

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria



**ANSIEDADE E SOMATIZAÇÃO EM
PESSOAS EM ISOLAMENTO SOCIAL E
PROFILÁTICO DEVIDO AO COVID-19:
UM ESTUDO QUALITATIVO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Juliana Manuela Simão Garlet

Porto, 2022

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ANSIEDADE E SOMATIZAÇÃO EM PESSOAS
EM ISOLAMENTO SOCIAL E PROFILÁTICO
DEVIDO AO COVID-19: UM ESTUDO
QUALITATIVO

ANXIETY AND SOMATIZATION DUE TO COVID-
19 SOCIAL AND PREVENTIVE ISOLATION: A
QUALITATIVE STUDY

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

Juliana Manuela Simão Garlet

Porto, 2022

“Inteligência sem ambição é um pássaro sem asas”

- Salvador Dalí

AGRADECIMENTOS

Apesar do percurso solitário, inerente a qualquer investigador, a realização de uma dissertação, não deixará de ser, uma vitória ganha, após o esforço batalhado ao longo de um percurso inumerado por contratempos, dúvidas e inquietudes. Agradeço a todos que contribuíram para apaziguar este dificultoso caminho.

Agradeço a Deus, pela luz transmitida, ao longo do todo o processo árduo que envolveu este trabalho.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu, pela disponibilidade imensurável e sabedoria, que foram essenciais à concretização deste trabalho. As minhas palavras de agradecimento por cada partilha, dedicação e compreensão sempre demonstradas.

À mãe e pai, que reforçaram o meu incentivo, nos momentos de maior desânimo.

A todas as pessoas que se mostraram disponíveis para a participação neste trabalho, e que, apesar das memórias traumáticas, ainda recentes, vivenciadas por muitos, aceitaram dar um contributo valioso a este projeto.

Aos amigos, pelo apoio sempre transmitido, que no término desta etapa, vêm um momento de felicidade e de concretização, essencial para o meu crescimento pessoal e profissional, o meu sentido agradecimento!

ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

EESMP – Enfermeiro Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

ICN - Internation Council of Nurses

USF – Unidades de Saúde Familiar

UCSP- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

SNS – Sistema Nacional de Saúde

PCR - (Sigla em Inglês para Reação em Cadeia da Polimerase)

RESUMO

Em dezembro de 2019, proveniente de Wuhan, China, surge o novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, responsável pela doença Covid-19, que se pode manifestar por um Síndrome Respiratório Agudo Grave.

Num contexto de emergência em saúde pública, em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declara a existência de uma pandemia, devido a um crescente número de infeções. Este cenário, caracterizado por uma doença facilmente transmissível e progressiva, vem assolar os alicerces das populações, com questões preocupantes sobre o impacto económico, social e em saúde, e pela merecida atenção que as problemáticas em saúde mental têm suscitado.

O presente estudo tem como finalidade descrever os fenómenos desencadeadores de ansiedade e de processos de somatização ao longo do período de distanciamento social.

Esta investigação apresenta como objetivos: avaliar a presença de sintomas de ansiedade e sintomas de somatização nas pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19; identificar fatores de risco para a ansiedade e processos e somatização nas pessoas em isolamento social ou profilático devido a COVID-19; analisar a forma como as pessoas vivenciam os períodos de isolamento social e profilático e as problemáticas de saúde mental associadas; identificar estratégias pessoais que as pessoas desenvolvem para lidar com o isolamento e/ou sinais e sintomas; identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19 e que vivenciem processos de ansiedade e de somatização.

Optou-se por uma abordagem qualitativa de natureza exploratória, na qual participaram doze indivíduos que vivenciaram períodos de isolamento social devido à infeção diagnosticada por SARS-CoV-2 ou à suspeita de doença, em regime domiciliário, num período mínimo de dez dias. A recolha de dados foi efetuada através de entrevista semiestruturada. Os resultados obtidos permitiram verificar que existe um impacto negativo significativo nos participantes que vivenciaram períodos de privação social.

Palavras-chave: COVID-19, ansiedade, somatização, alexitimia, isolamento

ABSTRACT

In december, 2019, firstly identified in Wuhan, China, coronavirus, denominated as acute respiratory distress syndrome Elizalde-González (2020). In march, 2020, WHO declares global pandemic due to a public health crisis and an increased community transmission of the disease. (Nascimento et al., 2020)

Nascimento et al., 2020, evidences that its easy and progressive transmission, has a severe impact that threatens economic, social and health dimensions, and has been emphasized the mental health concerns, as never before.

This study aims to report anxiety episodes and somatic symptoms in twelve participants who lived in social isolation for a period of at least ten days.

The aims of this study are: rate the presence of anxiety episodes and somatic symptoms in people who were living in social isolation infected by COVID-19 virus or were in social privation due to the suspect of the disease; analyse the different ways of living by those who were in social privation and identifying the personal strategies that they developed to deal with the social distance, and at last, recognise attention demands in mental health nursing that can allow to define strategies to help these populations.

Twelve participants that experienced social distance due to the COVID-19 infection or due to the suspect of the disease, at home, for at least ten days of social privation were included in the study. For data collection, were formulated semi-structured interviews, that were conducted through a qualitative study, after take in account several ethical procedures. The results suggested that was a significant and negative impact for those who lived in social distance.

Keywords: COVID-19, anxiety, somatization disorder, alexithymia, isolation

Sumário

NOTA INTRODUTÓRIA.....	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1. Ansiedade e Somatização na Prática Clínica	21
1.1. Ansiedade e Processos Ansiogénicos	21
1.2. Somatização e Alexitimia	26
1.3. Focos de Atenção e Práticas de Enfermagem	31
2. Infecção por Sars-CoV-2: Problemáticas em Saúde Mental.....	35
2.1. Infecção por SARS-CoV-2: Orientações Nacionais e Europeias	35
2.2. Reação Emocional: Fatores de Risco e de Proteção.....	39
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	43
1. Considerações Metodológicas	43
1.1. Questão de Investigação	44
1.2. Objetivos do Estudo	44
1.3. Tipo de Estudo	45
1.4. Participantes do Estudo	46
1.5. Recolha de Dados	46
1.6. Análise dos Dados	47
1.7. Procedimentos Legais e Éticos	48
2. Apresentação dos Resultados.....	50
2.1. Caracterização dos Participantes.....	50
2.2. Resultados da Análise: Domínios, Categorias e Subcategorias.....	50
2.2.1. Domínio: Causas e Motivos do Isolamento.....	54
2.2.2 Domínio: Sintomas de Ansiedade e Processos de Somatização.....	59
2.2.3. Domínio: Fatores de Risco para a Ansiedade e Eventuais Processos de Somatização.....	66
2.2.4. Domínio: Vivências do Período de Isolamento Social e Profilático.....	71
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	76
CONCLUSÃO.....	83
Bibliografia	88
Anexo 1: Blocos Temáticos da Entrevista Semi-Estruturada.....	95
Anexo 2: Guião da Entrevista Semi-Estruturada.....	21
Anexo 3: Caraterização dos Participantes	28
Anexo 4: Matriz das Entrevistas Semi-Estruturadas	308
Anexo 5: Tabela de redução	1246

NOTA INTRODUTÓRIA

Em dezembro de 2019 começou a surgir um número severo de casos de uma “*pneumonia com origem desconhecida*”, a qual foi associada a um novo coronavírus detetado, inicialmente denominado de 2019-nCoV, identificado em Wuhan, China, uma metrópole com cerca de onze milhões de habitantes. Dia 11 de fevereiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) anuncia uma designação para o novo coronavírus, ao mesmo tempo que o Comité Internacional de Taxonomia em Vírus renomeia-o como Síndrome Respiratório Agudo Grave (SARS-CoV-2) (Elizalde-González (2020).

Em março de 2020, num contexto de emergência em saúde pública global, a OMS declara estado pandémico, devido a uma escalada crescente de casos, pois as características do vírus propiciaram à sua fácil transmissão. Em referência à gravidade da doença provocada pela infeção por SARS-CoV-2, denominada por COVID-19, os esforços para mitigar a pandemia resolveram-se maioritariamente através de medidas de prevenção, tais como, a quarentena e o isolamento (Nascimento et al., 2020).

Perante este cenário pandémico, o Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas considerou que o mundo enfrenta uma crise de saúde global como nunca se viu antes (nos setenta e cinco anos de história das Nações Unidas), e que para além das mortes associadas e do sofrimento disseminado, há também uma crise humana, económica e social inerente (Nascimento et al., 2020).

Para Nascimento et al. (2020) as intervenções de contingência que se dirigem ao afastamento social levam a perda de atividades educativas e de carácter laboral, e estão também associadas a emoções relacionadas com o medo da doença, da morte e da incerteza quanto ao futuro.

A literatura salienta que pessoas clinicamente recuperadas da infeção foram diagnosticadas com perturbações do foro psíquico. Apesar das medidas de contenção como a quarentena e o isolamento social serem aplicadas na população desde o século XIV e se lhes reconhecido um papel importante na fase de mitigação da doença, o seu impacto em termos de saúde mental é também valorizado e tem merecido atenção (Nascimento et al., 2020).

O impacto psicológico da pandemia tem sido debatido e surgem cada vez mais estudos sobre o impacto que a pandemia da COVID-19 tem na população geral e em determinadas comunidades específicas, sendo preditivo que em tempos de tamanha instabilidade surjam emoções como a ansiedade, condição que pode conduzir à necessidade de apoio especializado para conseguir gerir as alterações psíquicas que dela possam advir (Vieira & Granja, 2020).

A ansiedade é uma emoção que surge normalmente em situações stressantes e que antecipam uma possível ameaça, sendo um processo que envolve uma série de reações cognitivas, fisiológicas e comportamentais. Apresenta um estado mental que se caracteriza por reações emocionais caracterizadas pelo medo e que preparam o indivíduo para uma

resposta de defesa ou de fuga. A ansiedade em proporções desmedidas torna-se patológica e é mais comum em situações mais adversas e prolongadas (Orozco & Baldares, 2012).

Atendendo ao isolamento e ao distanciamento, gerou-se uma maior preocupação com a saúde. As incertezas e as inseguranças que atendem à infeção do novo e desconhecido vírus provocaram um sentimento de impotência, que aumentou transtornos psicossomáticos; sendo um dos mais comuns a somatização (Gracino et al., 2020).

A somatização é definida pela Comissão Internacional de Classificações da Wonca como uma:

“... apresentação repetida de sintomas físicos e queixas somáticas que podem provenir de distúrbios físicos não confirmados por resultados orgânicos visíveis ou mecanismos fisiológicos, e para os quais existe uma evidência de ligação a factores psicológicos em que a pessoa não consegue controlar a produção destes sintomas ao lidar com factores psicológicos” (Nunes, 2012, p.7).

Vieta et al. (2020) referem que não pode haver dissociação entre o corpo e a mente, considerando prioritário atender às necessidades dos infetados, seja num contexto domiciliário ou hospitalar. O distanciamento social, além da solidão devido ao afastamento social, tem exacerbado o desenvolvimento de emoções prejudiciais, como a raiva, a frustração e os sentimentos de culpa, pelo que se defende a adoção de comportamentos saudáveis que promovam o bem-estar durante este período.

Banks et al. (2021) acrescentam que a implementação de medidas restritivas de circulação de pessoas e de distanciamento social são dos fatores que mais suscitaram o declínio da saúde mental com mais episódios depressivos e de ansiedade entre a população.

Outros estudos sugerem que durante o enfrentamento de doenças infecciosas, pode ocorrer o desenvolvimento de episódios mais frequentes de ansiedade, de medo, de solidão, de transtornos pós-traumáticos, de depressão, automutilação, tentativas de suicídio e de abuso de substâncias (Cavalcante et al., 2020).

É relevante que sejam adotados esforços para encontrar estratégias melhoradas de coping, que propiciem uma maior promoção da integridade individual, além da prevenção em saúde, não só perante os aspetos clínico-epidemiológicos da COVID-19, mas também em relação à proteção do bem-estar e da saúde mental. No que se refere à dimensão psicológica, é fundamental compreender como a população confronta as repercussões das medidas preventivas no âmbito de um cenário desafiador e nunca antes vivido. A prioridade de pesquisa e de ações direcionadas para esta temática deve compreender a vigilância e a mitigação das sequelas mentais da pandemia (Cavalcante et al., 2020).

A presente dissertação tem como intuito principal contribuir para aumentar o conhecimento científico sobre as dificuldades vividas entre a população socialmente isolada, decorrente da COVID-19, para que, futuramente, intervenções mais efetivas possam ser integradas no âmbito da promoção da saúde mental em Enfermagem.

Neste sentido, foi desenvolvido o presente estudo, cujo título é: “Ansiedade e somatização em pessoas em isolamento social e profilático devido ao COVID-19: um estudo

qualitativo”, o qual tem como finalidade descrever os fenómenos desencadeadores de ansiedade e de processos de somatização ao longo do período de distanciamento social e compreender a experiência subjetiva e o significado pessoal atribuído pelos intervenientes.

Em função do tipo de estudo foi formulada a seguinte questão de investigação: “Em que medida as pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19 manifestam sintomatologia de ansiedade e de somatização?”

Os objetivos que orientam este trabalho de investigação são os seguintes:

- avaliar a presença de sintomas de ansiedade nas pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19;
- avaliar a presença de sintomas de somatização nas pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19;
- identificar fatores de risco para a ansiedade e processos de somatização nas pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19;
- analisar a forma como as pessoas vivenciam os períodos de isolamento social e profilático e as problemáticas de saúde mental associadas;
- identificar as estratégias pessoais que as pessoas desenvolvem para lidar com o isolamento e/ou sinais e sintomas;
- identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19 e que vivenciem processos de ansiedade e de somatização.

Face aos objetivos definidos, entendeu-se que o método qualitativo é o que mais se adequa ao desenvolvimento desta investigação.

A recolha de dados foi efetuada através de entrevistas semi-estruturadas, tendo sido elaborado um guião especificamente para este efeito, que serviu a técnica de recolha de dados, permitindo conhecer as experiências vividas pelos participantes. Os dados foram analisados através de análise de conteúdo.

Participaram no estudo doze indivíduos que partilham entre si vivências de isolamento social por infeção diagnosticada de COVID-19 ou que vivenciaram regime profilático, devido à suspeita de infeção, num período estimado de pelo menos dez dias.

Salienta-se que este estudo se enquadra no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), face ao qual surgiu a oportunidade de integrar a elaboração da dissertação num projeto denominado “*Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery*”, coordenado pelo Professor Doutor Wilson Abreu, integrado no CINTESIS/ESEP.

Este trabalho foi organizado segundo duas partes distintas. A primeira alude ao enquadramento teórico, onde se contextualiza a problemática em estudo, centrada em duas grandes áreas: a ansiedade e somatização na prática clínica; e a infeção por SARS-CoV 2, orientações em contexto nacional e europeu.

A segunda parte engloba: as considerações metodológicas do estudo, nomeadamente a questão de investigação, objetivos, natureza do estudo, participantes, instrumento de recolha de dados, e procedimentos legais e éticos; a apresentação dos resultados, nomeadamente os domínios, categorias e subcategorias resultantes da análise, e por último a discussão, onde são invocadas algumas citações das entrevistas aos diversos participantes.

Em anexo encontram-se documentos que serviram de apoio à investigação, como o guião da entrevista semi-estruturada, o quadro com a caracterização dos participantes, a matriz das entrevistas semi-estruturadas e a tabela de redução.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Esta etapa caracteriza-se pela consulta de evidência disponível, permitindo definir um quadro de referência, com conteúdos delineados na problemática da investigação. A revisão da literatura permitiu determinar o nível atual de conhecimentos relativamente ao tema em estudo e a construção de um referencial teórico que serviu de fundamento à fase empírica (Fortin, 1996).

1. Ansiedade e Somatização na Prática Clínica

A doença mental é considerada uma das principais causas de incapacidade e de morbilidade, assim como de morte prematura, globalmente. Prevê-se que em 2020 ocupe o segundo lugar na lista de patologias que condicionam a morbilidade a nível mundial. A ansiedade é uma emoção que apresenta um grande impacto na qualidade de vida e na esperança média de vida.

Configurando a prevalência elevada no âmbito da prática clínica, é relevante identificar fatores e características no desenvolvimento desta perturbação que possam melhorar a abordagem no utente ansioso (Nunes et al., 2015).

1.1. Ansiedade e Processos Ansiogénicos

A ansiedade é uma reação normal, que se caracteriza por um mecanismo de defesa adaptativo, comum na experiência humana, que medeia a interação do indivíduo com o meio ao seu redor. Acrescenta a ideia que este estado emocional é algo “difuso”, constituindo uma experiência que persente algum receio relativo a eventos futuros (Ramos, 2015). É definida como uma resposta a uma determinada realidade desafiadora ou de ameaça que prepara a pessoa para uma resposta de fuga ou luta, por isso, o estado de ansiedade é importante ao desempenho do sujeito, e é vital para a própria sobrevivência (Pinheiro, 2018)

Esta reação emocional é considerada como uma sensação de

“...sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente acompanhado por sintomas autonómicos, como cefaleia (...), palpitações, aperto no peito e leve desconforto abdominal.”, entendida como uma possível representação mental de ameaça, inquietude ou apreensão que é interpretada de forma diferente de pessoa para pessoa (Pinheiro, 2018, p. 15).

A ansiedade não patológica é um incentivo e uma motivação que permite ao indivíduo enfrentar mudanças e “perigos”, o que facilita um comportamento de adaptação perante

situações de tensão, preocupação ou nervosismo, sem que ocorra qualquer prejuízo de função e desaparece quando a ameaça ou o fator desencadeador de alarme deixa de existir. A ansiedade é uma reação normal e necessária, porém em medidas desproporcionais e desmedidas, pode trazer consequências devastadoras ao equilíbrio do indivíduo (Pinheiro 2018).

Hipócrates e Aristóteles definiam-na como

“... uma doença; Platão e Espinoza como um problema filosófico; Soren Kierkegaard considerava-a como uma questão espiritual; autores como Wystan Auden, David Riesman e Albert Camus questionavam se a ansiedade poderia ser um sinal cultural dos tempos e da estrutura da sociedade.” (Rebelo et al., 2014, p. 2).

Stossel afirmava que

“... todos têm razão, que a ansiedade é ao mesmo tempo um efeito da biologia e da filosofia do corpo e do espírito, do instinto e da razão, da personalidade e da cultura. Ainda que a ansiedade seja sentida a um nível espiritual e psicológico, é cientificamente mensurável a nível molecular e filosófico. É um fenómeno psicológico e um fenómeno sociológico.” (Rebelo et al., 2014, p. 2).

Nos Estados Unidos, é a perturbação mental mais comum na população, com cerca de 40 milhões de americanos em fase adulta vitimizados por esta enfermidade, em algum momento da vida, de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Mental. No Reino Unido, estima-se que uma em cada seis pessoas sofrerá de ansiedade ou depressão, pelo que, estas patologias se tornarão uma das razões de maior procura nos cuidados de saúde (Rebelo et al., 2014).

Em Portugal, a prevalência de população ansiosa vai de acordo com a tendência dos países acima mencionados, segundo os dados estatísticos em 2013, a Direção Geral de Saúde, indicou que cerca de 16,5% da população é atingida. Os países europeus com menor incidência são a Itália e a Espanha, com valores de 5,8% e 5,9% respetivamente (Rebelo et al., 2014).

É um estado normal no indivíduo que resulta de uma reação de alarme a algo concreto. O que diferencia o estado normal do patológico é a intensidade da ansiedade. A ansiedade generalizada pode ser definida como um estado de inquietação e tensão, que pode não ter a presença de uma situação específica ou definida, que se relaciona com alterações fisiológicas e queixas somáticas como dores de estômago ou cefaleias. A ansiedade em excesso é uma reação emocional desagradável e intensa que é produzida por um estímulo apercebido pelo indivíduo como ameaçador, capaz de produzir alterações fisiológicas e comportamentais. Pode resumir-se como um sentimento de receio para algo difuso e impreciso, do qual surge uma resposta emocional (De Almeida, 2014).

Fisicamente a ansiedade manifesta-se através de sintomas somáticos tais como tremores, hipotonia muscular, hiperventilação, sudorese, palpitações e sintomas cognitivos, apreensão, inquietação, distractibilidade, perda de concentração e insónias (De Almeida (2014).

A ansiedade em Pinto (2014) é descrita como estado psíquico de apreensão e tensão, alinhado com perturbações mentais associadas também à componente física, de um indivíduo que se encontra em posição de expectativa, numa posição defensiva, em relação a um acontecimento prestes a acontecer. O desconforto causado pela ansiedade, é acompanhado por sensações físicas desconfortáveis, popularmente conhecidas como, “*nó na garganta*”, “*mãos suadas*”, “*frio na barriga*” e “*aperto no coração*”. O sujeito vive numa inquietação e preocupação constante, devido à ansiedade que se torna tão desconcertante, que o indivíduo altera o rumo normal do seu dia-a-dia.

Ao contrário do medo, que é sempre associado a um determinado contexto, a ansiedade é caracterizada por um estado de apreensão persistente, e por uma sensação prolongada de preocupação e de tensão, que nem sempre tem uma causa aparente e definida. O DSM precisa este conceito como um estado emocional orientado para uma situação futura apreendida como desafortunada, enquanto que o medo é conceituado como uma resposta de alarme para um perigo presente, concreto e muito próximo (Swift et al., 2014).

Segundo a American Psychiatric Association (APA) a ansiedade patológica é caracterizada como:

“... uma preocupação exagerada acerca de um conjunto de acontecimento ou atividades que ocorrem em mais de metade dos dias por um período de pelo menos seis meses. São acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais de uma lista que inclui: inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono.” (Rebelo et al., 2014, p.2).

As perturbações de ansiedade são originadas por diferentes etiologias, tais como, memórias de acontecimentos traumatizantes, medo ou aversão a determinadas realidades, proximidade a certas situações ou determinados lugares ou uma apreensão prolongada sobre determinada realidade situada no futuro. Este distúrbio manifesta-se através de presença de emoções intrusivas tais como, a irritabilidade, sentimentos depressivos e dificuldades de concentração. Fisicamente, com apresentação de palpitações, suor, tensão e dor, respiração rápida e “*pesada*”, tonturas, desmaios, indigestão, dores de estômago, má disposição e episódios de diarreia; em alguns casos mais extremos, a sensação de morte iminente também é relatada (Swift et al., 2014).

Cabrera e Sponholz (2002 cit. por De Almeida, 2014) distinguem a ansiedade como propulsora de mudanças e alterações ao longo da vida, que promove o desempenho, o desenvolvimento do indivíduo e ainda estimula a criatividade e cooperação interpessoal. Por outro lado, a ansiedade patológica caracteriza-se por um conjunto de respostas desajustadas a uma perceção ou a um estímulo, que interfere no desenvolvimento normal do sujeito. Esta ansiedade não benéfica, prejudica a autoestima, a interação com os outros, a aquisição de conhecimentos e memória e predispõe a uma maior vulnerabilidade com perda de defesas físicas e cognitivas.

A ansiedade patológica é caracterizada segundo os seguintes critérios de Cabrera e Sponholz (2002, cit. por De Almeida, 2014):

- Autonomia – a ansiedade ocorre sem uma causa aparente, ou se existe um estímulo apercebido, a reação é desproporcional;
- Intensidade – quando elevada, está relacionada com um alto nível de sofrimento ou com uma baixa capacidade de tolerância;
- Duração – recorrente e persistente;
- Comportamento – disfuncional e com prejuízo no funcionamento global.

A ansiedade para além das despesas assistenciais, tem como consequências a diminuição da produtividade, refletida no desemprego ou no absentismo, tem impacto sobre a vida familiar e na rede de suporte social. O sofrimento relacionado com o estigma, a discriminação e a exclusão social também estão relacionados com este fator de risco (Lobo (2014).

O quotidiano pode ser comprometido, com dificuldades em relaxar ou em dormir. O indivíduo ansioso torna-se refém de uma rotina rígida e improdutiva, sem atender adequadamente à satisfação nas relações sociais e à vida profissional (Swift et al., 2014).

No DSM-V (2013), a ansiedade e o medo são referidos como dois estados emotivos que se podem sobrepor com frequência, sendo que a ansiedade é associada sobretudo a episódios de tensão muscular e vigilância, em preparação para um perigo eventual, caracterizada por comportamentos de cautela e de esquiva. Muitos dos transtornos desta tipologia desenvolvem-se sobretudo no sexo feminino e, precocemente, na infância. As perturbações deste espectro, caracterizam-se fundamentalmente, por medo e ansiedade excessivos. O medo é equiparado a uma ameaça real e iminente e a ansiedade trata-se da antecipação de ameaça futura. Os dois estados podem-se sobrepor, mas também se podem diferenciar, sendo o medo mais associado a pensamentos de perigo imediato e a comportamentos de fuga; a ansiedade, por outro lado, é projetada para o perigo situado no futuro. O nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos de esquiva.

