlado muito no interior. Não falar. Foi o guardar.”- E2 “(…)gere-se acreditando que aquilo que estamos a fazer é o melhor para as pessoas.”; “Fui-me habituando, acho que é tudo esse processo.” - E3 “Procurei atividades ao ar livre, ao qual vou mantendo. Deixei de acumular e procurei mais momentos calmos.” - E4 “Consegui controlar a ansiedade que sentia, também porque tinha uma estrutura familiar muito forte e ocupava o meu tempo livre com outras questões - a ler, fazer meditação, fazer exercício.” - E6 “Acho que foi uma questão de hábito.” - E7 “Sou uma pessoa com bastante capacidade de resiliência, dificilmente toco no fundo por um longo período (...)”; “Quando é assim temos que nos focar naquilo que estamos a fazer, na pessoa principalmente e esquecer tudo o resto.” - E8 “Chateava todos os dias os meus colegas” e falava muitas vezes com eles.” - E10
--	---	---

	Nível de relaxamento e qualidade do sono “Conseguia relaxar.”; “Pus todos os instrumentos de relaxamento em prática, várias vezes ao dia.” - E1 “No primeiro mês não conseguia relaxar quando chegava a casa, mas depois sim.”; “Relativamente ao sono, no início não conseguia. Depois da adaptação ao serviço e de descurar alguns receios, já consegui, voltar à “normalidade”. - E2 “Mas nisso tive alguma dificuldade, dormia pouco, muito pouco (...)”- E3 “Desde insónias, noites quase sem dormir. “ - E4 “Pouco, muito pouco. Dava prioridade aos banhos que me sabiam bem melhor e a comer, no início, do que propriamente dormir.” - E5 “Não, mas por norma também já não tenho. Mas sim, era mais difícil.” - E6 “(...) pouco ou nada conseguia dormir. Acordava, às vezes, mais cansada do que quando ia dormir.”; “Obviamente que havia também um desgaste físico, principalmente pelo uso dos EPIS, mas também emocional” - E7 “Havia várias noites em que eu me deitava e parecia que ainda estava no hospital. Ouvia na minha cabeça os sons das máquinas, as vozes dos doentes, tudo. Numa situação destas é difícil relaxar (...)” - E8 “Insónias. Dormia menos bem.” - E10
--	--

	Na presença de ansiedade, quem e como ajudou a controlar os sintomas	“Houve muitas situações que eu tenho plena noção de que fiz este trabalho de psicóloga comigo, ou seja, eu fui a minha principal psicóloga.” - E1 “Sim, falei. (...) mas com um colega de profissão e que esteve sempre comigo.”; “Posteriormente, senti necessidade de recorrer a tipos de ajuda, tanto ao reiki como a acupuntura e aí já tive apoio nesse sentido e cheguei a fazer uns compostos mais naturais para me ajudar.” - E2 “Não, nunca procurei ajuda. (...) são os colegas, são as partilhas das emoções com eles, as deles e as nossas (...)” - E3 “Sim, fui a uma consulta na psicóloga.” - E4 “Recorri à medicação no início para descansar (...).”; “(...)depois descobri uma coisa espetacular que se chama correr.” - E5 “Falei com colegas de trabalho que partilhavam das mesmas experiências, das mesmas vivências e da mesma realidade que eu. Não procurei ajuda psicológica porque não sentia necessidade.” - E6 “Não cheguei a procurar ajuda. Os colegas de enfermagem nisso são como uma família em quem podemos confiar e desabafar. Depois, fora do trabalho, há sempre o apoio familiar.” - E7 “Sentia sim um nervosismo (...). Conseguia controlar esse nervosismo bem (...). Ainda assim, tinha pensamentos que me deixavam mais em baixo (...). Sofri principalmente dificuldade na concentração e um pouco de overthinking (...)” - E8 “Nunca precisei de ajuda terapêutica, mas acho que terem disponibilizado uma linha de apoio psicológico (...) já era ótimo, sabíamos que estava disponível.”; “Não senti preocupação da entidade patronal para com os profissionais de saúde.” - E9 “Não cheguei a fazer medicação.”; “Eu já ando na psicóloga há uns três anos, mas nesta altura ela estava grávida e deixei de ir. E voltei agora.” - E10
--	---	---