Os transtornos de ansiedade, segundo a fonte supracitada, diferenciam-se entre si pelas circunstâncias específicas que influenciam o medo, a ansiedade e os comportamentos de esquiva que os induzem. Ao contrário da ansiedade provisória, são mais prolongados no tempo (geralmente mais do que seis meses), o contexto, e os aspetos culturais são considerados na determinação da origem do medo ou da ansiedade excessivos. Os transtornos de ansiedade são diagnosticados quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de substâncias ou de outra condição médica, ou não são mais justificados por outra tipologia de transtorno mental.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada, no DSM-V (2013) é diagnosticada segundo os seguintes critérios:

- a) Ansiedade e preocupações em excesso, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses diariamente, ao longo do exercício dos eventos e atividades do quotidiano;
- b) O indivíduo verbaliza que não consegue controlar a sua preocupação;
- c) A ansiedade e a preocupação são determinadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns destes sintomas presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses),
 - i. Inquietação ou sensação de estar com os *“nervos à flor da pele”*,

- ii. Fadiga,
 - iii. Dificuldade de concentração,
 - iv. Irritabilidade,
 - v. Tensão muscular,
 - vi. Perturbação do sono, pouco reparador e inquieto;
- d) A ansiedade, os sintomas físicos causam sofrimento clínico significativo, com prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas.

A ansiedade caracterizada é sempre muito intensa e desproporcional à probabilidade real do impacto do evento. As preocupações associadas ao transtorno da ansiedade generalizada são intensas, angustiantes e persistentes. Os indivíduos vitimizados por esta patologia são fatigados por sintomas físicos, com tremores, dores musculares, nervosismo, irritabilidade, tensão muscular. Muitos experimentam sintomas somáticos como sudorese, náuseas, episódios diarreicos. As taquicardias, sensações de “falta de ar” e tonturas são menos comuns nos transtornos de ansiedade generalizada do que em outros transtornos de ansiedade, tais como o transtorno de pânico. Outras condições associadas também ao stress como a síndrome de intestino irritável e cefaleias acompanham o transtorno (DSM-V, 2013).

A etiologia da ansiedade engloba inúmeros fatores possíveis, entre os quais stress, comorbidades em saúde, depressão, origem hereditária e presença de familiares próximos com distúrbios de ansiedade generalizada exacerbados por situações de abuso infantil e de consumo de substâncias. As causas para os diferentes distúrbios de ansiedade podem diferir muito entre si, segundo o *National Institute of Mental Health*, as Perturbações de Pânico parecem ter fortes prevalências genéticas. Outras patologias ansiosas estão mais associadas a eventos de vida causadores de stress (Jbireal et al., 2019).

A fonte bibliográfica anterior, refere-se aos fatores cognitivos como um aspeto importante no desenvolvimento da ansiedade, a forma como as pessoas interpretam os eventos stressantes, o que pensam deles; a percepção individual de cada um intensifica ou modera a resposta ansiosa. Um dos aspetos cognitivos mais negativos e mais relevantes nos processos ansiogénicos é a sensação de falta de controlo, caracterizado por um estado de desamparo provocado pela incapacidade de conseguir prever, controlar ou obter resultados diferentes da situação. Os investigadores identificaram que indivíduos mais expostos a estados ansiosos têm com mais frequência pensamentos pessimistas e são mais vulneráveis, outros têm mais predisposição genética ou adquirida. Existe evidência literária que, as mulheres são mais ansiosas em comparação com os homens, pois têm episódios mais frequentes de pensamentos ruminativos, estando mais expostas à ansiedade e à depressão (Jbireal et al., 2019).

Como descrito em Ströhle et al. (2018), a perturbação da ansiedade devido às manifestações somáticas que muitas vezes apresenta, pode, muitas vezes, coexistir e confundir-se com outras doenças de causa orgânica. Num paciente ansioso, para que seja detetada perturbação cognitiva, é necessário rever cuidadosamente exames clínicos complementares e excluir possibilidades de outras doenças. Os autores referem que as perturbações de ansiedade têm um papel importante no desenvolvimento de outras doenças mentais e também noutras doenças somáticas, defendem que a deteção precoce e o tratamento do distúrbio ansioso é fulcral para prevenir comorbidades futuras. Estes autores também reforçam que as mulheres são mais suscetíveis duas a três vezes mais que os homens a adquirir este transtorno.

Ströhle et al. (2018) defendem que a etiologia dos distúrbios ansiosos corresponde a uma combinação complexa de diversos aspetos entre os quais fatores ambientais e hereditários. Alguns eventos stressantes e negativos podem despoletar processos ansiogénicos entre os quais, abuso e negligência emocional e/ou física, violência sexual, doença crónica, morte de alguém próximo, separação do cônjuge e problemas financeiros. Por outro lado, em termos de fatores ambientais positivos, salientam-se as estratégias de coping efetivas, uma rede de suporte social satisfatória e competências adquiridas através da busca de conhecimento.

A ansiedade pode ser apercebida como um sintoma patológico, mas também como uma reação normal associada a diferentes contextos de vida. Apresenta-se como um sinal de alarme a determinado estímulo encarado como uma ameaça. Geralmente, é uma resposta de sintomas físicos, pensamentos progressivos/invasivos, acompanhada por alterações de comportamento. A ansiedade é essencialmente compreendida como um mecanismo evolutivo, que ajuda a detetar situações de risco e adotar as medidas necessárias para lidar com essas mesmas situações. No entanto, esse recurso adaptativo, muitas vezes encontra-se desregulado e causa sofrimento e prejuízo nas atividades, o que acaba por interferir com o desempenho social e profissional (Barcellos et al., 2017). Cada vez mais predominante, por consequências de ritmo de vida mais acelerado da sociedade na atualidade e face às expectativas mais elevadas que são suscitadas nos indivíduos (Rebelo et al., 2014).

1.2. Somatização e Alexitimia

Este conceito de somatização abordado por inúmeros historiadores, tem sido alvo de desacordos quanto ao significado da sua própria denominação, com controvérsias ao longo dos anos, pelo que a sua definição, tem sido reformulada diversas vezes pela literatura médica. O termo dividiu-se em duas vertentes distintas, que se traduzem na conceptualização da somatização como uma manifestação física de uma perturbação psicológica e o entendimento da somatização como uma perturbação somática (Almeida, 2006).

Quartilho (2016) refere-se à somatização como um conceito abrangente que acarreta inúmeros significados e que serve de *“grande via final comum”* para outras terminologias entre as quais a histeria, a neurastenia, a medicina psicossomática, o comportamento de doença, as perturbações somatoformes e os síndromes somáticos funcionais, que, por vezes, estão ou não adjacentes a diagnósticos psiquiátricos identificados. Muitos investigadores, têm vindo a questionar a utilização persistente do conceito, pela complexidade e ambiguidade que apresenta, colocando dúvidas quanto à sua validade. Alguns autores consideram que a utilização insistente do conceito presume uma conotação psicopatológica e uma relação presumida e inevitável entre médico-doente, com mais abertura para a expressão *“sintomas físicos múltiplos”*.

O termo foi inicialmente utilizado por Sketel, em 1911, *“o processo através do qual os conflitos neuróticos podem apresentar-se como uma perturbação física”*. Contudo, a somatização anuncia uma discórdia ao longo dos anos, ainda por concluir, sobre a natureza da relação entre o corpo e o espírito (Quartilho, 2016, p.219).

A tríade de somatização, ansiedade e depressão tem precipitado a dualidade do conceito, ora a conceptualização é uma manifestação somática de mal-estar psicológico, ou a somatização corresponde a uma experiência de mal-estar somático, que é caracterizada por sintomas medicamente não explicados. A primeira orientação baseia-se numa perspetiva mais centrada na psicopatologia individual e a segunda numa abordagem dimensional e contextual (Quartilho 2016).

A alexitimia é definida por Almeida (2006) como um processo pelo qual os processos neuróticos são apresentados sob forma de perturbação física. Kellner (1991) citado por Almeida (2006, p. 10) descreve as reações de somatização como “... *expressões viscerais de ansiedade que podem dessa forma manter-se inconscientes.*”.

O conceito de somatização é considerado por Lipowski (1987) como um dos enigmas não decifrados pela Medicina, pela sua própria natureza particular, “*já que se encontrava no limiar entre a mente e o corpo*”, referida como a tendência de experimentar e comunicar o sofrimento somático em resposta a um momento de stress psicossocial e a resultante procura de um parecer médico (Martins, 2016, p. 8).

A definição inicial de somatização, apresenta-se como a tendência para experienciar, conceptualizar e/ou comunicar estados psicológicos sob forma de alterações sensoriais físicas ou corporais. Lipowski (1987) reformula a somatização acrescentando a dimensão médica, definindo-a como a experiência da perturbação psicológica sob a forma de sintomas somáticos e a procura conjunta de ajuda médica para as manifestações corporais percebidas. Bridges e Goldberg (1985) sugerem também a somatização como manifestação somática de perturbação psicológica, que seria diagnosticada quando os pacientes verbalizassem sintomas físicos ao seu médico e os atribuíssem a uma patologia médica, sendo que depois eram diagnosticados com uma perturbação psicológica (Almeida, 2006).

Noutra perspetiva, encarando a somatização como perturbação somática, o conjunto de apresentação de sintomas somáticos são o ponto-chave para a somatização, o que exclui pressupostos de causalidade. Assim, de acordo com Lipowski (1988) a somatização define-se como a tendência a experienciar e a comunicar perturbação somática, sem que haja uma explicação médica para este facto, atribuindo estes fenómenos a uma doença física e a procurar ajuda para eles (Almeida, 2006).

Em contexto clínico, a somatização tem apresentado um espectro extenso de situações: 1) doentes que apresentem sintomas exclusivamente físicos apesar da existência associada de problemas psicossociais ou emocionais “*apresentação somática*”; 2) doentes que estão preocupados com uma eventual doença orgânica, sem qualquer tipo de evidência, “*somatização hipocondríaca*”; 3) pessoas com sintomas somáticos funcionais, que são persistentes e cuja causa não se consegue explicar, o que determina uma procura de ajuda devido a uma incapacidade “*somatização funcional*” (Quartilho, 2016)

Alguns autores, como o da fonte acima descrita, defendem que a somatização encarada como “*somatização funcional*”, é a apresentação mais correta do termo, e que corresponde aos “*verdadeiros sintomas não explicados.*” A somatização pode ser vista como um constructo dimensional, segundo esta perceção, coexiste com “*níveis subclínicos de mal-estar somático*”. É concebida também como um sintoma ou uma perturbação, tal como as classificações médicas e psiquiátricas são, ou como uma forma de comportamento em doença. Desta forma, a ideia de sofrimento físico inexplicado pela medicina pode estar relacionada com problemas psicológicos, psiquiátricos e até sociais. A somatização é

considerada um *“idioma universal de mal-estar psicossocial”*, e que para a compreensão deste fenómeno torna indispensável não assumir a presença obrigatória de patologia, e ter em consideração também, a adoção de comportamentos adaptativos e atender ao contexto ecológico e cultural onde está inserido o sujeito (Quartilho, 2016).

No DSM-V (2013), numa nova categoria, surge o Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados. Todas estas perturbações partilham um aspeto em comum: a proeminência de sintomas somáticos associados a sofrimento e prejuízos significativos. O principal princípio que atende a este transtorno é a presença de sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em concomitância a esses sintomas em vez de se priorizar a ausência de explicação médica. O que se valoriza não são os sintomas somáticos em si, mas como são interpretados e como se apresentam. A integração da componente psíquica aos critérios deste transtorno possibilita uma explicação mais abrangente do quadro clínico, do que seria se apenas fossem válidas as queixas fisiológicas. Esta premissa de definir o diagnóstico principal, transtorno de sintomas somáticos com base em sinais e sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais) corrobora a permissão de existirem sintomas somáticos sem explicação médica porque não seria adequado atribuir um diagnóstico sem qualquer tipo de evidência; ademais não se excluiu a possibilidade de coexistir um transtorno mental; para além de que não se deve também estabelecer um diagnóstico de transtorno mental unicamente pela razão de não se saberem as causas médicas da sintomatologia. Face à expectativa dos utentes, e do foco na ausência de uma explicação médica, a possibilidade dos indivíduos atribuírem a estes diagnósticos um valor depreciativo era elevada. Estes indivíduos abrangidos pelas perturbações somáticas são comuns em contextos de saúde variados, além do departamento da saúde mental.

Embora algumas patologias do foro mental sejam inicialmente manifestadas por sintomas somáticos. Esses diagnósticos podem ser explicados pelos sintomas somáticos ou podem surgir simultaneamente com os transtornos de sintomas somáticos. Muitos associados a sofrimento psicológico, os transtornos de ansiedade e os transtornos depressivos podem acompanhar os processos somáticos. A somatização acarreta gravidade e prejuízo funcional, o que resulta numa maior gravidade destes transtornos. Em casos extremos, o grau de preocupação pode ser tão grave a ponto de ser considerado um diagnóstico de um transtorno delirante (DSM-V, 2013).

O Transtorno de Sintomas Somáticos caracteriza-se mediante os critérios de diagnósticos seguintes:

- a) Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária;
- b) Pensamentos, sentimentos ou comportamentos relacionados excessivamente com sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes:
 1. Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas;
 2. Nível de ansiedade elevados acerca da saúde e dos sintomas;
 3. Tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde.
- c) Mais de seis meses sob a condição de estar sintomático, embora alguns sintomas somáticos possam não estar sempre presentes (DSM-V, 2013).

Cerqueira (2019), enfatiza que a alexitimia consegue explicar este fenómeno. Considera que a somatização nem sempre tem origem em processos orgânicos, e que há uma relação íntima dos processos de emoção com a origem de sensações somáticas. A alexitimia para Vasconcelos (2020), é descrita como um conceito que surgiu no âmbito das doenças psicossomáticas e com o passar do tempo foi expandido para as doenças psiquiátricas, e que está relacionado com os processos somáticos.

Em Duarte (2018) a alexitimia pode ser decifrada através de dois grandes elementos, uma componente afetiva, relacionada com a consciência e a expressão emocional; e uma componente mais cognitiva, associado a um estilo de pensamento orientado para o exterior, com a tendência para evitar a percepção das emoções. O desequilíbrio emocional na alexitimia pode ser consequência de um défice cognitivo e percepção de estímulos emocionais.

O termo “alexithymia”, no idioma inglês, (*a – absence; lexis – word; thymos – emotions*), foi introduzido por P. Sfineos, psicoterapeuta, que em contexto clínico, observou diversos pacientes com sintomatologia psicossomática. Os utentes apresentavam dificuldades em identificar sentimentos, não conseguiam descrevê-los verbalmente e não os distinguiam de sensações corporais Zaviatzkina et al. (2020).

Zaviatzkina et al. (2020) indicam que pessoas alexitímicas não conseguem interpretar cognitivamente as emoções, o que conduz a uma tendência para se focarem nas sensações somáticas produzidas por essas mesmas emoções. Acrescentam que indivíduos com fortes traços alexitímicos aproximam a sua condição à doença e afastam-na do conceito da emoção devido a um reconhecimento diminuído dessas mesmas respostas emocionais. As emoções são interpretadas como sinais de doença.

De acordo com várias fontes, mais de metade dos indivíduos com este distúrbio são pacientes psicossomáticos e diversos investigadores acreditam que alexitimia é um dos fatores de risco para o aparecimento de doenças psicossomáticas. Além do mais, alguns estudos provam que além da relação entre alexitimia e as doenças psicossomáticas, a alexitimia é um traço presente em distúrbios de natureza neurótica, assim como em pessoas saudáveis Zaviatzkina et al. (2020).

Segundo Malkina-Pykh (2014) existem dois modelos teóricos capazes de explicar a síndrome de alexitimia e o aparecimento de distúrbios psicossomáticos. O modelo de negação baseado na ideia da inibição dos afetos. Este pressuposto presume a reversibilidade da perturbação alexitímica, embora em alguns indivíduos, as manifestações alexitímicas não desapareçam, mesmo com psicoterapia intensiva e prolongada. Estas pessoas permanecem incapazes de reconhecer as suas emoções e de desenvolver processos imaginativos. Nestas situações aplica-se o modelo deficitário, que está relacionado com o afrouxamento das capacidades mentais Zaviatzkina et al. (2020).

Para Lumley (1996) o mecanismo subjacente à alexitimia e à sua relação com doenças somáticas permanece desconhecido. Até à atualidade, diversas explicações foram sugeridas: a alexitimia despoleta doença orgânica por processos psicológicos ou mecanismos comportamentais; alexitimia desencadeia processos dolorosos (como a presença de sintomas físicos, perda da capacidade laboral e exposição a tratamentos de cura) devido a aspetos cognitivos e sociais; a perturbação somática leva ao desenvolvimento da alexitimia; a alexitimia assim como as perturbações somáticas são uma consequência de fatores socioculturais e biológicos Zaviatzkina et al. (2020).

Considerando o paradigma de *Parker (1998)* o uso de mecanismo de defesa primitivos, entre os quais a somatização, relaciona-se com construto da alexitimia e da doença psicossomática *Zaviazkina et al. (2020)*.

Os sintomas somáticos podem compreender funções psicológicas e sociais e estão intimamente relacionados com as crenças individuais. Os conflitos internos e os processos cognitivos de natureza neurótica e/ou psicótica determinam o sofrimento orgânico, a sua duração, o curso e resistência a determinado tratamento. É possível que uma percepção errônea do ambiente como fator agressor possa ser considerado um fator de relevo para a ocorrência da somatização que, conseqüentemente, afeta a saúde e provoca a doença *Zaviazkina et al. (2020)*.

A somatização é manifestação de um distúrbio mental em sintomas físicos. As patologias no âmbito psicossomático são variadas, contudo, o aspeto comum que as une são as queixas somáticas e a preocupação comum do paciente na sua resolução; o que direciona o utente para cuidados médicos e não para seguimento no âmbito da saúde mental *Zaviazkina et al. (2020)*.

Os sintomas psicossomáticos são caracterizados por sintomas somáticos comuns que ocorrem num contexto de pensamentos desproporcionais e intensos. Este distúrbio causa desconforto e afeta diversas dimensões da vida do ser humano (*Zaviazkina et al., 2020*).

Coelho (2019) define a alexitimia como a incapacidade de reconhecer e processar emoções, o que se traduz como uma dificuldade em reconhecer estímulos emocionais e numa dificuldade em conseguir codificar a informação emocional. É uma consequência de prejuízo de compreensão e de reconhecimento de estados corporais internos e que está intimamente conectada com aumento da somatização e sintomas médicos inexplicáveis. A nível neurofisiológico, é como uma descontinuidade entre a excitação emocional e a expressão emocional. Por outras palavras, ocorre excitação do Sistema Nervoso Autónomo e Endócrino, congruente com a resposta emocional ao acontecimento, porém, não ocorre uma resposta emocional. Por adoção de estratégias de coping desadaptativas, uma vez que o sujeito não processa uma avaliação consciente do acontecimento, nem verbaliza, incrementa como resposta da excitação emocional níveis de tensão, o que origina a manifestação de somatização.

A alexitimia é como um traço de personalidade caracterizado por uma dificuldade em processar cognitivamente as emoções, o que torna o indivíduo alexitímico vulnerável à doença (*Tavares, 2015*). O mesmo autor considera que

“... alexitimia não remete para a ideia de uma ausência de vocabulário afetivo, por parte dos alexitímicos, mas sim para a forma como este vocabulário é usado. O alexitímico, num quadro de ansiedade, pode ter duas possibilidades: ou age, passa ao ato, torna-se violento, ou tem uma descarga somática, com várias sensações corpóreas.” (*Tavares, 2015, p. 21*).

Green (1973) considera o psicossomático como um “*psicopata corporal*”, “*cuja ação no interior do corpo tem por finalidade a expulsão do afeto para fora da realidade psíquica.*” (*Tavares, 2015, p. 21*).

A alexitimia é um fator de risco para o desenvolvimento de várias perturbações clínicas, na medida que existe uma dificuldade realizada devido ao processo do pensamento voltado para o exterior, com dificuldade em identificar as emoções e saber distingui-las das sensações físicas decorrentes da atividade emocional; existe uma dificuldade também em descrever os sentimentos aos outros; estes indivíduos tornam-se mais intolerantes ao stress, com recursos de adaptação mais empobrecidos e pouco resilientes para lidar com episódios desafiadores. Este fenómeno prevê mais manifestações somáticas, devido a uma amplificação destas sensações e pela interpretação destes sintomas físicos como um sintoma de doença (Cerqueira, 2019).

Martins (2017, p. 35) aborda *Wickeramasekera* que propôs o “*modelo de alto risco de percepção de ameaça*” que defende que os conflitos psicossociais e a percepção de perigo é inconscientemente traduzido em sintomas somáticos. Este autor apela à importância de identificar fatores psicossociais que estão na origem desses mesmos sintomas, para melhor compreender etiologicamente a somatização.

Este paradigma, sugere alguns fatores predisponentes como a “disposição hipnótica”, a “catastrofização” e “a afetividade negativa”, que aumentam a probabilidade de dois fatores precipitantes, os “acontecimentos de vida” e os “*minor hassles*”, determinarem o aparecimento de sintomas somáticos e psicológicos, a não ser que se verifique um apaziguamento destes fatores predisponentes e precipitantes, através de apoio de estratégias de coping efetivas e de suporte social (Quartilho, 2016).

1.3. Focos de Atenção e Práticas de Enfermagem

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESPM) permitem uma resposta no âmbito da promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção e respostas humanas que são ajustadas a processos de vida e problemas de saúde. Este profissional, dadas as capacidades e conhecimentos que mobiliza em termos psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais desenvolve-se como instrumento terapêutico (Gomes, 2018).

O EESMP, segundo a Ordem dos enfermeiros, detém competências específicas de acordo com o Artigo 4º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, tais como:

- Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, detentor de vivências que fomentam o autoconhecimento, o desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na promoção da saúde mental;
- Em cada contexto, familiar ou na comunidade, auxilia o indivíduo ao longo do ciclo de vida, perante uma problemática em saúde mental;

- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, através de uma visão amplificada do meio em que o indivíduo se insere, objetivando a recuperação da saúde (Gomes, 2018).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) na

“... prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.” (Diário da República, 2018, p. 21427)

De acordo com o International Council of Nurses (ICN) (2019), ansiedade é uma emoção negativa, *“caraterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.”* (Sampaio et al., 2011, p. 73).

No Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a ansiedade é uma emoção com características específicas:

*“...sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição de auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.”*OE (2019,p.14)

A ansiedade trata-se de um diagnóstico que muitas vezes é difícil de conseguir identificar, uma vez que, cada sujeito experimenta esta emoção de uma forma muito particular e está muitas vezes relacionada com o *background* de cada um. As intervenções de enfermagem devem ser pontuadas pelo rigor e pela precisão de cada etapa do processo de enfermagem, o enfermeiro deve subsidiar-se em dados colhidos, sistematizados e analisados, permitindo-o aceder a uma informação útil e confiável (Sampaio et al., 2011).

Rebello et al. (2014) ressalva que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, deve detetar de forma objetiva as características que se destacam numa situação ansiosa e que abrangem os domínios somático, cognitivo, emocional e comportamental e que alguns sinais de alterações somáticas, por causas reais ou imaginárias, podem antecipar muitas vezes uma crise ansiosa. A presença destas manifestações são dados relevantes para o levantamento do foco: ansiedade como uma área de intervenção. Salienta-se, que perante este foco torna-se indispensável uma vigilância do comportamento do utente, e da monitorização dos sinais vitais, para posteriormente avaliar/quantificar a ansiedade.

Relativamente ao diagnóstico que inclui o comprometimento do Autocontrolo Ansiedade, no Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2019, p.14) destacam-se na verificação de *“ansiedade [moderada] ou [elevada]”* as seguintes manifestações:

- *“Verbalização de ansiedade;*
- *Manifestação de sinais e sintomas de ansiedade;*
- *Ansiedade tem repercussões na funcionalidade da pessoa;*

- *Potencial da pessoa para o autocontrolo ansiedade;*

As intervenções que dão resposta ao diagnóstico supracitado são as seguintes:

- *“Ensinar sobre Estratégias de Redução de Ansiedade;*
- *Executar Apoio Emocional;*
- *Executar Relação de Ajuda;*
- *Executar Técnica de Relaxamento;*
- *Instruir sobre Estratégias de Resolução de Problemas;*
- *Treinar Técnica de Relaxamento;*
- *Vigiar Ansiedade;”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 14).

No que concerne às atividades de diagnóstico relacionadas com o foco de enfermagem “*ansiedade*”, o instrumento psicométrico mais utilizado de diagnóstico é a Escala de Avaliação de Ansiedade de *Hamilton (Hamilton, 1959)*, por reunir mais consenso e permitir saber qual o grau de ansiedade de acordo com uma determinada pontuação obtida (Sampaio et al., 2011).

Para além da Escala de Ansiedade de *Hamilton*, destaca-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, validada por Pais-Ribeiro et al. (2007) que permite quantificar emoções em diferentes níveis, através de sete itens para a ansiedade e mais sete para a depressão. A ansiedade será no final da observação avaliada em quatro graus diferentes que variam entre “*sem perturbação de ansiedade*” até “*perturbação de ansiedade grave*”. O inventário de Ansiedade de *Beck*, constituído por vinte e uma questões de autorresposta de escolha múltipla, também é utilizado com frequência, e permite quantificar o grau de ansiedade em quatro níveis distintos (Rebelo et al., 2014, p. 3).

Durante o processo de colheita de dados, é importante questionar se o utente tem ingerido medicação ansiolítica, assim como avaliar o recurso ao uso de substâncias que contribuam para a ansiedade como o tabaco, o álcool, a cafeína e como reage à privação destas mesmas substâncias. (Rebelo et al., 2014)

Detetada esta emoção, que demonstre ser um fator impeditivo na realização das diferentes tarefas diárias, o enfermeiro deverá colher novos dados que ajudarão a identificar o diagnóstico de enfermagem e intervir de forma a reduzir a ansiedade. O especialista deve observar novos domínios que estejam também relacionados, e é de salientar que é importante avaliar o conhecimento que o utente apresenta sobre ansiedade, o que sente, e averiguar o grau de consciencialização que tem, se identifica fatores causadores, se há vontade e procura de informação para diminuir o desenvolvimento da emoção. Caso haja vontade para contornar a emoção, o enfermeiro deve assumir um papel ativo nesse processo, facilitando o processo terapêutico. A capacidade que o utente tem em mobilizar estratégias de coping, deve ser também um domínio foco da atenção do profissional, que deverá ser potencializado pelo profissional de modo que seja capaz de a controlar através de mecanismos autónomos (Rebelo et al., 2014).

Os objetivos de enfermagem compreendidos, após a identificação de um diagnóstico nesta área são:

“1. Promover a tranquilidade no doente, de modo que sejam verbalizadas em menor número e detetadas menos manifestações físicas de ansiedade, e também que haja uma redução de manifestações comportamentais;

2. Diminuir a ansiedade do doente, com a finalidade do doente verbalizar a diminuição da frequência, duração, manifestações físicas e comportamentais dos episódios de ansiedade;

3. Promover o autocontrolo ansiedade, com o critério de resultado do doente ser capaz de identificar se existe ou não melhorias no estado de ansiedade; que o doente seja capaz de identificar e reduzir estímulos ambientais quando se sente ansioso; que o doente verbalize que consegue controlar a reação à ansiedade e que verbaliza a diminuição dos episódios da mesma, como anteriormente referido.” (Rebelo et al., 2014, p. 4).

O EESMP assume um papel preponderante na avaliação do comportamento para o diagnóstico da emoção enquanto fenómeno da intervenção de enfermagem. Assim, torna-se imprescindível compreender a envolvimento do utente e procurar entender o porquê da manifestação da emoção, além das capacidades que são adotadas no enfrentamento dessa emoção. É importante saber qual o conhecimento que o utente tem sobre esse constructo e se reconhece os fatores que desencadeiam essa reação emocional, assim será mais fácil saber qual a forma mais pertinente de agir. É função deste profissional, contornar a emoção, principalmente quando esta assume um carácter patológico e difícil de suportar para o utente (Madeiras, 2020).

A promoção de um ambiente tranquilo, a redução das manifestações comportamentais e ajuda através de estratégias facilitadoras no autocontrolo da sintomatologia assumem focos importantes. O EESMP facilita a transmissão de informação esclarecedora e capaz de proporcionar autonomia no utente com ansiedade, através de uma adequação melhorada das estratégias de coping. Através de um plano de cuidados que procure satisfazer as necessidades do utente, a intervenção especializada permitirá uma incidência minimizada da ansiedade (Madeiras, 2020).

A intervenção psicoterapêutica por parte do EESMP, permite a criação de uma relação de ajuda que transmite confiança e permite a eficácia do processo terapêutico, essencial para que o utente se expresse emocionalmente e consiga aumentar o seu conhecimento, através de técnicas e estratégias individuais que possam contribuir para melhorar a sua condição. É importante que o EESMP saiba aumentar o insight do utente sobre o estado de saúde, de forma a incorporar competências individuais que lhe permitam desenvolver estratégias para a resolução de problemas, e essencialmente, que lhe permitam aceitar a sua condição de saúde (Madeiras, 2020).

No contexto de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, é crucial o restabelecimento do bem-estar da pessoa em sofrimento mental, para isso são importantes as relações interpessoais significativas. No que se verifica no contexto clínico, a relação de ajuda assume-se como uma intervenção de enfermagem, entre a pessoa que ajuda (o

enfermeiro) e a pessoa que é ajudada (utente) devido a uma situação de sofrimento (Coelho et al., 2019).

O doente é o centro da relação terapêutica, cujos esforços são focados numa resposta positiva através de uma mudança de comportamento, de uma melhoria de sintomatologia, de um melhor autoconhecimento, através de intervenções do domínio do ensinar, que fortalecem estratégias de adaptação a situações stressantes. A relação de ajuda deve ser desenvolvida a partir de uma visão holística, em que a interação entre enfermeiro e utente deve ter como finalidade a intenção de atingir determinados fins. O enfermeiro dotado de competências interrelacionais deve estar disposto a olhar o outro como um ser único e com características muito próprias. (Madeiras, 2020).

Esta intervenção psicoterapêutica capaz de superar os momentos mais aflitivos, terá de ser construída a partir de uma relação empática, de confiança, de respeito e de compreensão. O utente deve ser apoiado no seu crescimento e desenvolvimento, a relação terapeuta proporcionará capacidades para enfrentar situações duras de vida, contribuindo para uma promoção e prevenção da doença (Madeiras, 2020).

2. Infeção por Sars-CoV-2: Problemáticas em Saúde Mental

A pandemia COVID-19 modificou modo de vida de uma forma imaginável, que ninguém podia prever. A resposta psicológica e comportamental, é globalmente de carácter adaptativo e necessita de implementação de estratégias que visem a integridade e a sobrevivência, de forma a manter a homeostasia psicológica o quanto possível.

As respostas que surgiram perante esta realidade foram dominadas pela preocupação e pelo stress, com dificuldades perante a tomada de decisão e de episódios mais comuns de desorganização comportamental. As respostas emocionais delineadas entre o medo, a solidão e a ansiedade; a falta de controlo da situação, evoluiu para perturbações de sono, de ansiedade, entre outras. Por outro lado, a adaptação às estratégias de coping demonstrou uma evolução para sintomas psicológicos menos severos (Morgado).

2.1. Infeção por SARS-CoV-2: Orientações Nacionais e Europeias

A norma 010/2020 da Direção Geral da Saúde (DGS, 2020) enfatiza que a quarentena e o isolamento são medidas essenciais em Saúde Pública em resposta à propagação do novo Coronavírus. Estas indicações preventivas são utilizadas em resposta a uma epidemia com o objetivo de quebrar a cadeia de transmissão entre indivíduos.

A diferença entre quarentena e o isolamento é que, a quarentena é um recurso em indivíduos que se pressupõe serem saudáveis, mas que estiveram em contacto com um

doente confirmado com a infeção. O isolamento, por outro lado, é utilizado em doentes, para que através do distanciamento social, não contagem outros indivíduos.

A norma 010/2020 (DGS, 2020, p.2) refere que estas medidas decretadas pela Autoridades de Saúde são indicadas no caso de:

- Haver contacto com um doente diagnosticado com COVID-19;
- Haver um diagnóstico com COVID-19, e se o médico após avaliação, determinar que não é necessário internamento;

O período que o indivíduo deve permanecer em afastamento social é determinado pela Autoridade de Saúde e/ou profissional que o acompanha.

A norma 004/2020, (atualizada a 14/10/2020 pela DGS, 2020), indica que são consideradas suspeitas de infeção por SARS-CoV-2, pessoas com infeção respiratória aguda acompanhada por tosse, associada do padrão habitual, ou associada a cefaleias ou mialgias; febre; dispneia sem causa atribuível; perda de olfato e de paladar, diminuição ou alteração do paladar.

Os doentes com suspeita de infeção através da Linha SNS24, ou de forma complementar, com outras linhas, pelas Administrações Regionais de Saúde, em articulação com os Agrupamentos de Centros de Saúde, em Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), divulgados a nível regional ou local, permitem o encaminhamento.

Todos os doentes com suspeita de infeção são submetidos a teste laboratorial para SARS-CoV-2, o teste é requisitado pelo médico nas equipas das USF/UCSP para os doentes com indicação de vigilância e isolamento em casa, de forma remota; ou pelo clínico das equipas dedicadas a doentes respiratórios ou durante avaliação clínica noutra contexto;

Os resultados laboratoriais, devem ser disponibilizados no prazo máximo de 12 horas após a sua realização, com indicação do número de saúde do utente, Sistema Nacional de Saúde (SNS), e dos dados relativos à morada onde o utente cumpre isolamento, de forma a não serem ultrapassadas 24 horas desde a requisição do teste laboratorial e a obtenção do seu resultado.

“A vigilância clínica e isolamento no domicílio têm indicação de permanecer em isolamento, sem necessidade de avaliação clínica em áreas reservadas a doentes respiratórios mediante os seguintes critérios:

- a) idade inferior aos sessenta anos;*
- b) sintomas ligeiros como febre por período inferior a três dias, com boa resposta aos antipiréticos e/ou tosse;*
- c) ausência de dispneia ou sinais de dificuldade respiratória, hemoptises, vômitos ou diarreia persistentes;*
- d) ausência de doenças crónicas descompensadas ou condições associadas ao risco de evolução para COVID19 com gravidade;”*(Norma 004/2020 (atualizada a 14/10/2020, p.2-4))

O cumprimento do fim das medidas de isolamento é determinado pelos seguintes critérios, sem necessidade de realização de um teste laboratorial para SARS-CoV-2:

“a) Doença ligeira ou moderada: 10 dias desde o início dos sintomas, desde que:

- i) Apirexia (sem utilização de antipiréticos) por pelo menos três dias seguidos, e;*
- ii) Melhoria significativa da sintomatologia durante três dias consecutivos;*

b) Doença grave ou crítica: 20 dias desde o início dos sintomas, desde que:

- i) Apirexia (sem utilização de antipiréticos) durante três dias consecutivos, e;*
- ii) Melhoria significativa dos sintomas durante três dias consecutivos;*

c) Situações de imunodepressão grave, independentemente da severidade da patologia, 20 dias desde o início dos sintomas desde que:

i) Apirexia durante três dias, sem utilização de antipiréticos, e;

ii) Melhoria significativa dos sintomas durante três dias consecutivos;” (Norma 004/2020, atualizada a 14/10/2020) (DGS, 2020, p. 11-12).

Para os doentes com COVID-19 assintomáticos, pessoas sem qualquer sintoma associado à doença desde a realização do teste laboratorial até ao término do seguimento de isolamento, o fim das medidas termina após o décimo dia após a realização do teste laboratorial que estabeleceu o diagnóstico positivo.

Para as seguintes situações, o fim das medidas de isolamento é determinado pelo cumprimento dos critérios definidos nos pontos anteriores, acrescido da obtenção de um teste laboratorial negativo:

a) profissionais de saúde ou prestadores de cuidados com elevada proximidade com doentes vulneráveis que iniciam atividade no fim do isolamento;

b) doentes a ser admitidos em Estruturas Residenciais de Idosos, Unidades de Cuidados Continuados Integrados e paliativos;

c) necessidade de transferência intra-hospitalar, para áreas sem doentes COVID-19;

Caso o resultado do teste laboratorial continuar positivo, o isolamento é prolongado até completar os vinte dias desde o início dos sintomas, determinando-se o fim do isolamento, sem necessidade de um teste laboratorial adicional;

O documento elaborado pela Comissão Europeia (EU) a 11 de janeiro de 2021, teve como finalidade alcançar, através de um acordo com a UE, uma abordagem mais convergente das medidas de isolamento e de quarentena implementadas em países europeus, e que tiveram em conta orientações do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e da OMS, com base em evidências e conhecimento científico sobre os riscos de transmissão da infeção da SARS-CoV-2. Foram acordados períodos de isolamento para casos COVID-19 e quarentena para pessoas que tiveram contato com um caso (suspeito) identificado. Este consenso entre a UE pretende levar a um maior cumprimento das respetivas medidas de isolamento e de quarentena e que assegurem conformidade com os direitos fundamentais do cidadão e de administração de cada país.

As medidas de isolamento aplicadas a casos confirmados de COVID-19 e a duração do isolamento entre os diferentes países da UE varia de sete a catorze dias. Recentemente a maior parte dos países reportou um isolamento de dez dias para casos COVID-19 confirmados. Ficou determinado, na maior parte dos países, um período de isolamento proporcional à severidade da sintomatologia, com indicação de monitorização dos sintomas por parte dos pacientes ao longo desse tempo.

Ações recomendadas para casos confirmados:

- Casos COVID-19 positivos com sintomatologia reduzida a moderada devem ser isolados entre sete a dez dias, desde que permaneçam apiréticos por três dias consecutivos e com melhoramento significativo da sintomatologia nesse período, ou quarenta e oito horas sem sintomatologia, o isolamento pode ser levantado também com dois testes PCR (sigla em inglês para reação em cadeia da polimerase), últimas 24 horas com resultado negativo ou um teste nacional equivalente a PCR, com despiste verificado da doença;
- Para casos severos, o período mínimo de isolamento é entre dez a catorze dias, em conformidade com as orientações nacionais, e pode ir até um período máximo compreendido entre 20 a 21 dias, até que o paciente permaneça sem febre ou outro sintoma clínico por pelo menos três dias consecutivos. Alternativamente, dois testes negativos PCR com um intervalo de 24 horas, ou de acordo como estabelecido nacionalmente para cada país, a realização de teste rápido antigénico, com características similares e equivalente a um PCR negativo para levantamento do isolamento;
- Pacientes imunodeprimidos devem cumprir isolamento até 20 dias, após o início da sintomatologia, embora cada caso deva ser analisado individualmente e de acordo com as recomendações de cada país;
- Assintomáticos confirmados com COVID-19 devem permanecer em isolamento durante dez dias, e realização de teste PCR no fim do período, se indicado pelo país;
- Os países devem ter um tempo de resposta de 24 horas, desde a solicitação do teste até ao conhecimento do resultado do mesmo, em ordem a implementar medidas de mitigação eficazes, assim como o rastreamento dos últimos contactos do utente; Comissão Europeia (EU) 2021

Ações recomendações para casos suspeitos:

- Todos os países devem compreender quarentenas de um mínimo de 10 a 14 dias (começando com o dia depois da última exposição potencial à infeção) para contactos de alto risco com pessoas infetadas, e de acordo com as recomendações de cada país. Pessoas com desenvolvimento de sintomatologia durante o período de quarentena devem ser isoladas e testadas para SARS-CoV-2. A quarentena pode ser encurtada para cinco a dez dias depois do contato, desde que não haja sintomatologia manifestada e em caso de realização de teste PCR ou antigénico negativo e de acordo com as orientações nacionais;

A Comissão Europeia sublinha que o levantamento da quarentena deve ser mais ponderado em casos de pessoas que trabalhem em determinadas infraestruturas, em casos de proximidade com pessoas vulneráveis ou em instalações onde são prestados cuidados de saúde ou prisões. Pode ser definido de acordo com cada país, antes da alta a realização de

um teste laboratorial com resultado negativo nestas circunstâncias mais específicas. Comissão Europeia (EU) 2021

2.2. Reação Emocional: Fatores de Risco e de Proteção

É notável a mudança drástica no comportamento, no pensamento social e nas rotinas, após as medidas preventivas que objetivam diminuir o risco de contágio. Esta mudança trouxe impactos em termos de saúde física, além das repercussões financeiras, sociais e para a saúde mental nos indivíduos em todo o mundo (Fonseca, 2020).

As medidas de isolamento de extrema importância na contenção do vírus, são também, precursoras de aumento de riscos em saúde, não só físicos como também mentais. À parte da possibilidade da infecção, e do risco que acarreta a própria doença originada pelo novo coronavírus, o isolamento pode expor a outras vulnerabilidades. A saúde mental não deve ser negligenciada, com mais população vitimizada pela instabilidade psíquica, com agravamento exponencial de casos de ansiedade, medo e preocupação (Pavani et al., 2021; Sharma et al., 2020).

A doença mental nem sempre é bem decifrada, pois advém de uma interação contínua entre diversos fatores que determinam um impacto no contexto de vida. A pandemia contribuiu para ocorrência de mais desequilíbrios mentais, por motivos extensos e por vezes, pouco claros, tais como o risco de doença grave, os traços de personalidade, o gênero, a condição laboral e econômica, o suporte social, entre outros (Pavani et al., 2021).

As medidas de quarentena e isolamento social podem contribuir para aumento de emoções relacionadas com o afastamento familiar, a perda de liberdade pelo estado de confinamento, experiências de tédio e pelo medo da incerteza sobre o estado de doença. Alguns dos fatores de risco que podem estar associados ao maior impacto na saúde mental são a história pessoal de doença psiquiátrica, ser profissional de saúde e determinados dados demográficos, como ter idade mais jovem, apresentar um nível educacional mais baixo e pertencer ao sexo feminino (Nascimento et al., 2020).

A idade e o gênero são considerados como preditores no sofrimento emocional. As mulheres são mais predispostas a um maior impacto psíquico que os homens, com suscetibilidade maior de stress pós-traumático. O sexo feminino segundo as pesquisas, são menos tolerantes, perante cenários de incerteza e instabilidade. Além de que as mulheres dispõem mais tempo a visualizar conteúdos de notícias através de plataformas sociais, com fraco teor científico, e têm conversas que convergem mais frequentemente para esse tema, o que amplifica sintomatologia ansiosa em relação ao sexo oposto (Martínez-Taboas, 2020; Heffner et al., 2021).

A faixa etária mais suscetível de episódios ansiosos localiza-se entre os dezoito e os trinta anos segundo Pavani et al. (2021). Para Martínez-Taboas (2020), a literatura aponta para que pessoas mais jovens com menos de quarentena anos padeçam de mais episódios depressivos e ansiosos, pelo contacto mais próximo com o mundo virtual e com uma

exposição mais prolongada a conteúdos alarmistas. Numa outra perspetiva, os jovens parecem apresentar mais fragilidades explicadas por fatores socioeconómicos, tais como, a instabilidade laboral e o desemprego marcados pela crise económica associada à pandemia (Becerra-García et al., 2020).

O esclarecimento e a articulação de fontes de informação sobre a doença é um ponto-chave para a diminuição da ansiedade, além da comunicação e da partilha de experiências que promovem uma diminuição do estigma. O consumo de informação tendenciosa e especulativa, que provém muitas vezes das redes sociais e de outros espaços eletrónicos, propiciam a maior stress emocional, enquanto que a consulta de notícias e conhecimentos de origens oficiais e governativas, favorecem um maior esclarecimento e contribuem por sua vez, para um maior bem-estar (Pavani et al., 2021; Heffner et al., 2021; Becerra-García et al., 2020).

Na população isolada, em Becerra-García et al. (2020) a realização de exercício físico em casa diminui a sintomatologia ansiosa e fenómenos somáticos, tais como, dores musculares e fraqueza. Em Da Silva et al. (2021) o medo de morrer e de hospitalização devido à doença são mencionados como aspetos que fomentam ansiedade muito frequentemente. Em Sazakli et al. (2021) os fatores que contribuem para ansiedade são o isolamento social associado à solidão, a diminuição de apetite e redução da atividade física, menos horas de sono e mais tempo dispensado em meios eletrónicos; por outro lado a manutenção de suporte social foi associado a menos ansiedade. Nascimento et al. (2020) salientam entre os fatores de risco, o tempo e a duração prolongada do tempo do isolamento social/quarentena, o medo de contrair a infeção, tédio/aborrecimento durante as medidas preventivas e a falta de bens essenciais em casa.

Marques (2020) refere-se às estratégias de coping como um importante fator que propicia a superação da ansiedade e facilita processos de adaptação e definição de estratégias de enfrentamento, influencia o modo de agir e de experienciar a situação pandémica. Estas estratégias ativas e eficazes resultam em números positivos, com diminuição da angústia, da doença e até da mortalidade. Em Yildirim et al. (2021) as estratégias de coping tornam-se essenciais para o bem-estar no isolamento, com efeitos diretos na ansiedade, na depressão e no stress, e demonstram contribuir para uma melhoria da saúde em termos gerais. Fonseca (2020) concluiu que os níveis de ansiedade na atual pandemia predominam nos estudantes jovens e no género feminino. Além de que, as estratégias de coping positivas, estão associadas a níveis mais baixos de ansiedade, depressão e de stress, e que as estratégias de coping mal-adaptadas, por outro lado, constituem um entrave à resolução do problema, o que pode estar relacionado com o género, idade e as experiências do passado.

Em Da Silva et al. (2021) perante as diversas adversidades e à demanda de obrigatoriedade de medidas de proteção, ocorreu uma deterioração do bem-estar mental; a ansiedade tornou-se comum e impercetível, muitas vezes mascarada com os próprios sintomas da doença. As emoções caracterizadas por uma preocupação excessiva, causaram simultaneamente perturbações psíquicas e somáticas, com aumento de episódios de agitação, fadiga, problemas de concentração, irritabilidade e distúrbios de sono. Os sintomas ansiosos instigaram a um maior comprometimento funcional e social, com aumento do absentismo laboral.

A ansiedade pode ser exacerbada pelo stress associado à pandemia e o seu impacto a nível de saúde e economia podem aumentar os sintomas de ansiedade. A ansiedade pode levar a uma errada interpretação de sensações corporais, crenças disfuncionais sobre o estado de saúde e mecanismos de adaptação prejudiciais. As alterações do sono e aumento de prevalência de comportamentos de risco para a saúde são comuns em momentos de adversidades, tais como a pandemia (Nascimento et al., 2020).

Os fatores protetores mais salientados prendem-se com a divulgação de informação consistente por parte das autoridades de saúde, a pertença ao sexo masculino, a utilização de estratégias de coping e uma adesão aos comportamentos de proteção face à COVID-19, tais como a utilização de máscara. Entre a população portuguesa, os fatores protetores que mais se evidenciam são o estar em teletrabalho, ser homem, ter um tempo limitado de exposição às notícias e estar a realizar um processo psicoterapêutico que não foi temporariamente suspenso durante a pandemia (Ferreira, 2021).

As interações sociais são um dos fatores mais citados que visam o bem-estar. O suporte social é definido em Ferreira (2021, p. 5) como *“Um sistema de apoio de relacionamentos e grupos formais e informais por meio dos quais o indivíduo recebe apoio emocional, cognitivo e material necessários para dominar experiências stressantes.”* No que concerne à vivência de acontecimentos negativos, quem recebe suporte social através de interações face a face, apresenta um maior ajustamento psicológico ao longo do tempo do que aqueles que recebem unicamente interações virtuais (Ferreira, 2021).

Perante a pandemia, Gürsoy et al. (2021) evidencia que os traços alexitímicos presentes em certas características individuais, devido à incapacidade de identificar emoções, podem consequentemente incrementar maiores níveis de ansiedade nesses indivíduos, além de percecionarem maior stress que outros sujeitos. Os autores assumem que esta inabilidade pode levar a uma diminuição de perceção do stress e precipitar uma desregulação emocional, como resultado há mais casos de inadaptação das medidas de coping e mais situações de evitamento. O artigo ressalva que os traços alexitímicos são importantes mediadores da ansiedade sentida, e que em períodos de crise, em indivíduos mais suscetíveis, deverão ser aplicadas intervenções reconhecidas de suporte mental. Wang et al. (2021) enfatiza que os indivíduos com traços alexitímicos são caracterizados por emoções apáticas, evitamentos sociais frequentes e comportamentos hostis. Têm uma reduzida capacidade em controlar as emoções através das relações interpessoais e não conseguem expressar sentimentos de alegria, negatividade ou raiva. Têm uma dificuldade maior em comunicar e em comportar-se, o que declina as relações estabelecidas com os outros.

A somatização é identificada como uma componente impactante em termos de desregulação psíquica, que está associada ao constructo da alexitimia, na medida que existe numa dificuldade em experienciar, descrever e identificar emoções, com atitudes de retirada e escapismo da realidade. A somatização devido à presença de sintomas físicos, bloqueia a experiência de emoções que deveriam ser apercebidas e leva a um maior distress. A somatização relaciona-se com maiores dificuldades de socialização e apresenta maiores custos em cuidados de saúde. A somatização não deixa de ser referida como termo-chave para a ansiedade durante a pandemia (Prout et al., 2020).

Ben-Erza et al. (2021) alude à relação associativa entre a ansiedade e outras perturbações mentais com episódios de somatização mais frequentes. Huang et al. (2021) concluiu que entre os sintomas de somatização descritos, as palpitações têm sido notificadas

entre os indivíduos que tiveram COVID-19 e mais ansiedade. Shevlin e colaboradores (2020) verificaram que níveis mais elevados de ansiedade estão associados a mais manifestações de sintomas somáticos, com mais sensações de fadiga, dor e desconforto gastrointestinal. Nos indivíduos com doença pré-existente, de origem cardíaca ou pulmonar, são descritas dificuldades em distinguir a sintomatologia características da patologia da ansiedade pandêmica.

Em Pavani et al. (2021) há um apelo a que sejam formuladas mais intervenções de resposta em saúde mental no futuro, assim como uma maior sensibilização e promoção de estratégias de proteção do bem-estar psíquico, com alargamento dos serviços em saúde nesta área, para acompanhamentos mais especializados e responsivos. Yildirim et al. (2021) e Mari e Oquendo (2020) referem que o paradigma da saúde mental deve ser reformulado, após a crise pandêmica e perante as necessidades cada vez mais eminentes ao redor do globo, com doenças mentais mais proeminentes e urgentes, o cuidado com a componente psíquica, não deve deixar de ser salvaguardado. Fonseca (2020) apela à importância de criar estratégias de prevenção e tratamento, assim como criação de redes de apoio, à priori é necessário um conhecimento mais profundo da pandemia nas diversas populações, de forma a permitir encontrar causas e soluções específicas, para investigar o verdadeiro impacto existente, assim como fatores de risco, como por exemplo, o abuso de substâncias.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

A ciência tem como objeto o mundo empírico. Mediante um campo de conhecimentos a ciência correlaciona resultados e teorias, é o produto e ao mesmo tempo um processo no qual são verificadas ideias teóricas. A ciência divide-se em duas componentes: um corpo de conhecimentos teóricos que debatem princípios, leis e teorias e o método de investigação. (Fortin, 1996)

A estrutura teórica que veio dos capítulos iniciais permitiu definir o objeto de estudo, com efeito a informação analisada possibilitou o esclarecimento dos conceitos abordados na investigação e sugerem mais analiticamente qual o impacto do isolamento. Embora as informações selecionadas traduzam um esclarecimento, não são suficientes para responder à problemática da investigação em curso, ainda assim foi possível contextualizar com mais rigor o objeto em estudo.