	Sintomas psicossomáticos concomitantes com ansiedade “Quando mexemos com o nosso equilíbrio (...) é inevitável estarmos mais ansiosos, com mais receio, com mais medo ou até estarmos mais deprimidos, porque não estamos no nosso habitat. Estes sintomas tornaram a parte emocional mais frágil.”- E2 “(...)obviamente que o sono, o distúrbio do sono. Havia sempre aquela sensação de taquicardia. Mas, nunca nada que me compromettesse.” - E3 “Bastante, eu tinha epigastralgias, por exemplo. Eu tenho síndrome de colón irritável, diarreias ou quadros de obstipação. Cervicalgias (...)” - E4 “Já referenciada ansiedade, insónias, medo, desconforto.” - E5 “O facto de termos aquela fome emotiva (...)” - E6 “Penso que não.” - E7 “(...)nunca senti ansiedade.” - E8 “A parte gástrica. A parte do estômago ficou mal, para além do sono.” - E10
--	---

	Estratégias que diminuía os níveis de ansiedade	“(…) de não acumular situações, portanto, vou fazendo, como costumo dizer na brincadeira, o “tratamento de dados todos os dias” e vou deixando as coisas que interessam e que não interessam sempre de lado.”- E1 “Essa forma de não abandonar os meus compromissos foi fundamental para não efetivamente não abandonar.” - E2 “Eu acho que tenho um grande espírito de resiliência. (...) e depois gosto muito daquilo que faço (...)” - E3 “Relativamente ao utente (...)transmitir alguma tranquilidade, demonstrar que, apesar de estar dentro daquele fato, nós estávamos ali.” - E4 “No início recorri a medicação, os banhos ajudavam imenso a relaxar e posteriormente a minha fuga foi dedicar-me a correr, ainda hoje (...)” - E5 “Fazer exercício físico e meditação. Aprendi a meditar e a relaxar, obter relaxamento através da música (...)” - E6 “Mas, uma coisa que me ajudava a aliviar a ansiedade era a prática de exercício físico.” - E7 “A única coisa que eu fazia mais perto de terapia, que era e é já um pouco de rotina, era beber um chá antes de dormir e fazer meditação.” - E8 “(…)acho que foi a resiliência que fez com que ultrapasse este ano e meio de pandemia.” - E9 “Acho que o desenvolver da pandemia foi-nos acalmando.” - E10
--	--	--

	Influencia do estado emocional no ato de cuidar	“Sem dúvida, ser uma pessoa calma e um profissional de saúde calmo (...) acabou por, sem dúvida alguma, influenciar todo o processo.” - E1 “Nunca transmiti a insegurança ou o medo de estar ali. E eu sentia que se transmitisse que realmente estava com medo que ainda ia ser mais complicado para eles lidarem o facto de eu estar lá.” - E2 “Aquilo que eu notava, muitas vezes, era não ter aquela capacidade de escuta ativa. E ter tempo (...).” - E4 “Nunca fui de desistir, sempre me senti capaz de dar a volta aos problemas, dentro de mim sentia uma força que às vezes nem eu reconhecia.” - E5 “Com os meus pais, sempre tentei não passar o drama que se estava a viver naquele momento. Relativamente com o meu companheiro, era o desabafo. Era a partilha de emoções (...).” - E6 “Eu sinto que apesar de ter tentado evitar o assunto em casa, era impossível não falar.”; “Sei que podia ter sido melhor mãe e melhor mulher para os meus.” - E7 “(...) temos que estar ou então transparecer estar muito bem, para ajudar na recuperação dos doentes e também na motivação aos nossos colegas.”; “Com a família foi diferente, porque claro que também precisava de desabafar com alguém e às vezes trazia alguns temas mais pesados do trabalho para a conversa que acabavam por criar um ambiente menos bom.” - E8 “O meu estado emocional não transparecia para os doentes. Acho que consegui superar isso.”; “Com a família, entrei muito em pânico. A pandemia obrigou-nos a estarmos mais juntos e isso poderia ser bom, mas não foi.”; “E isso piorou, claro que sim. A tolerância dele, a nossa comunicação, o cansaço, o medo... Não partilhámos. Acho que foi isso. Não sei, foi o que foi.” - E10
--	--	---