A interligação do estudo de arte com os dados empíricos permitiu construir um modelo de análise com o propósito de clarificar a temática proposta para este trabalho. Numa interação contínua entre a valência teórica e os elementos de natureza empírica, o modelo desenhado foi construído mediante as opções metodológicas que foram tomadas.

A investigação científica tem como objetivo oferecer interpretações e explicações sobre as respectivas temáticas debatidas, com base em raciocínios lógicos e partindo sempre da observação da realidade através dos sentidos. Há uma constante preocupação em sistematizar os conceitos abordados, atribuindo um significado aos fenómenos. Os procedimentos devem assim ser claros e tornados conhecimentos para que possam ser úteis noutras análises posteriores. (Vieira, 2019)

1. Considerações Metodológicas

Neste capítulo apresentam-se os aspetos do percurso metodológico que correspondem às escolhas relativas ao desenho do presente estudo e estratégias que orientaram o seu desenvolvimento, nomeadamente, a seleção dos instrumentos e técnicas de recolha e análise de dados, o procedimento de seleção dos participantes, assim como os procedimentos legais e éticos.

A incorporação de um método científico num trabalho de dissertação permite uma sistematização da colheita de dados e uma maior credibilidade e aceitabilidade dos resultados pela comunidade científica.

O conhecimento científico é estruturado e previamente planeado, com uma finalidade devidamente estabelecida, que serve de fio condutor para o processo a seguir. Há na sua concretização uma sequência de etapas que vão sendo definidas em função da pesquisa, em consideração com aspetos éticos assertivos (Vieira, 2019).

1.1. Questão de Investigação

O procedimento metodológico apresenta numa primeira fase a “*pergunta de partida*”, também denominada questão de investigação, que deve ter como características qualidades de clareza, exequibilidade e pertinência. Deve ser clara, precisa, concisa e unívoca, pois trata-se de uma ferramenta útil na investigação que permite abordar o tema em conformidade com a realidade tal como ela é, no sentido de permitir compreender a intenção de observar fenómenos e as interações implícitas entre os mesmos (Dos Santos et al., 2019)

Segundo Dos Santos et al. (2019) a formulação da pergunta do estudo orienta a recolha da informação. Fortin (1996) refere que a interrogação explícita é relativa a um domínio que se deve explorar com a finalidade de obter novos conhecimentos. É um enunciado interrogativo que alude à natureza da população ao qual o estudo se debruça e sugere uma investigação empírica.

Oliveira e Fernandes (2020) concluíram que o respeito pelas medidas de confinamento minimiza as consequências a nível da saúde pública, porém, surgiram questões de saúde mental devido a diversos fatores inerentes ao mesmo, nomeadamente, episódios de ansiedade e somatização, foram muitas vezes, associados ao isolamento.

O aparecimento da COVID-19, segundo a norma 011/2020 da DGS (DGS, 2020), veio desafiar os alicerces que suportam as sociedades modernas. O que se tornou inquestionável foi saber como encontrar respostas em saúde mental que solucionem as necessidades que surgiram, desde as dimensões da informação e literacia, até aos planos de prevenção e intervenção. Os serviços prestadores de cuidado foram chamados a reorientar-se para determinados aspetos do seu trabalho e a reorganizar quer estrutural quer funcionalmente o modelo de intervenção aplicável.

A pertinência deste estudo relaciona-se com o desconhecimento do verdadeiro impacto provocado pela Pandemia da COVID-19 entre as populações, sendo que Afonso (2020) prevê um aumento da prevalência de distúrbios a nível da saúde mental derivados do isolamento social e profilático.

Perante este contexto, a questão de investigação determinada para este estudo foi formulada da seguinte forma: “Em que medida as pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19 manifestam sintomatologia de ansiedade e de somatização?”

1.2. Objetivos do Estudo

Os objetivos de uma investigação permitem que o processo se concretize de forma coerente. Os objetivos específicos são etapas que devem ser cumpridas para que se possa atingir o objetivo geral. Estes devem ser formulados com uma linguagem compreensiva e

precisa, devem estar conectados com o principal dilema da investigação, e devem ser factíveis de serem alcançados ao longo da pesquisa.

Os objetivos delineados que orientaram a presente investigação são os seguintes:

a) avaliar a presença de sintomas de ansiedade nas pessoas em isolamento social ou profilático devido a COVID-19;

b) avaliar a presença de sintomas de somatização nas pessoas em isolamento social ou profilático devido a COVID-19;

c) Identificar fatores de risco para ansiedade e processos de somatização nas pessoas em isolamento social ou profilático devido a COVID-19;

d) analisar a forma como as pessoas vivenciam os períodos de isolamento social e profilático e as problemáticas de saúde mental associadas;

e) identificar estratégias pessoais que as pessoas desenvolvem para lidar com o isolamento e/ou sinais e sintomas

f) identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19 e que vivenciem processos de ansiedade e de somatização.

1.3. Tipo de Estudo

Minayo define a metodologia qualitativa como

“... aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas encaradas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.” (Pinto et al., 2018, p. 31)

Dentro desta conceção, voltada para a estrutura social do fenómeno, a autora supracitada acrescenta que *“... a pesquisa qualitativa preocupa-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização”* (Pinto et al., 2018, p. 31).

As estratégias metodológicas que ancoram esta investigação traduzem uma relação indissociável entre a realidade e a subjetividade do participante. Apresenta uma natureza descritiva e através do método indutivo ocorre uma interpretação dos fenómenos e atribuição de significados. O objetivo principal é alcançar um entendimento profundo e subjetivo do objeto de estudo (Dos Santos et al., 2019)

A pesquisa qualitativa é predominantemente descritiva, em que os dados recolhidos são em forma de palavras e incluem entrevistas transcritas, notas de campo, fotografias,

depoimentos, etc. O pesquisador analisa os dados considerando a sua riqueza e forma de registo, pois toda a informação é importante na compreensão do fenómeno em estudo (Campos, 2000).

Tendo em conta os objetivos desta investigação, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, exploratório, descritivo. E na dimensão temporal é do tipo transversal, pois a recolha dos dados é realizada num só momento do tempo de pesquisa.

A investigação tem como finalidade descrever os fenómenos desencadeadores de ansiedade e de processos de somatização ao longo do período de distanciamento social. Com recurso a um estudo descritivo, ou seja, sem manipulação de variáveis, o investigador limita-se a observar os fenómenos. Os participantes foram convidados a relatar os acontecimentos que foram sucedendo, e qual a importância e significado que lhes foram atribuídos.

Reconhecer as representações de cada um destes participantes em relação ao isolamento, com o recurso à narrativa trouxe uma análise mais profunda das vicissitudes e das questões levantadas ao longo do período do afastamento social provocado pela doença. Foi possível apreender distintas vivências e perspetivas de um assunto em comum.

1.4. Participantes do Estudo

A seleção dos participantes no âmbito da investigação qualitativa adquire um sentido particular que se foca na obtenção da maior quantidade de informação possível para fundamentar o projeto de pesquisa, sendo os sujeitos selecionados mediante critérios previamente determinados (Aires, 2015).

Face à problemática em estudo e aos objetivos da presente investigação, participaram no estudo doze indivíduos, selecionados em função das suas vivências de isolamento profilático ou por doença COVID-19, todos residentes em Bragança.

Neste processo de investigação a amostra utilizada foi a de conveniência, constituída, sobretudo, por sujeitos que se demonstraram mais facilmente acessíveis ao encontro para a participação no estudo. (Fortin, 1996)

1.5. Recolha de Dados

Segundo *Bogdan e Biklen* (2010)

“... uma entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Pereira et al., 2011, p.3). A entrevista é considerada como um único método de recolha de dados, por meio do qual o investigador reúne dados, através da comunicação entre indivíduos (Pereira et al. 2021).

A entrevista é sempre utilizada para recolher dados descritivos, na linguagem do próprio entrevistado, permitindo que o investigador possa desenvolver uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam certos aspetos. Uma boa entrevista deve ser caracterizada por transcrições detalhadas e ricas em narrativas que revelam opiniões e perspetivas (Bogdan & Biklen, 2010).

Em Minayo e Costa (2018), a entrevista é referida como uma das técnicas mais utilizadas pelo investigador na abordagem do método qualitativo empírico. Esta estratégia de recolha de dados constitui-se como uma conversa a dois ou entre vários participantes e o entrevistador e destina-se a construir informações pertinentes sob um determinado domínio. Permite a recolha de informações “subjetivas” que são uma representação da realidade sob a forma de ideias, crenças, opiniões, sentimentos, comportamentos e de modos de pensar, sentir, agir e de projetar o futuro.

Na presente investigação como técnica de recolha de dados optou-se pela entrevista semi-estruturada, que combinou um roteiro de questões previamente formuladas que serviu de guião e fio condutor da entrevista (Anexo 2). Este é constituída por perguntas abertas que deram espaço a uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos assinalados.

A opção por este tipo de entrevistas deve-se ao facto de serem consideradas das mais adequadas no paradigma interpretativo, em que o carácter de abertura dada às questões permite que o entrevistado possa dialogar, porém com imposição de certos limites ao longo da temática implícita, fazendo com que haja um direcionamento ao que se deseja saber com mais profundidade (Pinto, 2018).

O guião estabelecido na entrevista semi-estruturada sugeriu uma maior aproximação ao diálogo que se focou em determinados assuntos, permitindo uma maior flexibilidade nas conversas, trazendo à superfície outros aspetos interessantes para a pesquisa, como é sugerido por Rafagnin et al. (2020).

A recolha de dados ocorreu em maio e junho de 2021. A todos os entrevistados foi solicitado o Consentimento Informado – foi avaliada a vontade de participar no estudo e após confirmada a disponibilidade foi marcada uma data num determinado espaço físico para a realização da mesma. De acordo com as circunstâncias espaciais, a entrevista foi marcada em diversos locais, de acordo com o local que seria mais aceitável para a pessoa a quem seriam recolhidos os dados. A maior parte das entrevistas ocorreram no local de trabalho do entrevistado e em estabelecimentos de restauração, como cafetarias.

Houve uma breve exposição sobre o âmbito do trabalho e dos objetivos que o contemplam. O material que consta em todas as entrevistas foi gravado em suporte áudio e transcrito na íntegra, de forma a manter o discurso inalterado e o mais autêntico possível.

1.6. Análise dos Dados

A fase de análise dos dados tem como finalidade estabelecer a sua compreensão, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões e objetivos formulados, com vista à ampliação do conhecimento sobre o tema em estudo.

A análise de conteúdo é definida como um processo simplificado na análise de entrevistas aprofundadas. Esta técnica de tratamento de material empírico no paradigma indutivo é orientada para um número razoável de entrevistas e baseia-se numa análise comparativa através da construção de tipologias, categorias e análises temáticas; descreve situações e também interpreta o sentido do que é dito (Henriques, 2014).

Para Lima (2013) a análise de conteúdo é uma técnica invocada nas ciências sociais e humanas, incluindo as ciências da educação, que procura sintetizar e reduzir a quantidade de informação disponível, para chegar a uma interpretação das principais tendências e padrões presentes nos dados.

A análise de conteúdo é uma das técnicas de análise de dados mais utilizada e adequada à análise de dados qualitativos, abrangendo um conjunto de procedimentos com o objetivo de encontrar sentidos escondidos nos discursos dos participantes quando entrevistados, permitindo agrupar o conteúdo do discurso dos participantes num conjunto de categorias de significação, com a finalidade de objetivar o mais possível esses significados (Campos & Turato, 2009).

No presente estudo adotou-se a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2009), a qual confere a possibilidade de tratar, de forma metódica, informações e testemunhos, dotados de um certo nível de profundidade e complexidade, de que é exemplo o conteúdo das entrevistas efetuadas.

Bardin (2011, p.47) refere que a análise de conteúdo consiste:

“(...) num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de receção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).”

Segundo a autora, a análise de conteúdo decorre ao longo de três fases: a pré-análise, a exploração do material e, por último, o tratamento de dados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2011).

A pré-análise consiste na operacionalização do material, organizando-o, sistematizando as ideias preliminares. A exploração do material representa a segunda fase, em que é compreendida a exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registo, considerada como a fase da descrição analítica. A terceira fase, diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e a interpretação. Nesta última etapa, os resultados são tratados e é onde é extraído o essencial, é deduzida toda a informação na análise; é o momento da reflexão e da crítica. (Vosgerau et al. 2016)

1.7. Procedimentos Legais e Éticos

A visão ética incorpora diversas etapas ao longo do processo de investigação, abrangendo não só a qualidade ética de todos os procedimentos mas também do respeito pelos princípios estabelecidos. Considerando o início do estudo até ao fim, desde a

pertinência do problema à validade dos resultados, da escolha da metodologia aos instrumentos, ao processo de coleta de dados e à divulgação dos resultados. (Nunes, 2013)

“A ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta. Para os especialistas, a ética significa a avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as ações e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade.” (Fortin, 1996, p.114)

A investigação aplicada a seres humanos pode causar danos, nomeadamente, interferir com direitos e liberdades da pessoa. Neste sentido,

“... é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito ao um tratamento justo e leal.” (Fortin, 1996, p.116).

Este estudo foi realizado no âmbito do Projeto Major - “Mental Health and COVID-19 pandemic: reactions and post-traumatic stress in people related to social isolation and infection after recovery”, em curso no CINTESIS / ESEP, coordenado pelo Professor Doutor Wilson Abreu, respeitando as opções e considerações éticas aprovada para o projeto.

Foram tidos em consideração os direitos acima mencionados e após a obtenção da anuência dos participantes, procedeu-se ao início da coleta de dados sobre a temática em questão. Os participantes foram informados à priori da coleta de dados, sobre o que o estudo tratava, tendo conhecimento de todo o processo, bem como da estratégia de coleta dos dados, com a gravação das entrevistas em suporte de áudio, sendo informados da sua destruição após análise.

Foi também assegurado que todos os dados seriam usados única e exclusivamente para fins desta investigação. Para isso, os entrevistados que foram identificados ao longo do trabalho desde o “entrevistado 1” até ao “entrevistado 12” de forma a preservar o anonimato.

2. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo irá proceder-se à caracterização dos participantes, seguindo-se da apresentação dos resultados da análise.

2.1. Caracterização dos Participantes

Para este estudo foram recrutados 12 participantes, dos quais apenas um vivenciou unicamente isolamento profilático (“entrevistado 4”); dois tiveram experiências de isolamento por infeção e por prevenção (“entrevistado 2”; “entrevistado 8”); os restantes por infeção diagnosticada de COVID-19. Estiveram em isolamento por períodos distintos, o período mais extenso durou três meses e o mais curto foi de dez dias. Em casos excepcionais, o isolamento foi mais longo devido a circunstâncias profissionais, no âmbito da saúde e pelo contato com grupos de risco. O “entrevistado 1” ficou três meses em casa por ter sido diagnosticado numa altura inicial da pandemia, quando ainda pouco se sabia sobre a doença.

Dos doze entrevistados, apenas duas situações foram consideradas isolamentos profiláticos (“entrevistado 4” e o “entrevistado 8”), com obrigatoriedade de 14 dias em casa. O “entrevistado 2” permaneceu em isolamento profilático durante dois ou três dias até realizar teste que confirmou o diagnóstico da infeção.

As idades eram compreendidas entre os 26 e os 83 anos, nove eram do sexo feminino, tinham diferentes níveis de escolaridade e exerciam profissões diferentes. Todos os entrevistados residiam na cidade de Bragança.

A grande parte dos participantes têm idades aproximadas na faixa etária compreendida entre os 40 e os 50 anos de idade. Nesta população, cinco pessoas possuem um curso superior, duas enfermeiras, uma contabilista certificada, uma professora e uma inspetora tributária. Havia também nesta amostra, uma comerciante, já reformada, duas auxiliares que trabalhavam numa instituição para idosos, um proprietário de um estabelecimento de lazer, um diretor comercial e um GNR (fora da efetividade de serviço).

No Anexo 3 apresentam-se dados gerais relativos à caracterização dos participantes no estudo.

2.2. Resultados da Análise: Domínios, Categorias e Subcategorias

Nos tópicos abaixo encontram-se os domínios, as categorias e subcategorias definidas após a análise de conteúdo das entrevistas efetuadas.

No Quadro 1 apresenta-se o resultado global da análise, organizado em termos dos domínios, as categorias e subcategorias. Os domínios definidos foram: “causas e motivos do isolamento”, “sintomas de ansiedade e processos de somatização”, “fatores de risco para a ansiedade e eventuais processos de somatização” e “vivências do período de isolamento social e profilático”.

Quadro 1: Domínios, Categorias e Subcategorias resultantes da análise

Domínios	Categorias	Subcategorias
Causas e motivos do isolamento	Motivo do isolamento	
	Natureza do isolamento	Autoridade que decretou o isolamento
	Contacto com alguém infetado	
	Conhecimento da infeção	Sintomas da infeção
	Tempo do isolamento	
	Recordações do isolamento	Preocupação predominante
Sintomas de ansiedade e processos de somatização	Ansiedade durante o isolamento	Etiologia da ansiedade
		Impacto da preocupação no dia-a-dia
		Realização das tarefas diárias programadas
		Relaxamento

		Sono
		Ajudas sociais ao longo do processo de isolamento
		Medicação prescrita para a ansiedade
	Aparecimento de outros problemas de saúde	Associação dos novos problemas de saúde com a ansiedade
	Sintomas de ansiedade	Estratégias de coping utilizadas
	Problemas do isolamento após o término do período de isolamento	
Fatores de risco para a ansiedade e eventuais processos de somatização	Isolamento vivenciado sozinho ou acompanhado	
	Receios durante o isolamento	Pertença de alguém próximo a um grupo de risco
	Manutenção dos contactos sociais através da internet ou telefone	Importância dos contactos sociais
		Sentimentos de solidão
	Consequências do isolamento a nível da remuneração e situação económica	Ajudas financeiras
	Seguimento da pandemia através de noticiários	Motivo desse seguimento

	Factor no seio doméstico de ansiedade e preocupação	Ajudas na resolução do problema no seio doméstico e resolução do problema no seio doméstico
	Problemas causadores de ansiedade após o término do período de isolamento	
Vivências do período de isolamento social e profilático	Rotina	Confeção dos alimentos
		Aquisição de bens alimentares no supermercado
		Ocupação do tempo no isolamento e atividades de lazer desenvolvidas
		Atividade profissional
		Atividade académica enquanto estudante
	Meios de saúde que acompanharam	
	Consumo de tabaco	Diferenças significativas no consumo de tabaco durante o período do isolamento
	Ingestão de bebidas alcoólicas	Diferença significativa na ingestão de bebidas alcoólicas durante o processo de isolamento
Comprometimento da realização das tarefas ao longo da experiência do isolamento	Representação geral da experiência do isolamento	

2.2.1. Domínio: Causas e Motivos do Isolamento

Categoria: Motivo do isolamento

Na altura inicial da pandemia, o entrevistado 1 recorda o momento traumatizante em que vê pela última vez o marido portador de uma doença oncológica, infetado com COVID-19 e sem saber da existência de um novo vírus, não entende o porquê de ter de abandonar a sua residência. Apesar da desolação que foi relatada ao longo deste momento, não foi explicado por nenhum profissional a presença da infeção entre o casal:

Entrevistado 1: “É uma história um pouco complicada ... eu estava bem, mas o meu companheiro na noite “em que foi embora”, foi-se deitar normalmente (...) quando cheguei ao quarto eu vi-o um pouco desfigurado, com muita tosse, os olhos parecia que iam rebentar. (...) De manhã, por volta das 7 da manhã mantinha o mesmo estado, telefonei para o IPO e disseram para o encaminhar com urgência para a cidade do Porto, foi de carro com a irmã dele, até hoje nunca mais o vi. Depois de ele ter ido para o Porto, passadas cerca de duas horas tocaram à campainha e era um enfermeiro, eu perguntei-lhe o que se passava, ele disse-me para o acompanhar, eu respondi, “mas eu não estou doente!”, ao que ele respondeu, “mas tem que me acompanhar!”. Mais tarde, entendi que tinham confirmado o diagnóstico de COVID ao meu companheiro e eu também estava infetada.”

Entrevistado 3: “O isolamento foi-me indicado porque testei positivo à covid-19 e tive que permanecer em isolamento por um período de quatorze dias. Foi o meu marido que ficou infetado.”

Entrevistado 4: “Estive em contacto com um positivo.”

Entrevistado 5: “Levei a minha mãe ao hospital em Bragança, apresentava febre, 41°C e dificuldade respiratória grave, cerca de duas horas depois fui contactada a dizer que estávamos todos em isolamento porque ela estava positiva à covid-19, entretanto realizei um teste que confirmou a infeção. Fiquei infetada no trabalho e acabei por contagiar a minha família.”

Entrevistado 6: “Porque estive em contacto com doentes que estavam com covid positivo e eu também acabei por ficar positiva.”

Entrevistado 11: “Devido a ter estado em contato com uma pessoa amiga que estava contagiada e eu acabo também por ficar positivo.”

Os participantes do estudo descrevem o contágio como uma causa conhecida, na medida em que todos os entrevistados identificaram o contacto social ou o contexto em que contraíram a doença. Os contextos do contágio foram diversos. Maioritariamente os contactos ocorreram em contexto laboral, seguidos pelos contactos sociais em convívios entre amigos e por último o contexto doméstico ou familiar.

Categoria: Natureza do isolamento

Subcategoria: Autoridade que decretou o isolamento

Dos doze entrevistados, houve duas pessoas que vivenciaram o isolamento profilático e o isolamento por infecção. Uma pessoa descreveu a experiência do isolamento profilático e nove ficaram em isolamento por infecção confirmada. Das entidades que decretaram o isolamento destacam-se a DGS e o delegado de saúde, também foram mencionadas as identidades superiores das instituições laborais, a saúde pública, a saúde 24, os médicos de família e os profissionais de medicina hospitalar.

O entrevistado 1 descreve todo o processo demorado que viveu ao longo da infecção e que foi caracterizado por diversas etapas, em que surgiram dúvidas, períodos de confusão e ansiedade.

Entrevistado 1: “Eu não sabia o que era a COVID (...) O enfermeiro levou-me até Vila Real e fiquei no hospital cerca de duas semanas (...) Voltei para Bragança, onde fiquei dois meses novamente no hospital, sem qualquer sintoma. Depois saí, mandaram-me embora para casa, onde fiquei em isolamento durante três semanas no meu apartamento. Durante três semanas fiquei em casa fechada, iam uma vez por semana a minha casa fazerem-me dois testes e passado dois dias eu telefonava ou o médico de família ligava-me para saber se estava positiva ou não.”

Entrevistado 2: “Foram dois tipos de isolamentos. O primeiro aconteceu porque os meus filhos tiveram contacto com um menino da turma que testou positivo...depois passados dois ou três dias realizamos todos na família o teste que confirmou a infecção e aí foi indicado também para mim através da DGS e do delegado de saúde. “

Entrevistado 3: “Através da DGS e também por parte dos membros superiores da instituição onde trabalho que me disseram que teria que ficar em casa a fim de evitar infectar ou estar a contagiar outros trabalhadores. Fiquei sempre em casa.”

Entrevistado 4: “Cumprir os catorze dias de isolamento em casa. Foi contactada a saúde 24 e depois posteriormente foi contactada a saúde pública que foi quem decidiu que eu devia ficar em isolamento profilático. Todos os dias teria que dar os meus parâmetros vitais e foi-me dito que faria um teste, como não tinha sintomatologia, acabei por não fazer o teste.”

Entrevistado 9: “Foi um isolamento numa casa. Sozinho, isolado totalmente, sem ter qualquer contacto, absoluto. Foi a médica do hospital onde fui fazer o teste covid.”

Entrevistado 10: “Fiquei isolada sozinha, fechada num quarto com casa de banho própria porque as pessoas que estavam comigo não estavam positivas, só estava eu. Isolei-me eu e eles ficaram nas restantes divisões. A delegada de saúde.”

Categoria: Contacto com alguém infetado

Duas pessoas descrevem contacto com alguém infetado o que terá resultado no isolamento profilático. As ocorrências destes contactos foram no local de trabalho:

Entrevistado 4: “Foi o contacto com a médica assistente do lar onde trabalho, apesar de ter sido cuidadosa e ter desinfetado todas as superfícies em comum (...) houve momentos em que só ela é que estive com máscara e eu não sei até que ponto secalhar tocou na cara e noutra sítio qualquer porque estávamos a partilhar a mesma secretária.”

Entrevistado 8: “Sim, a minha avó tinha falecido e um colega deu-me um abraço, ambos de máscara no trabalho.”

Categoria: Conhecimento da infeção (isolamento por infeção)

Subcategoria: Sintomas da infeção

A população da amostra descreve na maioria sintomatologia ligeira como por exemplo, perda de olfato, paladar, cefaleias e dores musculares. Metade dos participantes referiu ter tido febre e duas pessoas apresentaram astenia significativa com dificuldades na locomoção. Duas pessoas mencionaram ter tido falta de ar e um entrevistado sentiu falta de orientação e equilíbrio, com necessidade de ser assistido em contexto hospitalar durante um dia.

Entrevistado 1: “(...) Tinha falta de apetite, nunca comia nada, fiquei sem forças. Tinha 87 kg e perdi vinte quilos. Sei que perdi também o paladar (...) só bebia água. Eu só comecei a compreender melhor o que se estava a passar comigo quase no fim do isolamento, numa das últimas idas da enfermeira a minha casa pois sempre que ligava a televisão falava-se no vírus e foi aí que comecei a interrogar-me, “será que eu também apanhei esse vírus?”, em conversa com ela comentei sobre esse tal vírus e o que era, ao que a enfermeira respondeu “D. L. você teve esse vírus.””

Entrevistado 2: “Eu pedi para realizar teste ao meu médico porque um dos meus filhos apresentava tosse e eu ia ser vacinada contra a COVID. Em relação aos sintomas tinha uma sensação de “arranhar” na garganta e tinha falta de apetite.”

Entrevistado 3: “Soube quando realizei a primeira toma da vacina fazer da covid-19, nesse mesmo dia, testei positivo. Comecei a sentir que estava com febre, o que não era normal, pensei que fosse devido à vacina, mas não, realizei um teste rápido que confirmou que estava positiva. Passado cerca de meia hora após ter realizado a vacina comecei a sentir muito calor, fui medir a temperatura tinha 38,5°C, mas não havia mais nenhum sintoma. No final da tarde, devido à febre que estranhei fui testada e sim, tinha COVID.”

Entrevistado 5: “Através da minha mãe que apresentou teste à covid-19 positivo no hospital. Comecei a sentir falta de paladar e de olfato, tremores, tive febre, tive muitos... dores generalizadas, muita falta de ar.”

Entrevistado 6: “Porque tive que fazer o teste para rastreio. Quando fiz o teste não tinha sintomas, eu só fiz o teste de rastreio por ter estado em contacto com os doentes que estavam positivos, não tive sintomas nessa altura, só mais tarde. Passado três ou quatro dias comecei a sentir umas dores no corpo, um dia tive estive subfebril, 37,0°C e não senti mais nada.”

Entrevistado 8: “Tinha estado em contato com um amigo que nos telefonou depois a dizer que tinha COVID e contactámos a saúde 24. Nenhum, nos primeiros dias não tive qualquer sintoma. A meio do isolamento tive imensas dores musculares, nunca tive febre nem dificuldade a respirar, mas parecia que tinham andado a jogar à bola comigo e eu era a bola. Houve uma noite que não conseguia caminhar, doía-me imenso o corpo, ao caminhar em casa segurei-me nas paredes.”

Entrevistado 10: “Foram realizados testes de rastreio na instituição onde trabalho. O único sintoma que tive não associava ao COVID que era dor de cabeça intensa. Eu tenho enxaquecas, eu essa dor de cabeça estou acostumada a tê-la, também me tinham dito que

era um sintoma covid, mas eu não associei porque era numa semana em que estava menstruada e eu tenho enxaquecas nessa altura. Eu testei positivo numa sexta e comecei sábado e domingo por perder também o olfato e o paladar, de resto a dor de cabeça manteve-se com efeito tipo “bandolete”, ainda continuei sem cheiro e paladar após quinze dias de ter testado negativo.”

Entrevistado 11: “Soube depois de ter feito o teste. Apresentei alguns picos de febre inicialmente e tosse. E depois fiquei sem o paladar e o olfato.”

Entrevistado 12: “Com um teste de rastreio. No momento do teste nenhum, depois perda de apetite, cansaço, falta de ar, dor de cabeça, fiz febre, dores musculares, cheguei a perder o andar, falta de equilíbrio, não tinha orientação em casa, dentro de casa, ia do quarto para a casa de banho de joelhos, não conseguia estar de pé.”

Categoria: Tempo do isolamento

Dadas as circunstâncias específicas, e ter sido um dos primeiros casos de covid, o entrevistado 1, manteve-se em isolamento durante o maior período de todos os participantes:

Entrevistado 1: “Foram cerca de três meses.”

Entrevistado 2: “Foram três semanas de isolamento.”

Entrevistado 3: ““Foram duas semanas.”

Entrevistado 4: “Cumprir os catorze dias de isolamento em casa.”

O entrevistado 6, como profissional de saúde, ficou durante dois meses em casa, no início da pandemia, até ao segundo resultado negativo consecutivo de um teste laboratorial.

Entrevistado 6: “Estive em isolamento dois meses.”

Entrevistado 8: “No primeiro isolamento 14 dias, no segundo 10 dias (da infeção).”

Entrevistado 12: “Um mês, até passou mais um bocado.”

O tempo do isolamento assumiu valores diversificados. Um dos participantes ficou três meses em isolamento, três pessoas permaneceram em casa mais do que um mês e duas pessoas estiveram em casa cerca de três semanas. Os restantes participantes de duas semanas a dez dias. Apesar de algumas situações excecionais, os períodos de isolamento coincidem com a bibliografia encontrada dadas as circunstâncias individuais de cada um dos participantes.

Categoria: Recordações do isolamento

Subcategoria: Preocupação Predominante

O grupo inquirido manifestou alguma dificuldade em identificar a preocupação predominante. Todavia a maioria referiu grande desânimo pela perda de rotina. Alguns entrevistados referiram-se ao isolamento como uma privação de liberdade imposta pelo seu caráter de obrigatoriedade; o facto de estar só, de não poder conviver, nem sequer com os restantes membros da família; estar instalado num pequeno compartimento; o facto de sentirem as tarefas muito limitadas, a impossibilidade de prestar ajuda aos restantes

elementos com quem habitualmente convivem. Um dos participantes manifestou ainda grande desassossego por ver as suas tarefas laborais impedidas.

Outra observação foi a preocupação do contágio de outros, o medo instalou-se. O receio contínuo com o problema da proximidade de outros o que conduzia a uma limitação da ação e exigia grande autocontrolo, com atenção a todos os gestos.

Foi observado o medo da doença, os sintomas que surgiram e o receio da progressão que a mesma iria ter. Além da sua enfermidade, um dos entrevistados revelou como principal preocupação a situação clínica de um ente próximo, também infetado, mas que apresentava sintomatologia severa.

Em rigor, um grande número de entrevistados tinha dificuldade em responder, e apresentavam dúvidas em esclarecer qual a sua principal inquietação, bloqueados pela experiência que tinham vivenciado.

Entrevistado 1: “Não havia uma preocupação que fosse muito evidente, sentia-me mal, muito mal. Era a falta do meu companheiro, era as minhas filhas todos os dias a telefonar, e era eu que não estava bem. Sentia-me ansiosa e deprimida. Um dos momentos que mais recordo foi quando soube da morte do meu homem (..) Quando eu parei e comecei a pensar no que tinha acontecido, eu nunca mais tive paz. Nunca mais fui a lado nenhum, nunca mais fui à cabeleireira. Custou-me muito ultrapassar, e ainda está a custar.”

Entrevistado 2: “O que mais me preocupou foi a possibilidade de as colegas de trabalho estarem infetadas também. A minha experiência não foi boa, uma pessoa quando está em isolamento a sensação que tem é que não pode tocar em nada, não pode falar com ninguém, mesmo que possa fazê-lo, inconscientemente há sempre o medo de fazer seja o que for. Por exemplo, quando alguém me vinha trazer as compras a casa eu nunca abria a porta ao mesmo tempo que a pessoa deixava as compras, esperava que ela já estivesse longe para eu abrir a porta, tinha medo de me aproximar.”

Entrevistado 4: “Foi transmitir a infeção a alguém porque estive em contacto com um positivo (...) foi horrroso.”

Entrevistado 5: “O que mais me preocupou foi a minha mãe porque estava em cuidados intensivos; e depois o facto de eu ter abortado. Fui submetida a um aborto programado, ainda na altura do isolamento, devido a um problema ginecológico que tenho. Soube que estava grávida pouco tempo antes de ficar isolada...senti muita angústia, frustração, muita tristeza...”

Entrevistado 6: “No primeiro mês como eu não tinha sintomas nenhuns, a não ser aqueles três ou quatro dias que só senti aquelas dores ligeiras e estive subfebril (..). Ao fim de mais ou menos um mês, comecei com sintomas, com outras alterações a nível do peito, sentia a garganta mais inflamada (...) ficava preocupada porque não sabia o que ia acontecer. Com o tempo foram diminuindo, ainda agora os tenho, mas muito mais diminuídos, mas mantêm-se. De tudo, acho que me lembro de tudo, de tudo o que vivi todos os dias! Foi muito tempo, foram dois meses passados sempre em casa, foram passados com muita intensidade!”

Entrevistado 7: “Fiquei preocupado pelos sintomas que apresentei, pela febre, que temi que aumentasse mais, e receei ser internado, por exemplo, mas passados quatro dias começaram a desaparecer esses sintomas e fiquei bem o resto do tempo em isolamento. De querer sair de casa para ir trabalhar e não conseguir!”

Entrevistado 8: “A respiração ... o ventilador, ainda por cima fumo! É horrível estar fechada, (...) estar fechada por obrigação é horrível, mas não saímos para nada. Saí uma vez para ir pôr o lixo no contentor, de máscara e luvas e foi à uma da manhã para não haver contato, a probabilidade de me cruzar com alguém era mínima. Lembro-me de ficar apreensiva se passaria a consoada em confinamento, felizmente tive alta dia 23 de dezembro.”

Entrevistado 11: “O que mais me preocupou foi mesmo estar fechado dez dias em casa, claro que é diferente. Mas não houve, apesar disso grandes preocupações, teve que ser, e uma pessoa acaba por aceitar isso (...) o receio que houve, mais no final, foi a aproximação da consoada. Fiquei apreensivo se passaria o natal na mesma situação, sem poder estar com ninguém, o que depois felizmente acabou por não acontecer e fiquei bastante aliviado.”

Entrevistado 12: “Os meus pais, foi o que mais preocupou. Não ficaram contaminados, mas eu cuidava dos meus pais e eles ficaram sem serem cuidados por mim (...) Durante a minha doença também fiquei muito preocupada com eles, e mesmo depois de ficar novamente negativa, demorei a voltar lá. Perdi muita memória, perdi vontade, disposição e iniciativa, perdi isso tudo, ainda hoje tenho essas sensações, de que ainda estou nessa situação.”

2.2.2 Domínio: Sintomas de Ansiedade e Processos de Somatização

Categoria: Ansiedade durante o isolamento

Subcategoria: Etiologia da ansiedade

Ao longo do isolamento foram verificados numa maior parte dos entrevistados vários estados emocionais que culminaram numa situação de preocupação excessiva devido a etiologias distintas. Um dos entrevistados que se encontrava em processo de luto, pelo falecimento do cônjuge por COVID, expressou sentimento de abandono e de desinteresse pela vida. Houve a negação da doença, sem que isso resultasse numa diminuição da angústia. Outros anteciparam o sofrimento perante o desconhecimento de uma doença ainda pouco estudada. Foi observado que por vezes, o sentimento de solidão no isolamento acabou por ser mais forte que a própria doença, o receio de contágio de outros; a existência de outras patologias de risco como um fator de complicação. Mais do que a sintomatologia, foi narrado que o afastamento dos familiares e o estado clínico do mesmos foi um aspeto causador de ansiedade. Um dos participantes descreveu como fator de sofrimento a realização contínua de testes PCR para deteção do vírus. A falta de rotinas foi marcante, mas houve participantes que souberam criar estratégias de coping a fim de ocupar o tempo de forma estruturada, fazendo coisas úteis e agradáveis. Um dos indivíduos descreveu que a par da sintomatologia medianamente gravosa, o que mais o perturbou foi o facto de não poder ir trabalhar, tendo fechado as portas do seu estabelecimento comercial.

Entrevistado 1: “Preocupava-me tudo e estive sempre ansiosa desde a morte do meu companheiro, até porque a vontade de comer nunca foi nenhuma. Uma das recordações que mais tenho presente era estar à janela, na minha rua há uma escola e via passar as pessoas e eu ficava a pensar “porque é que agora não posso sair à rua?”, senti-me muito desorientada e angustiada, e “o estar sozinha”, sem ninguém me dar a mão também não ajudou, senti-me muito sozinha.”

Entrevistado 2: “Senti-me muito ansiosa. Muito. Eu costumava dizer que até ao fim da primeira semana até saber o resultado do teste das minhas colegas não consegui estar doente. Estava doente, mas não podia sentir-me doente. Só depois é que eu me dei ao “luxo” de poder ficar doente. As minhas preocupações foram essencialmente o desconhecido. O não saber o que era o normal, das reações e dos sintomas, se aquele sintoma fazia parte ou não dos sintomas listados da doença (...) o receio constante, se seria o meu “fim”. Tive o receio de morrer e mesmo com os próprios filhos, morreremos.”

Entrevistado 3: “Senti-me ansiosa na medida em que me interroguei quando iriam passar as dores e por não saber quanto tempo iriam durar, o não saber se as dores iriam realmente passar, se iria voltar ao meu estado normal. O medo de não saber nada e ser tudo novo para mim. A minha principal preocupação era não transmitir ao meu filho, o que aconteceu. Fiquei eu infetada juntamente com o meu marido, o meu filho (...) voltou a repetir teste e deu negativo. Essa foi a minha principal preocupação (...) senti a preocupação constante de saber se o resto da minha família, o pai e a minha mãe estavam bem, o não poder ajudar custou-me.”

Entrevistado 5: “Senti-me sempre muito ansiosa, sempre. Receosa, muito angustiada, tudo. Preocupação pela minha mãe, erámos nós, eu e o meu marido que também acabou por ficar infetado, o meu pai e o meu irmão que estavam na casa deles também doentes. E o depois? Porque o COVID deixa sequelas.”

Entrevistado 6: “Só fiquei mais ansiosa quando estava com esses sintomas, porque de resto acabei por gerir muito bem e os filhos ajudaram. Fiz isolamento em casa, nunca saí, mas em casa circulei sempre, claro que com as devidas precauções, eu andava sempre de máscara em casa (...) na altura da gente meter-se no quarto, mas eu não o conseguia fazer, até por causa dos miúdos. E já assim foi horrível. Era de facto, sempre que me diziam que ia fazer o teste, fiz cerca de nove testes durante os dois meses.”

Entrevistado 7: “Fiquei um pouco, principalmente por motivos financeiros, o estar sem ganhar dinheiro acho que foi a minha principal preocupação.”

Entrevistado 11: “Passei o isolamento com a minha companheira o que acabou por facilitar todo esse processo, creio que se tivesse passado essa temporada completamente sozinho teria sido mais duro, não notei que tivesse ficado mais ansioso, para dizer a verdade, a não ser aqueles últimos dias e a incerteza da data do fim do isolamento.”

Entrevistado 12: “Eu sou ansiosa por natureza, por isso o que senti, sinto hoje e senti ontem. Por ser ansiosa é provável que tenha agravado mais um bocadinho. Quando soube o resultado do teste fiquei bastante nervosa devido aos meus problemas de saúde; (...) Também tinha muito medo que se chegassem a mim, o meu marido e os meus dois cãesinhos. Vivia fechada no meu quarto, só quando o marido saía é que lá ia eu, de joelhos com o desinfetante na mão. Passei um mau bocado. Quando o meu marido começou a trabalhar novamente, depois de ter sido levantado o isolamento de prevenção dele, senti-me só e uma ansiedade muito grande também; fiquei sozinha e não me sentia segura (...) eu cheguei a ligar-lhe durante a noite (para o quarto do lado) porque me sentia mesmo insegura, quando foi trabalhar senti-me mal.”

Subcategoria: Impacto da preocupação no dia-a-dia e tarefas diárias realizadas

Entrevistado 1: “Não conseguia nem pensar. O meu dia-a-dia era chorar aqui, chorar além. Sentava-me, bebia um copo de água, andava sem vontade de viver. Não fazia nada, só pedia a Deus que me levasse para ao pé dele. Não queria ficar, era também a falta que sentia do meu homem.”

Entrevistado 2: “Ficava muito “acelerada”, os batimentos cardíacos muito acelerados, por conta de estar constantemente preocupada comigo e com os meus filhos e marido. Não tinha nada programado, era um dia de cada vez e não acordava a pensar no que ia fazer, simplesmente não planeava nada, víamos televisão.”

Entrevistado 5: “Tudo, eu não saía da cama, passei os dias a chorar, até que o meu médico de família viu o que se estava a passar e deu-me uma ajudinha... eu lembro-me que fazia a cama e já não podia fazer mais nada, já estava cansada, não tinha mais forças e custava-me muito respirar.”

Entrevistado 6: “...tinha outros trabalhos que podia perfeitamente fazer em casa, online, e isso também me ajudou um bocado a distrair-me e acabei por ter o tempo um bocado preenchido com os alunos. Acabou por ser um isolamento um bocadinho produtivo.”

Entrevistado 9: “Limitou-me a tudo, não podia fazer o dia-a-dia... estava isolado ali num espaço e não podia fazer mais nada, não podia.”

Na amostra em estudo é possível observar que houve impactos consideravelmente diferentes perante a experiência de isolamento e a doença. Verificou-se que em doentes com sintomatologia mais gravosa há um impacto e uma preocupação maior no dia-a-dia, dado que o facto de não conseguirem realizar as tarefas devido à falta de forças e a problemas respiratórios é uma condicionante. Para outros, mais do que a limitação a nível dos sintomas de COVID foi o isolamento em casa e para alguns também a falta de aceitação da doença, o que os impedia de organizar e estruturar o dia-a-dia.

Um dos participantes, apesar dos sintomas não serem significativos, entrou num estado depressivo e desolado, pelo processo de luto do companheiro que estava dificultado. Por outro lado, houve quem fizesse tarefas laborais online e outros aproveitaram para ler e criaram rotinas.

Subcategoria: Relaxamento

A maior parte da população da amostra refere que teve dificuldades em relaxar. Uma pessoa refere que o facto de estar confinada a uma área física muito restrita impediu o desenvolvimento de sentimentos de tranquilidade, outro entrevistado sentiu-se incapacitado em relaxar, devido à falta de horários e à uniformização das tarefas ao longo do dia, acabou por não planear horas definidas de descanso e descreveu fraca motivação e concentração para a realização de tarefas. Um outro indivíduo sublinhou que a preocupação sentida ao longo do tempo acabou por desaparecer.

Entrevistado 1,2,3: “Não conseguia relaxar...”

Entrevistado 6: “Conseguia, por incrível que pareça, mesmo com os sintomas...”

Entrevistado 9: “Havia momentos em que sim, conseguia relaxar.”

Subcategoria: Sono

Entrevistado 1: “De dia não dormia, à noite com os comprimidos dormia, mas muitas vezes acordava de noite e chorava. Depois levanta-me de manhã e punha-me a olhar para a casa, “mas o que eu faço aqui?”, passei um bocado muito mal.”

Entrevistado 2: “Não, ainda hoje não tenho um sono repousante. Ansiedade acalmou, mas o sono continua igual.”

Entrevistado 3: “Não, devido à tosse que foi intensa fez com que tivesse diversas noites sem dormir, tive que me sentar e passar a noite sentada. Tive que recorrer a medicação forte para acalmar as dores que tinha e a tosse.”

Entrevistado 6: “Conseguia, por incrível que pareça, mesmo com os sintomas, mas tomava comprimido para dormir, principalmente quando tinha os sintomas. Tomava o lorenin.”

Entrevistado 11: “... nas primeiras noites devido aos sintomas, a febre e a tosse não conseguia dormir muito bem, mas com o passar da doença, foi possível dormir e descansar bem.”

As entrevistas descrevem diferentes causas que dificultaram um sono de qualidade, entre as quais a sintomatologia da doença e a presença de sentimentos de intranquilidade/angústia. Uma entrevistada referiu uma grande inquietude e solidão que não permitiam um sono tranquilizante e que costumava despertar à noite com frequência. Três pessoas descreveram sintomas físicos entre os quais, tosse intensa, dores fortes e febre que perturbaram o sono. Um entrevistado descreve uma sensação de “sufoco” durante a noite que impedia o sono. Para adormecer, um indivíduo da amostra recorria à toma de medicação ansiolítica. Um entrevistado descreve que as dificuldades em ter um sono repousante se mantinham ainda após o término do isolamento.

Subcategoria: Ajudas sociais ao longo do processo de isolamento

Entrevistado 1: “(...) porque estava convencida que o meu médico me fosse ajudar, e sempre lhe disse que não estava bem, nunca ninguém foi lá a casa mesmo após ter falado das minhas preocupações com ele. Não senti que tivesse tido algum tipo de ajuda no isolamento, nem mesmo dos profissionais de saúde... Não me foi prescrita nenhuma medicação em particular, os comprimidos sempre foram os antigos. Não tive ajuda de ninguém, a minha casa ninguém ia, tinham medo. Não houve ninguém que me desse um alívio.”

Entrevistado 3: “Foi partilhando com o marido, com os amigos que me telefonavam, com os familiares, era uma forma de gerir a minha ansiedade e a preocupação em saber se todos aqueles que me rodeavam no meu trabalho estavam bem. A parte médica foi excelente (...) A família, os meus pais, e o facto de não poder sair, contei com apoio dos meus amigos e com a ajuda deles.”

Entrevistado 4: “Não, com quem é que eu haveria de falar? Só com o meu marido, e mesmo os diálogos eram escassos devido aos cuidados que tivemos. Não tive nenhuma ajuda...”

Entrevistado 6: “Falava todos os dias e ajudava bastante. Com a médica de família porque me ligava todos os dias, falava com o colega da saúde pública que me ligava todos os dias. E depois o que me ajudou foi também a família, os primos e isso ajudou de facto, sem sombra de dúvidas...”

As ajudas sociais durante o isolamento contribuíram para uma maior sensação de bem-estar. Foi descrita a partilha de preocupações com profissionais de saúde, familiares, colegas de trabalho e amigos.

Porém, cerca de metade dos participantes não tiveram qualquer tipo de acompanhamento ou ajuda social significativa, nestes casos verificaram-se sentimentos de desolação mais comuns. Dois dos entrevistados preferiram não partilhar os seus anseios com os entes próximos, por opção pessoal, com a intenção de não causar preocupação. Um entrevistado descreve que apenas após o levantamento do isolamento houve uma expressão de desabafo e de interação social. Outra pessoa, descreve que aguardou impacientemente por ajuda médica e seguimento por psiquiatria, porém nada acabou por acontecer, as pessoas amigas não se aproximavam com o medo da doença, os sentimentos de solidão foram agravados.

Subcategoria: Medicação prescrita para a ansiedade

Duas pessoas da população inquirida tiveram que ser medicadas para a ansiedade. As indicações terapêuticas foram realizadas em ambas as situações pela médica de família. Um dos participantes aumentou a dosagem de victan (ansiolítico) e outro iniciou medicação antidepressiva e ansiolítica diária, com a introdução de diversos comprimidos.

Entrevistado 3: “Só tomei medicação para as dores, a ansiedade começou a ficar mais controlada à medida que os dias foram passando.”

Entrevistado 5: “Foi-me prescrita muita medicação, nomeadamente fluoxetina e mais quatro comprimidos que não me lembro dos nomes. Faço seis comprimidos por dia, para a ansiedade e para me ajudar a dormir. Foi a médica de família que receitou.”

Entrevistado 9: “Só me foi prescrita medicação mesmo para a doença, para a ansiedade não.”

Categoria: Aparecimento de outros Problemas de Saúde

Subcategoria: Associação de novos problemas de saúde com a ansiedade

Entrevistado 1: “Quando ficava mais aflita, pedi muitas vezes que Deus me levasse e senti vontade de me deitar da janela abaixo... Sentia-me também muito deprimida, perdi a vontade de viver. Ainda hoje pergunto-me o que estou cá a fazer (...) Emagreci, perdi vinte quilos, perdi muita força e foi por isso que no fim do isolamento contratei uma senhora para me ajudar nas tarefas de casa.”

Entrevistado 2: “Senti as taquicardias que também está relacionado com a ansiedade. Eu por norma não tinha taquicardias, essa ansiedade é que veio gerar esse problema. Também tinha respiração ofegante e suores, mas associava tudo isso à covid, o facto de já ter a infeção e isso pertencer também ao quadro de sintomatologia. Já não me sinto ansiosa como me sentia, mas a respiração ofegante ainda se mantém.”

Entrevistado 4: “Eu febre nunca tive, mas houve uma altura que eu já não sabia se era psicossomático, o que pode acontecer. Houve uma altura em que eu senti sibilância ao respirar e cheguei a ter tosse, também senti dores de garganta, mas eu já não sabia se era psicossomático ou não, eu quero acreditar que sim. Não senti que houvesse relação significativa com a ansiedade.”

Entrevistado 8: “No primeiro isolamento tinha muitas dores de cabeça e assim que soube que o resultado era negativo as dores de cabeça desapareceram.”