Competências e estratégias pessoais no controlo de reações emocionais adversas	Estratégias pessoais adquiridas neste período para gerir as reações emocionais	“Portanto, a gestão emocional que foi, no fundo, importante ir buscar de uma forma quase que individual.”; “Estas emoções foram sempre à volta da gestão de comportamento, da gestão emocional e da própria reatividade.”; “(...) depois dei comigo a gerir o medo dos outros, que acaba por ser outro problema - gerir o medo do utente e gerir o medo dos colegas e criar uma harmonia no meio do caos.” - E1 “O que eu vivenciei no hospital ficou no hospital. Ouvir música foi um acompanhamento. A leitura. A parte de ir falando com os amigos e familiares sobre assuntos nada relacionados com a Covid-19.” - E2 “No fundo, a gente vai tentando encontrar os pequenos prazeres da vida, nem que seja naquele café que tomámos com os colegas, naquela pequena pausa.” - E3 “A nível pessoal, foi efetivamente tentar escutar mais. Tentar ajustar o melhor de mim e fazer aquilo que eu posso dentro do meu tempo.” - E4 “(...) a capacidade de adaptação ao inesperado.”; “Quem trabalha neste tipo de contexto tem que ser, essencialmente, muito pragmático e eu acho que sou.” - E6 “No fundo, é aproveitarmos as coisas positivas que existem no trabalho e focarmo-nos nelas.”; “convívio entre colegas é mesmo muito importante e nem que seja cinco minutos de uma conversa agradável (...);” “O ar puro, quando vimos cá fora, é ouro.” - E7 “Depois, também me foquei na prática de exercício físico (...). Ajuda-me a revitalizar a mente e a ganhar mais energia. Também é importante ler (...). (...)coisas que fossem mais positivas.” - E8 “Aderi à meditação. Portanto, um bocado por aí. Também comecei a praticar exercício em casa (...). Tentei fazer programas com os filhos lá em casa.” - E9 “Relativizar as coisas. Aproveitar os momentos bons. Ir fazer padel. Aprender macramé. Ter uma gata. Investir mais em mim.” - E10
---	---	--

	Facilidade e/ou dificuldade em gerir a situação atualmente	“Houve aqui quase um crescimento lado a lado muito interessante e que veio a dar no resultado que temos hoje no meu ponto de vista.” - E1 “Ainda hoje evito ver televisão. Em termos emocionais, não ajuda nada. (...) durante esses dois meses (...) raramente via notícias a esse respeito.” - E2 “Sobretudo o cansaço. Quando nós sentimos que estamos demasiado cansados. Não é possível continuarmos quando estamos exaustos.” - E3 “As dificuldades (...). As institucionais. É que nós somos chamados para dar resposta a tudo, e as exigências continuam a ter para que as coisas fossem iguais, quando nós não conseguimos. E que nos levam a sentir-nos desvalorizados e insatisfeitos, isso depois acaba por se transmitir.” - E4 “Acho que é difícil lidar com a situação quando o cansaço se vai acumulando. Estava de tal forma envolvida que o cansaço passou a ser o meu estado normal.” - E7 “Enquanto que antes tínhamos um horário fixo, neste momento não tenho horário.”; “As pessoas não compreendem que há timings e há prioridades. E isso é um stress diário. São dinâmicas diferentes das que estava habituada, mas que às vezes enfrento alguma dificuldade porque sou uma pessoa que gosto das coisas mais organizadas.” - E9 “Eu acho que já conhecemos a doença e estamos a caminho de tentar resolver. Acho que já gerimos melhor isso, é uma coisa conhecida.” - E10
--	---	---

	Como podem as organizações de saúde ajudar os profissionais na gestão das reações emocionais do ato de tratar doentes infetados com COVID-19	“E eu acho que os profissionais de saúde deveriam ter um leque maior de caminho a percorrer. Nomeadamente serviços que pudessem proporcionar emoções e pudessem, no fundo, despertar essas emoções para também serem tratadas.”; “Era importante haver cuidados com a saúde mental das pessoas que cuidam e sem dúvida alguma isto será o futuro, penso eu, eventualmente.”; “(...) mas é importante os órgãos máximos criarem redes de estruturas, seja hospitalar seja nos cuidados primários, para cuidar dos seus profissionais.” - E1 “Disponibilizar serviços de apoio, acho que seria uma boa estratégia, para que realmente quem queira ou sinta essa necessidade possa recorrer. Noutros aspetos, nunca faltar os mínimos. Principalmente, ajudar em termos do que é essencial para dar resposta e dispor de ajuda especializada na parte mental.” - E2 “(...) sobretudo estarem sensíveis e conhecerem os seus profissionais. (...) hierarquias devem estar empenhadas em conhecer os seus profissionais, não julgarem e disponibilizarem sempre que possível, técnicos formados para ajudá-los.” - E3 “É esta falta de proximidade como aconteceu com os colegas, com tudo. Quer dizer, podíamos ter agora uma disponibilidade para o apoio psicológico ou até alguma formação, alguma orientação, mais de proximidade.” - E4 “Maneiras da instituição ajudar? Sinceramente, não lhe sei responder a isso, a não ser que seja com ações de formação, mas alguma ação de formação nos vais preparar para dar uma má notícia?”; “Portanto, o facto do hospital nos dar a liberdade de agendarmos as visitas (...)isso acontecer ajudou-nos a nós enfermeiros a ajudar a que a família percebesse melhor o desenrolar da história.”; “(...)ter arranjado instalações melhores para banhos, para se sentar 10 minutos (...)”; “É totalmente diferente procurar a ajuda ou a ajuda vir ter connosco.” - E5
--	---	---