Entrevistado 9: “Se calhar havia momentos em que me parecia que me faltava o ar, possivelmente teria a ver com a ansiedade, não era um sintoma muito grave, mas tive. Não sei, havia momentos em que ficava muito angustiado e preocupado, mas não faço uma relação entre a ansiedade e a doença.”

Entrevistado 12: “Senti muita falta de ar, muito cansaço, choro, só chorava. Fazia as coisas e depois ficava na dúvida se as tinha feito, houve uma vez em que a minha mãe levou-me uma coisa, daí a uns dias perguntou-me se tinha gostado e eu neguei, não me lembrava, depois é que a encontrei e liguei-lhe a pedir desculpas. Ainda ontem ia a conduzir e senti um vazio muito grande na minha cabeça, eu via, mas para mim havia alguma coisa de estranho na minha cabeça, tive que encostar e estar ali um bocado para voltar ao sítio, não sei se foi da doença.”

Ocorreu um aparecimento de problemas físicos e psíquicos distintos associados à ansiedade. Dentro da sintomatologia física foi descrita perda de peso e de força, taquicardias, dores de cabeça e falta de ar, os sintomas psíquicos presentes foram desespero, humor depressivo, inquietação, falta de concentração e esquecimentos frequentes. Dois participantes que experienciaram isolamento profilático descreveram a possibilidade de terem sentido sintomas psicossomáticos, entre os quais, sibilância ao respirar, tosse, dores de garganta, um dos casos refere que o conhecimento do teste COVID com resultado negativo culminou com o desaparecimento das dores de cabeça sentidas até então. Também é relatada sintomatologia que não cessou na altura do término do isolamento, respiração ofegante e “uma sensação de vazio” incapacitante; contudo, os intervenientes não fazem uma associação destes últimos sintomas com a ansiedade.

Categoria: Sintomas de ansiedade

Foram presenciados sintomas de ansiedade com severidade distintas, apenas cinco participantes referem não ter tido sintomas de ansiedade. Três entrevistados exprimiram sentimentos de irritabilidade, um dos quais, sentiu inquietação, fraca concentração e sono perturbado. Os restantes participantes referem sintomas físicos de maior gravidade entre os quais, perda de cabelo, perda de peso, tremores, taquicardias e palpitações, um dos casos teve um episódio de síncope associado ao excesso de stress.

Entrevistado 1: “A queda de todo o meu cabelo foi algo novo para mim e a perda de peso. Tremia, ainda hoje, e sentia o coração a bater com força.”

Entrevistado 2: “Apenas as taquicardias que referi e que penso que têm origem na ansiedade durante o confinamento.”

Entrevistado 5: “Tive tremores, cheguei a desmaiar uma vez no isolamento com a ansiedade, quando soube que a minha mãe estava nos cuidados intensivos, foi o meu marido que me ajudou, depois acabei por me acalmar. Sinto que ando mais despistada, muito mais distraída, as pessoas falam para mim eu não estou a ouvir.”

Entrevistado 8: “Irritação, tudo me irritava.”

Entrevistado 12: “Eu penso que a falta de ar e o cansaço agravavam com a ansiedade, o coração batia com força e depois parava, parecia que o coração me saltava pela boca, entretanto a médica depois pediu-me para fazer exames por causa desses batimentos.”

Subcategoria: Estratégias de coping utilizadas

Entrevistado 1: “Senti que até podia haver alguma medida que me pudesse aliviar da ansiedade, mas eu não tinha como o fazer, está a perceber? Nada, absolutamente nada. Senti-me constantemente mal.”

Entrevistado 2: “Senti que até podiam existir essas medidas, mas da minha parte não fiz o contacto para que realmente acontecessem. A partilha de informação, um telefonema de um amigo, do pai e da mãe, o facto de conversarmos, eu e o meu marido, ajudou.”

Entrevistado 11: “Acabou por haver momentos a dois que me foram abstraindo de estar isolado, claro que depois passados x dias começou-se a notar mais alguma impaciência, mas houve tarefas que ao longo da nossa vida normal não temos tempo para fazer, e então aproveitamos para as fazer, como ver séries e filmes que tinha vontade de ver há já algum tempo.”

Os participantes que souberam implementar estratégias de coping apresentaram sintomas ansiosos mais diminutos. Relatam que a implementação de horários e a criação de uma rotina foi um contributo para que o isolamento fosse mais facilitado e produtivo. Houve quem aproveitasse para realizar tarefas dada a possibilidade de ter mais tempo vago; a comunicação interpessoal, acompanhamento e o esclarecimento de dúvidas por profissionais de saúde também foram aspetos que auxiliaram. Um dos participantes descreve que o cuidar das plantas e dos animais domésticos permitiu momentos de lazer e de distração.

Contudo, mais de metade da amostra não adotou medidas que contribuíssem para um alívio da ansiedade, muitos não souberam como direcionar ou adquirir conhecimentos para um bem-estar maior. Foi possível verificar que a consciencialização sobre a importância desta temática não estava devidamente esclarecida entre os intervenientes.

Categoria: Problemas do isolamento após o término do período de isolamento

Muitos dos entrevistados que demonstraram índices de ansiedade mais relevantes continuaram a ter problemas relativos ao isolamento mesmo após o seu término.

Foi possível concluir que há diversos fatores que dificultaram uma transição harmoniosa da hospitalização domiciliária ao regresso à rotina. Pelo menos três pessoas descreveram que o medo de contrair novamente a doença intensificou-se, com grande anseio de voltar a sair de casa e de frequentar sítios com aglomerados significativos de pessoas. A sintomatologia apresentada em casa manteve-se por longos períodos, com taquicardias recorrentes, falta de apetite, respiração ofegante e ansiedade. Houve sintomatologia menos intensa, como cansaço que em parte causou apreensão ligeira. Alguns fatores dificultaram uma recuperação súbita, um dos familiares de um participante adoeceu gravemente com a infeção e um cônjuge faleceu também vítima da doença. Outro participante descreveu que as preocupações económicas foram sentidas durante muito mais tempo devido à falta de rendimentos no seio familiar.

Entrevistado 1: “Continuaram até porque o meu médico advertiu que devia continuar a ter muito cuidado ao sair de casa, que podia voltar a apanhar o vírus. Após me ter dito aquilo eu fiquei sempre em casa (...) Eu nunca mais saí, tive uma empregada em casa nos primeiros tempos enquanto eu não fiquei melhor, ficava comigo durante a noite e levava-me o lixo que eu nunca mais saí para lado algum.”

Entrevistado 2: “Não terminaram. Ainda hoje ainda não recuperei bem disso porque é traumatizante uma pessoa ficar assim fechada em casa, e saber que estávamos todos infetados também não foi fácil. Não sabíamos o que era. Eu hoje tenho mais medo (...) a respiração ofegante que ainda persiste como já referi. A nível da ansiedade de vez em quando tomo um victan, tem mesmo que ser, ajuda para me acalmar, mas passar por completo não passou, ficaram sequelas.”

Entrevistado 3: “Terminaram, regresssei bem ao meu trabalho. Estou bem, quer em termos de ansiedade, quer me termos de trabalho, quer no meu dia-a-dia. Acabei por superar essa situação.”

2.2.3. Domínio: Fatores de Risco para a Ansiedade e Eventuais Processos de Somatização

Categoria: Isolamento vivenciado sozinho ou acompanhado

Quatro indivíduos passaram o isolamento sozinhos e duas pessoas estiveram sozinhas numa primeira fase da doença e depois juntamente com o cônjuge, após este ter também ficado infetado. Os restantes participantes partilharam o meio doméstico com os membros familiares. Houve cinco pessoas que ficaram limitadas a uma só divisão da casa durante o período total ou parcial do isolamento.

Entrevistado 3: “Fiquei com o marido e com o filho. Tentamos pelos três separar rotinas e espaços, sempre com a distância de dois metros entre os três, com a utilização de máscara. O meu filho utilizou sempre luvas e duas máscaras, tentava separar sempre nas refeições a loiça e a roupa ia para um sítio separado, foi tudo devidamente estruturado para que não ficasse contaminado que era o nosso grande objetivo. Eu e o meu marido erámos os únicos com a doença. “

Entrevistado 6: “Com os filhos, que estiveram sempre negativos. Só eu é que fiquei positiva. No início, antes de eu ficar positiva porque já era a terceira vez que eu fazia o teste (quando fiquei positiva, os anteriores foram sempre negativos) mas já nessa altura quando ia para casa, já tinha determinados cuidados, já usava máscara em casa (...)”

Entrevistado 10: “Fiquei sozinha numa divisão, marido e filha nas restantes divisões.”

Entrevistado 11: “Passei com a companheira que também estava infetada, tínhamos a casa toda só para nós, a restante família ficou noutra casa separada em isolamento profilático, bem e sem qualquer sintoma.”

Categoria: Receios durante o isolamento

Subcategoria: Pertença de alguém próximo a um grupo de risco

Quatro pessoas referem não ter qualquer pessoa próxima pertencente a um grupo de risco. Seis pessoas têm familiares pertencentes a grupos de risco, porém evitaram o contacto pessoal durante a fase pandémica.

Entrevistado 2: "Tive o receio de morrer e mesmo com os próprios filhos, morreremos. Os meus sogros pertencem aos grupos de risco, mas nunca mais lá fui desde que começou tudo isto, só contacto por telefone. Não havia mais perigo nenhum de infetar mais ninguém."

Entrevistado 3: "A minha mãe tem grandes comorbilidades, daí que tive algum receio e houve medo de a ter infetado, ia a casa dela sempre com máscara e também ficou em isolamento profilático."

Entrevistado 5: "Sim, a minha mãe, que pertence a um grupo de risco e acabou por ter a doença também."

Duas pessoas tiveram contato próximo com familiares pertencentes a grupos de risco; numa situação houve contágio e desenvolvimento de doença com sintomatologia grave. Noutra situação, a familiar ficou em isolamento profilático na sua habitação, assintomática.

Categoria: Manutenção dos Contatos sociais através da internet ou telefone

Subcategoria: Importância dos contatos sociais

Apenas uma pessoa negou o contacto social e preferiu não partilhar vivências no isolamento. Todos os restantes participantes contactaram com amigos e familiares próximos o que facilitou a experiência do isolamento.

Entrevistado 1: "Contatei com as minhas filhas, elas ligavam-me todos os dias."

Entrevistado 2: "Sim, com colegas de trabalho, que não digo que são colegas de trabalho são amigos. Entretanto, descobri que tinha mais amigos na altura do isolamento, senti suporte de pessoas que não estava à espera. Mantive contacto também com alguns familiares, não contei a toda a gente da família, limitei-me apenas alguns membros também para não causar medo."

Entrevistado 10: "Sim, foram muito importantes, falava todos os dias com a minha família e tive suporte dos amigos, fazíamos vídeo chamadas para ver como estávamos e falávamos muito."

Entrevistado 12: "Sim, sempre. Às vezes até ficava esgotada, estava esgotada de tanto telefonema porque me sentia muito cansada constantemente, aborrecia-me facilmente. Mas tive suporte e muitos amigos do meu lado, agora fico feliz por ter sentido apoio."

Subcategoria: Sentimentos de solidão

Duas participantes tiveram uma experiência de isolamento sozinhas referem que sentiram sentimentos de solidão demarcados e contínuos durante o isolamento. Um entrevistado refere que quando ficou sozinho no quarto durante a infeção, após a recuperação do cômjuge, sentiu-se mais desolado.

Todos os anseios que foram sentidos por um dos entrevistados dificultaram a valorização dos contatos sociais que foram estabelecidos, com numerosos telefonemas ao longo dos dias; depois da conclusão do isolamento refletiu sobre a importância que tiveram.

Entrevistado 2: “Os contactos que mantive foram importantes, senti apoio para viver o dia-a-dia de uma forma melhor mesmo com os limites que havia.”

Entrevistado 5:” “Senti-me muito sozinha, principalmente quando fiquei sozinha no quarto.”

Entrevistado 6:” “Não sou aquela pessoa stressada. Recebia flores, eram sobremesas, recebia “miminhos”, e isso é claro que me ajudou muito!”

Entrevistado 12: “Sim, é bom sentir esse apoio, mas na altura não vi a importância que teve depois.”

Categoria: Consequências a nível da renumeração e situação económica e ajudas financeiras

Subcategoria: Ajudas financeiras

Entrevistado 1: “Não teve qualquer influência, mas as minhas filhas da Alemanha enviaram algum dinheiro para minha segurança para a minha conta nessa altura.”

Entrevistado 7: “Sim, muita. Não tive nenhum apoio por parte do estado. Houve alturas em que me foi facilitado o não pagamento da renda do café, de resto mais nada.”

Entrevistado 10: “Teve, lógico que sim, porque mesmo uma baixa nunca é paga a 100% porque não nos é pago o subsídio de alimentação nem o de turno, são 200€ e esse valor numa economia familiar faz sempre diferença.”

Quase metade dos inquiridos viram os rendimentos salariais reduzidos devido à infeção por covid-19.

Após o isolamento um dos inquiridos acabou por ficar mais tempo em casa com baixa médica, o que minimizou os ganhos laborais. Outro participante durante a doença, com o encerramento do seu estabelecimento comercial, não teve possibilidade de obter rendimentos ao longo desse período; o que apontou ser a causa principal de ansiedade vivida. Acrescentou também que as ajudas financeiras atribuídas pelo estado não foram suficientes.

Categoria: Seguimento da pandemia através de noticiários

Subcategoria: Motivo de aproximação ou distanciamento da pandemia através do noticiário

Entrevistado 1: “Segui os noticiários, muito mesmo. Sentia-me muito mais ansiosa, não só por mim, mas pelas pessoas de que gosto e pelo perigo que corriam, ficava muito assustada com os números diários que anunciavam continuamente. Era a única coisa de que se falava na televisão, por isso não tive outra opção.”

Entrevistado 2: “No início prestava muita atenção, mas desde o momento que fiquei infetada nunca mais me interessei muito pelos números. Não com a mesma força que tinha até ali. Pensei, olha já está. Deixei de me interessar, mudava sempre de canal. Acabei por me distanciar. Ainda hoje.”

Entrevistado 5: “Sempre segui, logo de manhã, também ajudou à minha ansiedade. O que mais aumentou a minha ansiedade foram os casos de intensivos, tínhamos sempre receio da garantia do lugar da minha mãe nos intensivos, o saber que nessa altura o hospital estava quase lotado e não havia quase vagas. “

Entrevistado 6: “Acabava por ter uma curiosidade em saber como é que as coisas estavam, mas depois cheguei a uma altura em que desliguei um bocado. Porque já era tanta coisa, tanta informação e o facto de eu estar a viver aquilo acabei por me distanciar. Mas via sempre o número de casos diários para ver se realmente as coisas estariam a ficar melhores ou não.”

Entrevistado 12: “Acompanhei sempre, porque tinha a TV para me fazer companhia, mudava de canal e era sempre isso, “e afinal não sou só eu...”, foi o que pensei, também acabou por ajudar porque pensei que não era só eu!”

Três inquiridos prefeririam distanciar-se dos noticiários durante o período obrigatório em casa. Um dos participantes sentiu um desinteresse sobre as notícias a partir do contágio, outro afastamento aconteceu devido à sobrecarga sentida de informação sobre a pandemia transmitida na televisão, e ao facto de ter vivenciado essa realidade simultaneamente. Houve a preferência em assistir a programas com conteúdos diferentes.

O resto dos intervenientes viu sempre os noticiários com muita frequência por interesse em saber a evolução da doença. Duas pessoas referem que este aspeto contribuiu para a ansiedade; pelo medo que outras pessoas próximas ficassem infetadas devido ao número expoente de contágios diários. A falta de camas nos cuidados intensivos intensificou o medo, numa altura em que um familiar estava numa destas unidades, em luta contra a doença.

Por outro lado, o ler sobre a doença contribuiu para um esclarecimento e atenuou o medo. O saber que havia mais pessoas na mesma situação de doença/isolamento ajudou também na superação da ansiedade.

Categoria: Fator no seio doméstico de ansiedade e preocupação

Subcategoria: Ajudas na resolução do problema no seio doméstico

Não houve nenhum fator no seio doméstico de ansiedade e preocupação relevante que tivesse sido identificado. Para além, do perigo de contágio ou de agravamento da doença para outros membros familiares, todos os participantes descreveram um ambiente em casa harmonioso e de entreajuda. Em três casos verificou-se uma preocupação comum de transmissão do vírus no seio familiar, mas que com a implementação dos devidos cuidados acabou por não acontecer. Uma das pessoas entrevistadas ficou privada de cuidar dos pais que habitavam outra casa, o que causou uma preocupação contínua.

Entrevistado 2: “Os filhos, apesar de saber que nas crianças não agrava tanto tinha sempre medo. Falava com a médica de família. O ambiente em casa foi sempre de entre-ajuda, felizmente.”

Entrevistado 5: “No meu seio doméstico não tive problema nenhum. O meu marido foi cinco estrelas, ajudamo-nos todos.”

Entrevistado 6: “Não, a única preocupação era que os meus filhos não estivessem infetados. No início lia muitos artigos, e depois começaram a chegar à conclusão que a partir do décimo dia a partir daí já não havia perigo de infeção. Lembro-me que passadas três semanas tive um teste negativo (...) Portanto logo que tive o primeiro negativo, deixei de andar com máscara.”

Entrevistado 8: “Eu estava muito irritada, quando uma pessoa fica tanto tempo fechada com outra é normal haver mais desentendimentos, discutimos algumas vezes.”

Subcategoria: Resolução do problema no seio doméstico

Entrevistado 2: “A única pessoa que nos podia ajudar a nível de sintomatologia era a médica de família, era com ela que íamos falando. A nível psicológico também me ajudaram muito os amigos e os meus pais que telefonavam. Nunca foi perguntado se queríamos um psicólogo ou um outro profissional (...) mas se tivessem perguntado eu teria dito que sim, principalmente enquanto não soube o resultado das minhas colegas.”

Entrevistado 3: “Sim, foi resolvido. De dia para dia, o falar, o partilhar foi muito importante, e o conhecer outras situações de recuperação facilitaram a minha recuperação também.”

Entrevistado 9: “Foi o apenas estar isolado em casa, sozinho. Não procurei ajuda, depois do isolamento passar acabou por passar.”

A maior parte dos entrevistados não procurou ajudas para solucionar a ansiedade, nem para os problemas que foram levantados durante o isolamento. Uma pessoa buscou auxílio médico, de amigos e familiares; acrescenta que se tivesse havido oportunidade para um acompanhamento psicológico, teria aceite essa sugestão, em determinados momentos que foram mais difíceis. Por outro lado, o conhecimento de outros casos de recuperação facilitou esse processo.

Foi perceptível que a maior parte da ajuda clínica recebida contribuiu para tratar sintomatologia física em detrimento do bem-estar mental dos intervenientes.

Categoria: Problemas causadores de ansiedade após o término do período de isolamento

Entrevistado 1: “Os problemas continuaram. Fiquei três semanas em casa, mas depois fiquei sempre em casa, nunca mais saí, continuou tudo igual. Estava sem cabelo e começou o “alarido” do COVID, aí então é que nunca mais saí, não queria estar a passar outra vez por uma situação semelhante, principalmente depois de tudo o que já tinha passado. Depois do cabelo cair, sentia-me bem em estar em casa e sentia-me mal na rua, fiquei assim durante mais de quatro meses. Com medo de apanhar o vírus novamente também.”

Entrevistado 2: “De vez em quando relembro-me das situações mais stressantes pelas quais passei, mas já não é como antes. Acabaram por amenizar.”

Entrevistado 5: “Não, até porque os sintomas que sentia durante o isolamento não acabaram. Eu continuo sem força, se subir quatro degraus de umas escadas fico cansada. Eu sei o que era antes, eu fazia tudo e agora vejo-me limitada a fazer o que posso (...) sinto-me muito mais incapacitada. Tenho sempre a boca inchada, tenho sempre sede. Estou receosa de voltar ao trabalho.”

Entrevistado 10: “Não, foram resolvidos, a única coisa que depois notei foi a nível de saúde que não estava tão apta. O cansaço ainda se mantém por vezes, mas esses sintomas foram aliviando, o médico recomendou fazer caminhadas para ajudar a recuperar.”

Foram descritos fatores distintos entre os intervenientes que justificavam as razões para as quais os problemas causadores de ansiedade não tivessem sido resolvidos após o término do isolamento. Perpetuou o medo de sair de casa e de voltar a vivenciar outra situação semelhante. Devido ao stress, numa situação verificou-se a queda de cabelo e surgiu um maior evitamento em sair à rua. A sintomatologia perdurou significativamente e incapacitou outra pessoa que acabou por alargar o tempo em casa por indicação médica, com receio de voltar ao trabalho. Outro entrevistado descreve que a ansiedade se manteve

devido aos problemas financeiros que a pandemia agravou, com a falta de clientela no posto de comércio que empregava a família.

2.2.4. Domínio: Vivências do Período de Isolamento Social e Profilático

Categoria: Rotina

Subcategoria: Organização da rotina

Entrevistado 2: “Não organizei nenhuma rotina, mantínhamos as refeições nos horários habituais a partir daí não havia grande rotina.”

Entrevistado 5: “Só chorava quando estava no quarto, os quinze dias em que passei o isolamento com o meu marido e podia sair para o quintal melhorei, via a paisagem, cuidava das plantas...no quarto só via televisão, estava sempre a sentir, não era capaz de me esquecer.”

Entrevistado 6: “Muito bem, porque a minha rotina diária era levantar-me, arrumar o quarto, desinfetar a casa de banho, tomar banho, vestir roupa lavada, colocar máscara e sair do quarto (...) à tarde tinha as minhas aulas online que acabava por me ocupar um pouco, as aulas com os alunos. Depois era o lanche, os miúdos acabavam por me acompanhar, tocavam piano, fazíamos uns cocktails e acabávamos por passar assim o fim de tarde. Jantávamos e via televisão antes de me ir deitar.”

Entrevistado 9: “Foi um bocado complicado por estar fechado, via um bocadinho de televisão e passava o tempo assim, não havia muitas mais opções, também lia um bocado.”

Entrevistado 12: “Levantava-me, estive cinco dias sem tomar banho, não era capaz. Tinha muito medo de entrar na banheira, de escorregar, depois da minha higiene, ia-me deitar porque ficava muito cansada (...) eu era capaz de pegar na minha higiene três vezes, demorava imenso tempo. A minha cama, uma vez, demorei uma hora para a fazer, depois não fazia muito mais.”

O estabelecimento de uma rotina organizada e caracterizada pelo desempenho de diferentes tarefas proporcionou momentos de distração e tornou o período obrigatório em casa mais agradável e proveitoso.

Algumas das atividades inumeradas são o ver conteúdo televisivo, séries, filmes, dedicar tempo à leitura, realizar as tarefas domésticas, confeccionar as refeições e conviver com os restantes membros em casa. Houve oportunidade de lecionar em casa, através da internet, cuidar das plantas e pesquisar diferentes curiosidades.

Uma pessoa descreve que a doença comprometeu a realização das atividades de vida diária como a higiene pessoal.

Em parte, o confinamento limitou as atividades, o que se relacionou com a presença de estados de inquietude, ansiedade e maior frequência de pensamentos ruminativos. Esta realidade foi mais visível para participantes com rotinas menos definidas.

Subcategoria: Confeção dos alimentos e aquisição de bens alimentares no supermercado

Todos os participantes receberam ajuda de amigos, vizinhos, colegas ou familiares na aquisição de bens alimentares. A tarefa de confeccionar alimentos foi muitas vezes dividida entre os membros familiares, exceto uma pessoa que vivia sozinha e confeccionou os alimentos para si mesma, apesar do apetite diminuído provocado pelo desânimo.

Entrevistado 1: “Alguns dias comia, outros não comia. Comia o que calhava (...) Deixava sempre as compras do lado de fora, ele ia embora e eu metia as compras dentro. Agora que eu saiba hoje que prejudiquei alguém com esta doença, não prejudiquei. Não tinha vontade de cozinhar absolutamente nada ...”

Entrevistado 4: “Era o marido que me levava a comida à porta, ele saía e eu levava o comer para dentro e era ele que tratava dos assuntos domésticos, como por exemplo, cozinhar e limpar a casa.”

Entrevistado 5: “O meu marido cozinhava, ao supermercado ia uma prima minha, deixava tudo fora de casa e nós recolhíamos. “

Entrevistado 9: “Em primeira mão, foi a esposa e em segundo lugar foram familiares que adquiriram os alimentos. Enquanto estive sozinho foi a esposa depois éramos os dois que cozinávamos.”

Subcategoria: Ocupação do tempo no isolamento e atividades de lazer desenvolvidas

A maior parte dos participantes sublinhou que não realizou atividades de lazer que proporcionassem momentos de descontração devido às limitações instituídas pelo confinamento. Houve oportunidade de assistir a programas televisivos, entre os quais, séries, filmes e leitura. Uma pessoa descreve momentos de “diversão” juntamente com os filhos, em que cantavam e tocavam instrumentos. Cuidar das plantas e dos animais também foi um passatempo de distração.

Entrevistado 1: “Não, deixei todas as minhas atividades, não realizei nenhuma atividade de lazer ou que me fizesse sentir bem.”

Entrevistado 2: “Não, apenas víamos televisão, desenhos animados.”

Entrevistado 5: “O cuidar das plantas, estar no quintal e os animais.”

Entrevistado 6: “Com os miúdos principalmente, quando usavam o piano e a guitarra. Cantávamos e até era divertido! Só quando eu sentia aqueles sintomas, aí é que não! Aí só tinha vontade de me deitar e ficar quietinha no sofá e mais nada.”

Entrevistado 12: “Não, não nada.”

Subcategoria: Atividade Profissional

Um participante refere que nos últimos dias de isolamento, já com melhorias no estado de saúde, dedicou-se à sua atividade laboral; outra pessoa apesar de ter tido oportunidade de desenvolver questões laborais através do teletrabalho acabou por não o fazer, devido à falta de disposição e concentração.

Entrevistado 3: “Nos últimos dias, sim. Já conseguia manter o contacto com a instituição e resolver alguns assuntos laborais.”

Entrevistado 8: “Tentava trabalhar, porque estava em teletrabalho, mas muito pouco, quando via que não estava a correr bem, desligava o computador, a maior parte do tempo não senti disposição para trabalhar.”

Subcategoria: Atividade académica enquanto estudante

Uma pessoa refere que deu continuidade ao trabalho académico e realizou algumas provas da licenciatura que frequenta.

Entrevistado 3: “No âmbito da minha licenciatura, ainda resolvi uma ou duas frequências.”

Categoria: Meios de saúde no isolamento

Subcategoria: Opinião em relação aos meios de saúde

De um modo geral, a opinião em relação aos meios de saúde foi favorável, na medida que houve uma satisfação no acompanhamento prestado pela equipa de saúde ao longo do isolamento. A maior parte dos participantes descreve um contacto frequente com o médico de família ou com a saúde pública. Uma pessoa salientou que apesar da ajuda que recebeu ter sido indispensável, a assistência psicológica foi mais tardia.

Apenas três pessoas ficaram descontentes com o contacto médico que receberam. Foi descrito um fraco acompanhamento à distância. Um entrevistado recorreu à proteção civil, através dos seus conhecimentos pessoais, para que os membros do seio familiar pudessem realizar testes de rastreio da doença.

Entrevistado 1: “No que respeita ao meu bem-estar, não. Senti muita falta de apoio. “

Entrevistado 2: “Da parte da médica de família, sim. Ligava todos os dias.”

Entrevistado 5: “No meu caso, penso que sim. Eram muitos problemas para resolver e tiveram o seu tempo. Se houvesse mais ajuda disponível tinha-a aceitado, como por exemplo, mais assistência para os problemas psicológicos que começaram a surgir.”

Entrevistado 8: “No primeiro confinamento, a saúde pública teve um papel excelente, ligavam todos os dias, perguntavam como eu estava. No segundo quando souberam que o principal sintoma eram as dores musculares, até porque havia mais casos, já não fui contactada com tanta frequência, mas acho que o acompanhamento foi satisfatório.”

Entrevistado 10: “Não, nada eficazes. Os meus não foram, fui eu que tive que entrar em contato com o médico porque o médico não entrava em contato comigo. Tive que falar com ele para me passar a baixa, sempre que precisei nunca me telefonou, nunca me acompanhou para saber se tinha mais sintomas, nada. Quando voltei a precisar de nova baixa, tive que ser eu a contactá-lo (...)”

Categoria: Consumo de tabaco

Subcategoria: Diferenças significativas no consumo de tabaco durante o período do isolamento

Entrevistado 8: “Sim, talvez um bocadinho menos, por causa do receio do ventilador...”

Entrevistado 12: “Sim. No quarto não fumo como passava a maior parte do tempo no quarto, acabei por diminuir o consumo.”

Apenas duas pessoas mencionaram o consumo diário de tabaco. O medo do agravamento da doença devido a este fator alterou o consumo, assim como a ausência do hábito de fumar dentro do quarto, como num exemplo de um entrevistado que ficou confinado nessa divisão da habitação onde reside.

Categoria: Ingestão de bebidas alcoólicas

Subcategoria: Diferenças significativas na ingestão de bebidas alcoólicas durante o processo de isolamento

Quatro pessoas mencionaram que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas com frequência. Dois participantes diminuíram o consumo devido à falta de paladar e olfato que resultou da doença, uma pessoa optou por diminuir voluntariamente a ingestão de álcool na altura do isolamento e outro indivíduo manteve o mesmo consumo.

Entrevistado 7: “Sim, o consumo manteve-se igual ao de antes do isolamento.”

Entrevistado 8: “Sim, socialmente. Não até porque não tinha paladar, então praticamente não bebi nada de bebidas alcoólicas em isolamento.”

Entrevistado 11: “Sim, costume. No meu caso diminuiu porque fiquei sem paladar nem cheiro, então senti que não estava a desfrutar da bebida.”

Categoria: Comprometimento da realização de tarefas ao longo da experiência do isolamento

Subcategoria: Representação geral da experiência do isolamento

Apesar dos entrevistados terem todos sido sujeitos ao confinamento obrigatório em casa, este aconteceu de forma diferente face à circunstância da sintomatologia e a presença de outros em casa infetados ou libertados da infeção. Este fator determinou vivências bem distintas. Entre os entrevistados foi possível contabilizar um grupo significativo de indivíduos que tiveram uma experiência de isolamento dolorosa; uns porque foram afetados pela severidade da doença, outros porque além do contágio sentiram solidão, isolamento, receios por si e por outros familiares. Um entrevistado teve a sensação de que a vida parou e findo o período de isolamento verbaliza que ainda não foi possível retomá-la. Um outro dos indivíduos, ficou afastado dos seus trabalhos e isso trouxe-lhe perdas monetárias. Contudo, não tendo manifestado sintomas graves da doença, acabou por aproveitar para se dedicar a si próprio tendo encontrado oportunidade de reflexão, o que lhe pareceu útil. Houve quem experienciasse gratidão por não haver sintomatologia grave. Assim o facto de ter ficado isolado contribuiu para a realização de tarefas agradáveis que de outra forma não teria oportunidade de fazer.

Entrevistado 3: “Penso que de modo significativo não, o facto de ter mantido contacto com os mais chegados isso permitiu que quase nada atrapalhasse. Fui-me sempre inteirando dos meus assuntos laborais e outros. Numa primeira fase, foi doloroso. Numa segunda fase, menos doloroso porque a doença foi apaziguando, voltei ao meu estado normal e regresssei novamente à minha rotina.”

Entrevistado 5: “Muito. Antes eu limpava a casa numa manhã. Eu hoje numa manhã e sempre a sentar-me limpo, por exemplo, uma divisão, um quarto. Frustrante, horrível, não tenho nenhuma palavra boa para isso.”

Entrevistado 6: “Não, comprometeu até porque acabei por ter mais tempo. A única coisa que me comprometeu foi de ir trabalhar e ficava com aquele tempo em casa em que podia fazer tudo e mais alguma coisa (...)Embora não me sentisse muito bem, mas não era nada daqueles sintomas que diziam do cansaço e da falta de ar (...) Sempre me senti agradecida por ter corrido razoavelmente bem, no meu caso!”

Entrevistado 7: “Comprometeu até porque me senti mais cansado durante algum tempo e via que isso dificultava bastante a minha vida e o meu trabalho. Foi pesado.”

Entrevistado 11: “Apenas foram suspensas as minhas atividades profissionais. De resto, o isolamento foi passado sem grandes preocupações, em casa onde tive a oportunidade de descansar e passar uns dias caseiros em casa. Exceto os dias em que tive febre que foram mais difíceis, penso que correu bem.”

Entrevistado 12: “A minha vida parou, ainda não a recuperei. O que deixei de fazer nessa altura ainda não o fiz, porque ainda não consegui e a saúde também não a recuperei. Foi uma prisão em casa.”

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em investigação, os resultados obtidos devem ser complementados ao tema, e confrontados com o existente em relação a outros estudos já publicados, para que se concretize um maior consenso entre a comunidade científica.

Procede-se uma análise mais profunda sobre o levantamento dos principais aspetos que foram observados ao longo do tratamento da informação das entrevistas realizadas.

No que se refere à diversidade de género, o estudo apresenta uma notável representação do feminino. As mulheres associadas a traços de personalidade mais conectadas com o neuroticismo, com as emoções e as respostas ansiosas, de carácter mais sensível, refletem estados de preocupação mais proeminentes. O sentimento que muitas vezes descrevem de impotência e padecimento, face a diversas circunstâncias, desencadearam situações de grande indefinição e desassossego. As emoções negativas mais descritas são a tristeza, a angústia, a desolação, a depressão, o pânico e a solidão. As facetas emocionais mais sociáveis, neste sexo, preditaram um desempenho emocional mais perturbado pelo carácter social restrito da obrigatoriedade das medidas governamentais para controlo da pandemia (Seen et al. 2021; Wilkialis et al. 2021; Dos Santos et al., 2021).

Estas tendências comportamentais ilustraram um bloqueio que pudesse permitir vivências mais facilitadoras do isolamento. A dificuldade em saber lidar com os estados ansiosos comprometeu o evitamento da dor, do bem-estar psicológico e social, e determinou baixos níveis de saúde mental. O funcionamento ótimo não foi atendido, também devido a preocupações relacionadas com a saúde dos filhos e com outras pessoas significativas ao seu redor. Também o excesso de exposição a meios de comunicação e a notícias relacionadas com a pandemia, em alguns casos não foi positivo. A solidão, especialmente no sexo feminino, foi considerada um fator que gerou sentimentos aflitivos dolorosos. (Khanal et al., 22; Gawrych et al., 2021; Sasaki et al., 2020; Wickens et al. 2021)

De acordo com os participantes, a rede social de suporte foi considerada um importante fator de proteção. A ausência de contato físico e longos períodos confinados a sós, revelaram uma precipitação do mal-estar e um descontrolo emocional relevante (Wilkialis et al., 2021; Özmete et al., 2021). Por outro lado, a comunicação com pessoas queridas, melhorou sintomatologia de ansiedade e tornou o significado do isolamento mais leve. O contato com amigos e familiares, ajudou a superar as limitações sociais e físicas do isolamento (ajudaram na aquisição de bens alimentares e de primeira necessidade). O facto, de se conversar sobre situações similares promoveu um maior entendimento e aceitação dessa condição. Por outro lado, o saber que houve uma preocupação pelos entes mais próximos sobre o estado de saúde e do bem-estar emocional.

Os profissionais de saúde contribuíram para a continuidade dos cuidados assegurados de forma ininterrupta, e para a qualidade assistencial de atendimento em tempo útil, com a adequação e correção e esclarecimentos que determinadas situações exigiram. O contacto médico telefónico, em casos mais preocupantes, clarificou dúvidas, orientou na continuação dos cuidados e, em alguns casos ajustou terapêutica.

A sintomatologia pelo novo coronavírus descrita vai ao encontro da evidência científica, caracterizada por febre, tosse, dispneia, dores musculares, fadiga e dores de cabeça (Fritz et al. 2021). Muitos relataram anosmia e ageusia. Numa situação particular, houve necessidade de assistência hospitalar durante um dia, devido a sintomas mais graves como falta de equilíbrio e desorientação. Um dos fatores mais prenunciadores de ansiedade são a sintomatologia COVID-19. Os casos em que a doença foi mais prolongada, com sintomatologia mais grave e com desenvolvimento de complicações após a infeção, são consideravelmente suscetíveis de obedecer a momentos emocionais desajustados (Mautong et al. 2021). Muitos dos motivos descritos relacionam-se com o facto de se tratar de uma doença recente, com a qual estão infetados pela primeira vez. O medo do desconhecido. O medo da evolução do estado de saúde, dada a imprevisibilidade da infeção, caracterizada por graus de severidade muito distintos de indivíduo para indivíduo. O medo de não voltar ao estado normal e saudável. Além destes medos descritos pela doença até então desconhecida, o impacto no dia-a-dia também desenvolveu novas preocupações. A impossibilidade que se gerou devido à incapacidade de conseguir realizar simples tarefas domésticas em casa, como por exemplo, fazer a cama. Além de terem sido relatadas complicações neurológicas que também acometeram os processos de pensamento e o deambular.

É notório um bloqueio psíquico que dificultou as tarefas diárias. Os participantes menos afetados pelas emoções conseguiram organizar uma rotina e desempenharam atividades de maior produtividade, que acabou por os distrair da realidade confinada que vivenciaram. O significado do isolamento foi alterado consoante esta premissa.

Ao longo do período de isolamento, alguns viram completamente comprometida a realização de tarefas caseiras, como cozinhar, tratar da casa, convívio, devido ao cansaço, febre, dores, falta de ânimo, estado ansiolítico. Outros, viram apenas reduzida a sua capacidade para trabalhos em casa, mas houve, em escasso número, quem mantivesse a rotina doméstica aproveitando ainda para a reflexão, leitura e outras atividades lúdicas.

Muitos não tiveram em consideração o reconhecimento da importância de medidas de coping ajustadas para tal efeito, e não houve sensibilização por parte dos profissionais de saúde que os acompanharam para esta importância.

A organização de tarefas e o estabelecimento de rotinas devidamente estruturadas permitiu uma adaptação mais facilitada ou melhorada ao isolamento, as atividades ocupacionais e de lazer que permitam distrair e motivar para o desenvolvimento pessoal, ajudam a atribuir um significado mais positivo a esse período. A perda de função relacionada com rotinas menos definidas, acaba por levar o indivíduo a situações de hipostimulação e aborrecimento. A dificuldade na adequação de estratégias de coping levou a estados ansiosos, o que se verificou em cerca de metade da amostra. Foi possível estabelecer uma relação deste dado também com a perda de qualidade do sono, devido à impraticabilidade de medidas que concretizam uma boa higiene do sono, nomeadamente o incumprimento do horário habitual de dormir (Jurblum et al., 2020).

O sono, como já referido, foi perturbado e muitos identificaram diversas dificuldades em conseguir relaxar e descansar. Apesar da sua importância para o desempenho das necessidades psicológicas fundamentais, em contexto de isolamento, acabou por ser comprometido, devido a inúmeros fatores. A sintomatologia da doença, as dores musculares, a tosse e a febre, além das preocupações emocionais (Wilkialis et al., 2021).

No domínio de ansiedade, esta é um mecanismo fisiológico do organismo face a situações do dia-a-dia que estão na origem do stress, quando este mecanismo passa a ser persistente e inadequado, a ansiedade torna-se patológica (Prata, 2012). Esta condição é caracterizada pelo excesso de preocupação, medo e tensão que levam a uma incapacitação do indivíduo na realização das suas tarefas diárias (Prata, 2012). Os sintomas somáticos ocorrem em momentos angustiantes, caracterizados por comportamentos, sentimentos e pensamentos desproporcionais que resultam numa invalidez ou numa disfuncionalidade (Croicu et al., 2014).

Face à presença de sintomatologia de ansiedade, esta emoção confirma-se tanto em casos profiláticos como em casos confirmados por COVID-19 (Batista et al., 2021). O stress percecionado juntamente com o aumento da atenção sobre a doença resultam num enfoque excessivo da sensação corporal. Este fenómeno acaba por gerar um aumento da ansiedade sobre a doença que salienta as representações somáticas e resulta também numa compreensão errónea destas mesmas sensações corporais (Duman et al., 2020).

A evidência tem demonstrado que a falta de recursos facilitadores para solucionar dificuldades e sentimentos de sensação de perda de controlo induzem maior stress e têm consequências negativas em termos de saúde mental. Estas respostas emocionais são associadas a traços de personalidade individuais alexitímicos, que ao expressarem dificuldade em identificar momentos de maior instabilidade psíquica, sofrem ansiedade. Em pandemia, a alexitimia têm um efeito direto na sintomatologia ansiosa e nas perturbações do sono (Li et al., 2022). São evidenciados maiores níveis de alexitimia nos indivíduos durante a pandemia, e uma maior dificuldade em expressar e reconhecer emoções em momentos de ansiedade, devido às alterações na rotina por isolamento social e ao medo à doença (Ayaz & Dincer, 2021).

À semelhança da informação encontrada, ocorreram processos de somatização durante o isolamento. Como consequência, houve dificuldades na distinção dos sintomas somáticos da própria doença, entre quase metade dos participantes. Entre os dois participantes do isolamento profilático, foi descrita a presença de sintomatologia psicossomática. Numa situação, a tomada de conhecimento do teste COVID negativo, coincidiu com o desaparecimento das dores de cabeça, sentidas até esse momento. Os restantes entrevistados, associaram a ansiedade, a novos problemas de saúde diversificados, desde sintomas físicos, a sintomatologia mais psíquica. Apesar de serem notórios os problemas ansiosos, apenas dois tiveram revisões terapêuticas, com introdução de comprimidos diários para a ansiedade. A população da investigação não procurou ajudas de qualquer espécie para solucionar a ansiedade antes e depois do isolamento. Um dos fatores facilitadores de recuperação, foi o conhecimento e partilha de experiências com pessoas, algumas que recuperaram e viveram situações semelhantes. Os sintomas somáticos mais mencionados juntamente com a ansiedade são a fadiga, dispneia, tonturas, dores de cabeça, náuseas e palpitações (Willis & Chalder, 2021). No estudo presente, além da sintomatologia supracitada, também foram salientados a irritabilidade, a fraca concentração, a perda de cabelo e de peso, os tremores, um episódio de síncope e angústia.

Cerca de 80% dos indivíduos com diagnóstico COVID-19 mantêm sintomatologia até pelo menos duas semanas após a infeção. (Lopez-Leon et al., 2021). Alguns dos problemas nomeados são a fadiga, nomeado como o sintoma mais comum e duradouro, além de insuficiência respiratória aguda, dor, deficiências neurocognitivas, distúrbios do sono. São mencionadas cefaleias, distúrbios de atenção e anosmia (Lopez-Leon et al., 2021). Os sintomas emocionais como a depressão, ansiedade, insónia e sinais de trauma também são presentes. O stress pós-traumático parece perdurar até 24-60 semanas após, com eventuais sequelas psíquicas (Kyzar et al., 2021). A amostra demonstrou aspetos similares a partir dos problemas que foram levantados do isolamento após o término. Muitos expressaram que houve uma dificuldade em voltar à rotina normal, por medo que houvesse uma nova reinfeção com atitudes de evitamento a sítios com grandes aglomerados. Uma pessoa deixou de sair à rua por vergonha pela perda de cabelo que aconteceu devido ao stress. Por outro lado, a sintomatologia da doença não cessou, com taquicardias, ansiedade, falta de apetite e sobretudo cansaço. Um outro participante, devido à incapacidade funcional da doença, ficou mais tempo em casa, por indicação médica.

No âmbito do seio familiar, Gadermann et al. (2021) descreve situações de aumento de conflitos domésticos exacerbados por consumo de álcool assim como de violência verbal e emocional. Acrescenta que mulheres, pais de crianças de idade menor e existência de doenças pré-existentes são aspetos que podem influenciar o bem-estar. A aquisição de bens e a sobrecarga de trabalho com a educação dos filhos também são considerados fatores. Em oposição, a maior parte dos entrevistados deste estudo, enumerou interações positivas em casa. Neste estudo, todos descreveram também um ambiente de convivência, em que a maior origem de ansiedade, foi devida ao receio de contágio, o que com a tomada de precauções, não aconteceu. As medidas individuais que cada um tomou na forma de reduzir o risco de infeção e de propagação da doença permitiram respostas mais ajustadas a cada uma das situações vivenciadas (Patrão et al., 2020). A preocupação relativa à saúde dos familiares é relatada, nomeadamente numa situação de contágio, que resultou num agravamento severo da doença (Mautong et al., 2021).

Dos Santos et al. (2021) salientam também fatores económicos como mediadores da ansiedade. A ansiedade impulsionada por motivos financeiros também é constatada num participante, cuja situação perdurou mesmo após o isolamento ter terminado. Duman et al. (2020) reporta a cobertura dos média como um aspeto de propensão do indivíduo à ansiedade. Perante a exposição aos meios de comunicação, ficou esclarecido que nem sempre o seguimento da pandemia através dos noticiários contribui para o aumento da ansiedade. Muitos dos participantes demonstraram-se interessados em acompanhar os desenvolvimentos da doença pela televisão e o conhecimento mais aprofundado da doença motivou à diminuição da dúvida e do receio. Um dos participantes revelou que o facto de saber que havia mais pessoas na mesma situação ajudou. Outras pessoas preferiram distanciar-se por desinteresse ou sobrecarga de notícias relacionadas com a pandemia. A falta de vagas nas unidades de medicina intensiva, alarmada nos meios de comunicação, despertou o medo numa altura em que um familiar estava nessa situação.

Nas vivências do período de isolamento, no consumo de tabaco e de álcool observam-se resultados ambíguos. Alguns utilizadores mantiveram, enquanto que outros diminuíram a utilização destas duas substâncias derivados de vários fatores importantes. Das quatro pessoas que afirmaram ingerir bebidas alcoólicas, uma manteve o consumo diário; outra pessoa deixou de consumir pelo acesso restrito às bebidas, em contexto de isolamento social;

e outras duas pessoas, devido à sintomatologia referente à perda de paladar e olfato, sentiram-se desmotivadas para a manutenção do consumo, por não desfrutarem da bebida. Em relação ao consumo de tabaco, as duas pessoas fumadoras do estudo, diminuíram o consumo por justificações distintas.

Os autores, Koopmann et al. (2021), referem que a população mais nova e de meia-idade com hábitos de ingestão de álcool regulares, em *lockdown*, sente mais dificuldades em contornar esses comportamentos. Assim como pessoas expostas a níveis mais elevados de stress e indivíduos que atuam em desacordo com as medidas de restrição. Por outro lado, o acesso mais limitado a bebidas alcoólicas, o encerramento dos estabelecimentos de entretenimento e dificuldades financeiras, diminuíram o consumo. Em relação ao tabaco, houve respostas também diferentes, apesar de fumar ser um hábito recorrente em resposta ao stress sentido, houve consumidores que cessaram os consumos na pandemia. Uma das razões citadas foi o medo do vírus, e por se saber que a doença afeta sobretudo o sistema pulmonar, muitos preferiram parar de fumar, a fim de reduzir os riscos associados à COVID-19. O risco de consumo acrescido quer de tabaco, quer de álcool, provém de maiores níveis de stress sentidos e que podem estar também relacionados com faixas socioeconómicas mais vulneráveis caracterizadas por salários mais baixos, situações de vida precárias e redes de apoio mais frágeis. Considerando as diferenças no consumo de tabaco durante o período de isolamento, é possível reforçar a ideia que o medo do agravamento da doença ao fumar, pode incentivar a parar de fumar. Noutra perspetiva, um dos participantes cessou o consumo pelo facto de não ter o hábito de o fazer dentro da divisória da casa onde estava confinado. Contrariamente à ingestão de álcool que foi diminuída pela falta de paladar e de olfato neste estudo, um dos participantes parou de beber devido ao acesso mais limitado à bebida alcoólica, o que vai ao encontro ao referido por Koopmann et al. (2021).

A maior parte dos entrevistados refere que ficou satisfeito com o seguimento que os meios de saúde proporcionaram, porém é perceptível que a ajuda clínica contribuiu sobretudo para atenuar sintomatologia física em detrimento da resolução do mal-estar e da ansiedade. A OMS (2022) apoia a visão de que foram salientados problemas em saúde mental e que existe uma lacuna nos cuidados direcionados para esta dimensão.

É importante referir, de acordo com as implicações para a prática clínica, que a gravidade da doença é associada a episódios de ansiedade exacerbada a longo prazo, contudo, os impactos que a pandemia trará no futuro são ainda desconhecidos. Principalmente entre indivíduos não hospitalizados, que foram sujeitos a períodos de privação social e a sentimentos de impotência, face às situações que vivenciaram (Henderson, 2022).

As preocupações que foram surgindo exponenciaram mais perturbações ansiosas e tendências a comportamentos de evitamento. Estas respostas mal ajustadas podem comprometer a resiliência e os fatores facilitadores de transição a um regresso à rotina. As intervenções em saúde, tão necessários em fases pandémicas, vêm encorajar comportamentos promotores de saúde, que promovem o empoderamento dos pacientes e das suas famílias (Kontoangelos et al., 2020).

No cuidado ao utente isolado, é necessário considerar diversos fatores que determinaram a vivência individual, tais como, o género, o suporte social, vivências individuais relacionadas com infeção COVID-19, o tempo de isolamento e a exposição aos media, e a conteúdos informativos esclarecedores (Kontoangelos et al., 2020).

Li et al. (2022) sugerem determinar focos de atenção com a identificação de grupos mais vulneráveis, com reforço dos cuidados preventivos e execução de intervenções psicoterapêuticas. Wu (2020) acrescenta que é imprescindível combater a solidão em populações de risco, através de uma melhoria no acesso aos meios de comunicação virtuais, com o desenvolvimento de aplicações centradas nesta problemática. Considerando a utilização dos meios móveis de comunicação, e de acordo com os princípios éticos e legais, a disponibilização de recursos informativos, centros de aconselhamento e promoção da saúde. Bailey et al. (2021) fundamenta que o esclarecimento da população, sobretudo a de risco, através de acessos melhorados a informação adequada é relevante. Jarego et al. (2021), propõem aos profissionais de saúde a incorporação e incentivo a estratégias de coping adaptativos em programas de intervenção, nos mais vulneráveis. A centralização das práticas no indivíduo, considerando-o contextualizado num determinado ambiente social, em que por diversos fatores, pode beneficiar de ajuda.