		“(…) o que de certa forma sobrecarregou os profissionais de saúde foi o escasso número de recursos humanos.”; “A segurança do doente nesse momento não estava garantida. E obviamente a segurança do profissional.” - E6 “Em primeiro lugar, acho que cada enfermeiro deve ser responsável por estar atento aos seus colegas. Por outro lado, acho que devem ser disponibilizadas pessoas formadas e os meios necessários para ajudar os profissionais de saúde. É importante que as organizações de saúde disponibilizem todos os meios necessários para o apoio psicológico aos enfermeiros.” - E7 “Acho que todos deveríamos ter formações constantes sobre emoções. Aliás, sobre inteligência emocional. Depois, é essencial planeamento e organização. Completamente fundamental isso, porque como vimos, temos de antecipar tudo o que possa acontecer. Por último, a saúde deveria ter, em anos anteriores, um orçamento maior que nos permitisse comprar todo o equipamento e máquinas necessárias para cuidarmos de forma eficaz.” - E8 “Eu acho que as organizações estão desorganizadas. Diariamente, com muita frequência, há sempre alterações.”; “Mas, eu penso que isto tem a ver com o facto de não saberem neste momento o que é mais importante.” - E9 “Sabíamos há anos que podia acontecer, mas não estávamos preparados. Agora já temos isto, mas acho que não aprendemos nada. Eu fico com a sensação de que as pessoas não aprenderam nada, em relação a tudo, em relação ao vírus, à vida, aos princípios, ao que é realmente importante.”; “Mostrou realmente a natureza das pessoas e acho que elas não mudaram. Continuamos egoístas.” - E10
--	--	--

Anexo 7: Tabela de Redução

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
Emoções do enfermeiro	Tipo de contacto	• Local de contacto • Situação clínica.
	Primeiro contacto com a doença	• Sentimentos associados • Pensamentos associados
	Vivências negativas	• Situação que mais teve dificuldade em vivenciar • Reações emocionais vivenciadas
	Vivências positivas	• Experiências consideradas positivas • Reações emocionais vivenciadas
	Situações marcantes	• O que fica na memória de todo o período de pandemia
Emoções dos utentes	Emoções sentidas pelos utentes infetados que beneficiavam de cuidados	• Principais reações • Preocupações demonstradas • Reações negativas • Reações Positivas • Fatores influenciadores das reações emocionais
Fatores de risco para sintomatologia psicológica adversa	Reações à situação	• Reações emocionais • Principais preocupações
	Impacto nas rotinas	• Impacto da preocupação e reações emocionais no dia-a-dia
	Gestão de emoções e sintomas psicopatológicos	• Controlo das emoções e sintomas psicopatológicos • Nível de relaxamento • Qualidade do sono

	Sintomas psicopatológicos	• Quais os sintomas • Recurso a ajuda humana • Tipo de ajuda prestada • Recurso a terapêutica medicamentosa
	Problemas de saúde concomitantes	• Exacerbação de sintomas • Novas doenças evidenciadas
	Sintomas associados a doença psicopatológica	• Quais os sintomas evidenciados
	Estratégias de controlo de sintomas	• Existência de medidas de gestão de sintomatologia • Quais as medidas aplicadas
	Estratégias de coping pessoais existentes	• Características pessoais facilitadoras do ato de cuidar • Características profissionais facilitadoras do ato de cuidar
	Influência do estado emocional e psicopatologia associadas nas relações do enfermeiro	• Influência do estado emocional e psicopatologia associadas nas relações pessoais • Influência do estado emocional e psicopatologia associadas nas relações profissionais
Estratégias pessoais para lidar com as reações emocionais	Estratégias de coping adquiridas	• Estratégias de coping pessoais adquiridas • Estratégias de coping profissionais adquiridas • Em que medida se mantém a dificuldade em gerir as reações emocionais perante a situação

Estratégias das organizações de saúde perante a situação	Estratégias adotadas e propostas de desenvolvimento organizacional para situações futuras	• Medidas adotadas pelas organizações de saúde para facilitar a vivência da situação • Medidas que poderão vir a ser implementadas para gerir as consequências pós-pandémicas • Medidas a adotar em situações futuras.
--	---	--