Antes da COVID-19, havia uma grande falta de investimento na dimensão da saúde mental, devido a falta de financiamento e de prioridades políticas direcionadas para esta área. A pandemia acabou por exacerbar as desigualdades que já existiam anteriormente, com mais comorbidades e perturbações psiquiátricas, entre os grupos de risco, dos quais se podem destacar as mulheres e os idosos. Além do mais, os impactos prevêem-se extensos, de longo prazo, com recuperações físicas e mentais prolongadas. Salientando uma perspectiva positiva, a pandemia pode servir como oportunidade para restaurar o planeamento da prestação de cuidados, através de um investimento melhorado no atendimento às necessidades psíquicas. O que podia também servir para fortificar o sistema de saúde para outros eventos pandémicos futuros. Sale et al. (2020)

A oportunidade de investir na saúde mental neste momento é decisiva para dar apoio à população impactada pela COVID-19. As entidades governativas podem garantir respostas integradas em saúde mental, recomendadas pelo Plano de Ação de Saúde Mental da OMS:

- Aplicação de abordagens de promoção, proteção e cuidados de saúde mental abrangentes a toda a população;
- Disponibilidade de acessos de apoio psicossocial e de emergência em saúde mental;
- Acompanhamento de reabilitação/recuperação de perturbações mentais em doentes COVID-19;
- Mudança para a digitalização, através de inovações na prestação de serviços de saúde, com atendimentos remotos que melhorem o acesso institucional ao meio comunitário;
- A longo prazo, determinar cobertura de risco para despesas financeiras relacionadas com cuidados de saúde mental; Sale et al. (2020)

Assim, é preciso continuar a mobilizar conhecimento sobre os fenómenos que ocorrem em isolamento, para que as estratégias direcionadas para esta população seja a mais adequada. Ainda sobre uma problemática que é ainda atual, e que deve comportar mais competências e reestruturação. A sensibilização e a prevenção para as populações sobre a doença e sobre estratégias que podem determinar de uma forma mais positiva o período de privação social são essenciais para, futuramente aplicar em alturas de catástrofe e de transmissão de outras doenças infecciosas.

CONCLUSÃO

A relevância deste estudo prende-se com a importância de entender como a população enfrentou a doença e o distanciamento social, dos esforços de que se suportou, para atender às necessidades que surgiram, e quais as consequências que as medidas preventivas apresentaram. Para posteriormente, reunir um maior conhecimento científico sobre o presente tema, a fim de dirigir intervenções mais ajustadas, no âmbito da saúde mental no futuro.

A investigação desenvolvida objetivou descrever os fenómenos desencadeadores de ansiedade e de processos de somatização vivenciados ao longo dos períodos decretados pelas autoridades de saúde, de distanciamento social. Foi relevante aprofundar o conhecimento desta experiência, através do significado atribuído por cada um dos doze participantes, decorrente da sua vivência individual.

Visando cumprir os objetivos a que esta investigação se propôs, no que concerne aos dados sociodemográficos, a amostra é significativamente constituída por elementos pertencentes ao sexo feminino e apenas três homens. A pessoa mais nova tem 26 anos de idade e a mais velha tem 83 anos. A maior parte dos participantes têm idades aproximadas, na faixa etária compreendida entre os 40 e os 50 anos de idade. O menor tempo estimado de isolamento obedeceu a apenas dez dias e o maior apresentou uma duração de três meses. Nesta população, cinco pessoas possuem um curso superior, duas enfermeiras, uma contabilista certificada, uma professora e uma inspectora tributária. Havia também nesta amostra, uma comerciante, já reformada, duas auxiliares a trabalhar numa instituição residencial para idosos, um proprietário de um estabelecimento de lazer, um diretor comercial e um GNR (fora da efetividade de serviço).

Dos doze entrevistados, apenas duas situações foram consideradas isolamentos profiláticos, em que de acordo com a DGS (2020) ficaram até ao 14º dia após a exposição ao caso confirmado em casa. Segundo a *norma 004/2020 na Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19*, o tempo de isolamento confirma-se no presente estudo, se ocorrer sintomatologia mais gravosa, são estipulados vinte dias em casa. E em caso de doença ligeira, são apenas dez dias no domicílio. Salvo determinadas circunstâncias mais específicas, em que o tempo de isolamento foi maior. Para profissionais na área de saúde, enfermeiros e auxiliares de saúde, e no caso de uma mulher idosa que ficou três meses isolada, por ter sido uma das primeiras pessoas a ser diagnosticada, na fase inicial da pandemia no distrito de Bragança, numa altura em que pouco se sabia sobre a doença.

As autoridades que decretaram o isolamento para os contatos identificados também convergiram com a *norma COVID-19: Rastreio de Contactos (2020)*, através das autoridades de saúde, na sequência da investigação epidemiológica de um caso confirmado de infeção pelo SARS-CoV-2, pelos serviços de saúde e segurança do trabalho, e pelo Centro de Contacto SNS 24.

A análise de dados de natureza qualitativa enquadra-se numa reflexão e narrativa que almejam uma contribuição para o desenvolvimento do conhecimento deste tema. Pelo que,

se torna indispensável, uma abordagem bibliográfica, no processo de pesquisa do tema. Assim, tendo em consideração as experiências emocionais e psicológicas, a informação abordada na análise do quadro teórico, estabelece uma conexão com os dados coletados nesta pesquisa.

Após a declaração de estado pandémico, em março de 2020, os esforços direcionados para a mitigação da pandemia da COVID-19 e do medo originado por uma nova doença infecciosa, culminaram em consequências negativas em populações por todo o mundo, além de terem apresentado impactos em domínios económicos, sociais e de saúde. Foi possível entender que as intervenções instituídas, tais como a quarentena e o isolamento, foram importantes para o controlo da transmissão de infeção. Contudo, as respostas que foram sendo observadas pela literatura considerada, sugerem respostas ansiosas, de carácter psicossomático, que condicionaram uma boa adaptação a todas as transições pandémicas, com resultados preocupantes no bem-estar mental, exacerbados sobretudo pela ansiedade.

Numa visão geral dos resultados, observa-se que os impactos que o isolamento teve, numa fase inicial pandémica, foram devastadores. Observa-se uma evidente resposta ansiosa congruente com a manifestação de processos fisiológicos.

Muitos fatores analisados podem atender a que estes fenómenos ansiosos tenham sido notificados. Numa apreciação mais abrangente, verificou-se que existe a necessidade de uma maior uniformização de rotinas no dia-a-dia. As estratégias de coping operacionalizadas estão ainda aquém do que seria ajustável para que os participantes pudessem ter vivenciado um processo de isolamento menos prejudicial e traumático. Acrescento que o desenvolvimento do conhecimento sobre a pandemia e sobre a doença, com a concretização de estratégias preventivas de contágio, pode reduzir todo o processo ansioso.

A investigação permitiu concluir que os processos ansiogénicos e de somatização são recorrentes quer em pessoas com a infeção, quer em contactos de risco. A ansiedade e os processos ansiogénicos são uma realidade devido às restrições da mobilidade e ao carácter de obrigatoriedade que o isolamento comporta. A alexitimia, também citado como factor de risco, surge nos resultados que foram observados, pela incapacidade ou dificuldade em distinguir os processos fisiológicos derivados de fenómenos de somatização dos sintomas de doença provocada pela COVID-19. Este episódio, de acordo com o quadro teórico analisado, deve-se a uma resposta emocional desajustada ao acontecimento, que se traduz em maiores níveis de tensão corporais, que se relacionam com os processos de somatização. O facto, dos indivíduos não adequarem estratégias de coping, salienta-se como um resultado, também encontrado neste estudo.

Os principais fatores de risco para a ansiedade e para os processos de somatização na população confinada analisados sugerem que a pertença ao sexo feminino constitui um factor de risco para a ansiedade. Pelo facto, de a população do estudo ser constituída maioritariamente por mulheres, e por terem sido observados inúmeras situações que geraram medo e preocupação, que se justificam devido a uma maior intolerância psíquica a cenários de incerteza e à tendência comportamental mais comum de reprimir as emoções neste género. A sintomatologia de maior severidade da COVID-10 convergiu também de acordo com o quadro teórico, com sofrimento psicológico mais severo e pelo medo da imprevisibilidade característica desta nova doença. A perda de função e de estruturação ou planeamento de atividades dificultaram adaptações saudáveis, com estados emocionais

onde se observam sentimentos de frustração, tédio e de não-aceitação da condição do isolamento. A solidão foi também um fator considerado muito relevante, e a presença e contato com redes de suporte fomentou um aspeto facilitador. Muitos participantes salientaram que os problemas suscitados no isolamento, e também fatores de ansiedade, não terminaram após o isolamento ter sido concluído. Muitos anunciaram dificuldade em voltar à rotina, por medo de contrair reinfeção, e de voltarem a ter que repetir novamente a experiência do isolamento, que foi pressentida, de uma forma geral negativa e emocionalmente desastrosa. Foi observado stress pós-traumático, também de acordo com outros estudos encontrados. Outro motivo para a dificuldade de adaptação, à reinserção do quotidiano normal, deve-se também à sintomatologia COVID-19, ainda presente, que dificultou o desempenho das tarefas diárias, que antes eram fáceis de exercer. As dificuldades financeiras também impulsionaram a ansiedade .

No que concerne à análise da forma como as pessoas vivenciam períodos de isolamento social e profilático e às problemáticas de saúde mental associadas, observou-se que as emoções negativas determinam vivências traumatizantes, entre as quais a tristeza, a angústia, a desolação, a depressão, o pânico e a solidão. O medo do desconhecido e a incapacitação funcional desta nova doença. O facto de não haver uma consciencialização para a importância de adoção de estratégias que proporcionassem um melhoramento em termos de saúde mental foi um fator determinante na continuidade do mal-estar que se verificou, muitas vezes, e ainda após a conclusão do período de isolamento. Muitos dos problemas que foram surgindo depreendem dimensões que concernem sobretudo à sintomatologia grave psíquica, despoletada por diversas preocupações, que foi desenvolvida no contexto de privação e afastamento social. O sono e a capacidade para relaxar foi também comprometida, não só pela sintomatologia da doença, mas também devido a essas mesmas preocupações.

Face às estratégias pessoais que foram desenvolvidas para lidar com o isolamento e/ou sinais e sintomas, destacam-se como fatores protetores, o estabelecimento de comunicação com uma rede de apoio. A partilha de vivências similares promoveu um maior entendimento e aceitação da condição de isolamento. O conversar sobre as principais preocupações e sobre o estado de saúde com entes próximos, também ajudou e permitiu a aquisição de bens de primeira necessidade. A assistência de cuidados de saúde através de meio telefónico, proporcionou o esclarecimento de dúvidas e receios; atenuou preocupações e resolveu questões relacionadas com a continuidade de cuidados e com o ajustamento terapêutico, também para a diminuição da ansiedade. A organização de tarefas e o estabelecimento de rotinas afastou estados de aborrecimento e a sintomatologia ansiosa. O seguimento de novos desenvolvimentos sobre a doença através da televisão e o aprofundamento do conhecimento sobre a patologia contribuiu à diminuição do receio e da dúvida em alguns participantes. Para os entrevistados que vivenciaram isolamento em casa, o ambiente de convivência e interajuda proporcionou boas recordações, além da adoção de medidas profiláticas de contágio, que preveniram novas infeções no agregado familiar.

Relativamente à identificação de focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que definam uma estratégia de ajuda às pessoas em isolamento social/profilático e que vivenciem processos de ansiedade e de somatização, sugerem-se comportamentos promotores de saúde que possam encorajar ao desenvolvimento de resiliência e de fatores facilitadores de transição de eventos adversos, como a pandemia. No contexto do atendimento ao utente isolado, é imprescindível atender a aspetos que possam

determinar a vivência individual, tais como o gênero, o suporte social, as vivências relacionadas com a infecção, o tempo de isolamento e a exposição a meios de comunicação. A identificação de grupos vulneráveis com o reforço de cuidados preventivos e com a execução de intervenções psicoterapêuticas. O combate à solidão, através do incentivo ao acesso aos meios de comunicação virtuais, à disponibilização de recursos informativos e de centros de aconselhamento. O desenvolvimento de trabalhos psicoeducativos, sobretudo em populações de risco e o esclarecimento de estratégias de coping adequadas. A sensibilização, através de educação primária, sobre a doença e sobre as estratégias que podem determinar períodos de privação social mais harmoniosos.

Os resultados sugerem que há um caminho a percorrer no sentido de dar uma resposta mais assertiva às necessidades enaltecidas pelas pessoas em isolamento, através da identificação de fatores de risco entre a população e de uma formulação de cuidados preventivos mais abrangentes, que fomentem intervenções baseadas em transmissão de informação esclarecedora sobre a doença e em ensinamentos estratégicos que permitam uma vivência deste período mais saudável. Os enfermeiros de saúde mental dotados de competências, saberão aconselhar e assumir um papel preponderante na formação de redes de apoio para promover boas práticas. Frente a esta situação, surge a necessidade de pensar numa estratégia para melhorar a organização de planeamento dos cuidados e de assistência às populações mais vulneráveis à doença mental.

As estratégias de intervenção em enfermagem focadas nas diferentes condicionantes dos processos do isolamento, dão oportunidade às populações mais vulneráveis ou de risco em isolamento, de fortalecerem os seus recursos, o que lhes permitirá ultrapassar situações difíceis para condições de melhor saúde, caracterizadas por uma melhor capacitação.

O presente estudo traz contribuições para a Enfermagem pois permitiu saber mais sobre as vivências da população em isolamento e identificou algumas das estratégias que foram sendo desenvolvidas neste contexto. Os comportamentos facilitadores e protetores que foram sendo destacados, além dos dificultadores, determinaram momentos que foram sentidos de formas distintas. A informação que foi sendo formulada a partir dos fatores que mais influenciaram episódios de ansiedade, assim como as condutas adotadas, são pertinentes para a formulação de intervenções melhoradas na população em regime de isolamento. O que permitirá agir na promoção de condições consideradas determinantes para a saúde mental, e para o planeamento de cuidados mais completos e capazes de responder às verdadeiras necessidades dos utentes.

Esta investigação também permitiu refletir sobre o papel fundamental do enfermeiro especialista de saúde mental na promoção do bem-estar, e na assistência clínica que pode contribuir profundamente para a melhoria da qualidade de vida.

Este estudo, sobre uma problemática tão recente, detêm conhecimento que não é completo, e que certamente será melhorado no futuro. Com mais investigações que venham a ser desenvolvidas, saber-se-á mais sobre o impacto das medidas de isolamento e de distanciamento que foram sendo formuladas durante o período extenso que a pandemia determinou.

Importa também acrescentar que esta doença infecciosa trouxe sequelas e efeitos a longo prazo para a sociedade em geral. Para trabalhos futuros, será importante replicar o estudo em contextos culturais diferentes e com maior representatividade, no sentido de entender mais amplamente os resultados.

Bibliografia

- Afonso P. (2020). *O impacto da pandemia covid-19 na saúde mental*. cartas ao editor.
- Aires L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. universidade aberta.
- Almeida, J. D. (2014). *Saúde Mental Global, A Depressão, A Ansiedade e os Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior*. Estudo de prevalência e correlação.
- Almeida V. (2017). *Somatização e Expressão Emocional - Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de doutoramento, Universidade do minho.
- Association, A. P. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*.
- Aya, E., & Dincer B. (2021). The level of ruminative thought and alexithymia of people in the COVID-19 Pandemic Process. (P. Danubia, Ed.) 33, pp. 240-247.
- Banks J., Fancourt D., & Xu X. (2021). Mental Health and the COVID-19 pandemic. *Word happiness report*, pp. 107-130.
- Barcellos M., Burigo L., Agostinho M., & Katz N. (2017). *Teleconduta: Ansiedade*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa.
- Batista P., Duque V., Vaz A., & Pereira A. (2021). Anxiety Impact During Covid-19. *Journal of Infection in Developing Countries*.
- Ben-Erza M., Humama-Raz Y., Goodwin R., Leshem E., & Levin Y. (2021). *Association between mental health trajectories and somatic symptoms following a second lockdown in Israel*. longitudinal study.
- Bogdan R., & Bilken S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Calvante F., Oliveira I., Costa M., Silva V., Caetano J., Neto, N., & Barros, L. (2020). Intervenções para Promoção da Saúde Mental Durante a Pandemia da COVID-19. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Psicologia, Saúde & Doenças*.
- Campos C. (2000). Metodologia Qualitativa e Método Clínico-Qualitativo: Um Panorama Geral de Seus Conceitos e Fundamentos. *revista portuguesa de psicossomática*, pp. 93-108.
- Cerqueira B. (2019). *Relação entre Mindfulness, Alexitimia e Somatização*. Dissertação para obtenção do grau de mestre, Universidade da Beira Interior.
- Willis C. & Chalder T. (2021) Concern for COVID-19 cough, fever and impact on mental health. What about risks of somatic symptom disorder? *Journal of mental health*, 30, pp. 551-555.

- Coelho C. (2019). *Alexitimia e (des) regulação do Afeto em Estudantes Universitários: estudo de processos emocionais*. dissertação elaborada para obtenção do grau de mestre, universidade de lisboa.
- Coelho J., Sampaio F., Teixeira S., Parola V., Serqueira C., Fortuno M., & Merino J. (2019). *A relação de ajuda como Intervenção de Enfermagem*. Uma Scoping Review.
- Commision E. (2021). *EU Health Preparedness: Recommendations for a common EU approach regarding isolation for COVID-19 patients and quarantine for contacts and travellers*.
- Croicu C., Chwastiak L., Katon W. (2014). *Approach to the Patient With Multiple Somatic Symptoms*.
- DGS (2020) Abordagem ao Doente Com Suspeita ou Confirmação de COVID-19, Norma 004/2020 atualizada a 19/04/2020.
- DGS (2020) Norma COVID-19: Rastreio de contactos
- DGS (2020) *Norma 004/2020 de 16/03/2020 atualizada a 14/10/2020, COVID-19 Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19*.
- DGS (2020) *norma 011/2020: Covid-19 : fase de mitigação, Saúde mental*.
- DGS (2020) Novo Coronavírus COVID-19: Isolamento e Distanciamento.
- DGS (2020) *Orientação nº010/2020 de 16/03/2020, Infecção por SARS-Cov-2 (COVID-19) - Distanciamento Social e Isolamento*.
- Duarte D. (2018) *O Impacto da Alexitimia na Identificação Facial*. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade da Beira Interior.
- Elizalde-González J. (2020) Sars-CoV-2 and COVID-19: A Pandemic Review.
- Ordem dos Enfermeiros (2019) *Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Aprovado por Maioria, Sem Alterações na 6ª Assembleia Ordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Guarda.
- Oliveira M. & Fernandes C. (2020) Managing the coronavirus pandemic in Portugal: A step-by-step Adjustment of Health and Social Services. *12*, pp. 536-538.
- Ferreira A. (2021) *Ajustamento Psicológico de Aduos Portugueses à Pandemia por COVID-19: O Papel da Inflexibilidade Psicológica e da Centralidade do Acontecimento*. Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Fonseca A. (2020) *Estratégias de Coping e Saúde mental de Estudantes Universitários no Contexto da Pandemia Provocada pela COVID-19*. Mestrado de Psicologia Comunitária e Proteção de Crianças e Jovens em Risco.
- Fortin M. (1996) *O Processo de Investigação da Conceção à Realidade*. Faculdade de Ciências de Enfermagem, Montreal.
- Fritz N., Gene-Morales J., Berlanga-Saez A., C Babiloni-López A. J., & Colado J. (2021) *Effect of physical activity on COVID-19 symptoms*. narrative review.

- Gadermann A., Thomson K., Richardon C., Gadné M., Hirani S., & Jenkins E. (2021) *Examining the impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada. findings from a national cross-section study.*
- Gawrych M., Cichon E., & Kiejna A. (2021) *COVID-19 pandemic fear, life satisfaction and mental health at the initial stage of the pandemic in the largest cities in Poland.* Psychology, health and medicine
- Gomes E (2018) *Literacia em Saúde Mental dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.*
- Gracino Y., Louveira M., Gaudioso C., & Souza J. (2020) *Transtornos somatoformes durante a pandemia de COVID-19.*
- Gursoy B., Çakalogullari N., Uzer A. (2021) The Effect of Alexithymic characteristics on perceived stress and health anxiety during the COVID-19 pandemic. *European review for medical and pharmacological sciences*
- Heffner J., Vives M., & Hall O. F. (2021) *Anxiety, gender, and social media consumption predict COVID-19 emotional distress.*
- Henriques S. (2014) *Análise de conteúdo: Iniciação à investigação educacional.* Universidade Aberta.
- Huang B., Yan H., Cao G., Wang G., Meng J., Li G.; Wang J., Le W., Jiang H. (2021) The contribution of psychological distress to resting palpitations in patients who recovered from severe covid-19. *International Journal of General Medicine.*
- Becerra-García J., Ballesta G., Sanchez-Gutiérrez T., Resa S. & Calvo A. (2020) Sintomas Psicopatológicos durante la cuarentena por covid-19 en la población general Española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *rev. esp. Salud Pública, 94:9.*
- J Vieira; P Granja. (2020) *COVID-19: uma pandemia de saúde mental.*
- Jbireal J., Azab A., & Adwas A. (2019). *Anxiety: Insights into signs, symptoms, etiology, pathophysiology and treatment.* Sabratha University, Libya, Physiology Department.
- Jurblum M., Castle D., & Ng C. (2020) *Psychological consequences of social isolation and quarantine: issues related to COVID-19 restrictions.*
- Khanal P., Paudel K., Mehata I., Thapa A., Bhatta R. & Bhattarai H. (2022) *Anxiety and depressive symptoms among home isolated patients with COVID-19. cross-sectional study.*
- Koopman A., Georgiadou E., Reinhard I., Muller A., Lemenager T., Kiefer F., & Hillemecher T. (2021) *The Effects of the Lockdown during the COVID-19 Pandemic on Alcohol and Tobacco Consumption Behaviour In Germany.* European Addiction Research.
- Kyza E., Purpura L., Shah J., Cantos A., Nordwi, A., & Yin M. (2021). Anxiety, depression, insomnia and trauma-related symptoms following COVID-19 infection at long-term follow up. *brain , behavior & immunity - health.*
- Li R., Kapanoka J., Lindblom J., Korke R., Karlsson L., Karlsson H., Karukivivi, M. (2022) The Role of Alexithymia and Perceived Stress in Mental Health Responses to COVID-19: A conditional process model. *Journal of Affective Disorders.*

- Lima J. (2013) *Por uma análise de conteúdo mais fiável*. revista portuguesa de pedagogia.
- Lobo E. (2014) *Transtornos Psiquiátricos - Ansiedade*. Coimbra: Monografia realizada no âmbito da Unidade Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.
- Lopez-Lopez S., Wegmam-Ostrosky T., Perelman C., Sepulveda R., Rebodello P., & Cuapio A. (2021) *More than 50 long term effects of COVID-19*. a systematic review and meta-analysis, scientific reports.
- Madeiras A. (2020) *Cuidar com arte: Intervenções Psicoterapêuticas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no Controlo da Ansiedade*.
- Mari J. & Oquendo M. (2020) Mental Health Consequences of COVID-19: The next global pandemic.
- Marques L. (2020) *Impacto Psicologico da COVID-10 Numa Amostra da População Portuguesa: Sua Relação com Personalidade, Otimismo, Estratégias de Coping*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Escola Superior de Altos Estudos.
- Martínez-Taboas. (2020) *Pandemias, COVID-19 y Salud Mental : Qué Sabemos Actualmente*. universidade interamericana de Puerto Rico.
- Martins, D. (2017) *Literacia em Saúde Mental dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Mestrado em enfermagem.
- Martins, S. (2016) *A Relação Médico-Doente e a Somatização em Medicina Geral e Familiar*. Mestrado Integrado em Medicina - Trabalho Final, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Mautong H., Gallardo-Rumbea J., Alvarado-Villa G., Fernandez-Cadena J., Andrade-Molina D., & Orellana-Román, I. O. (2021) *Assesmet of depression, anxiety, and stress levels in the Ecuadorian general population during social isolation due to the COVID-19 outbreak*. cross-sectional study.
- Minayo M. & Costa A. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de Investigação Qualitativa. *revista lusófona de educação*, pp. 139-153.
- Morgado P. (s.d.). *Saúde Mental em tempos de pandemia COVID-19: uma perspectiva da Medicina*. Universidade do Minho.
- Nascimento S., Pereira C., Silva M., Mendonça T., Lourenço B., Gonçalves M., & Nobre A. (2020). *Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental*. breve revisão da literatura .
- Nascimento S., Pereira C., Caldas I., Silva M., Mendonça., T., Lourenço B., M Gonçalves:, A. N. (2020) *COVID-19 Pandemic and Mental Disorder: Brief Literature Review, Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*.
- Nunes J. (2012). *Sintomas Somatoformes em Medicina Geral e Familiar, Tese de Doutoramento em Medicina Especialidade de Clínica Geral, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas*.
- Nunes J., Figueira S., Basílio N. (2015) Perceção do diagnóstico de depressão e ansiedade pelo médico de família conforme o género do paciente. *Rev Port Med Geral Fam*, pp. 384-90.

- Nunes L. (2013) *Considerações éticas: atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*.
- Orozco J., & Baldares M. (2020) Transtornos de Ansiedad: Revisión Dirigida para Atención Primaria. *Revista Medica de Costa Rica Y Centroamerica*, pp. 497-507.
- Ozmete E., Pak M. (2020) *The Relationship between anxiety levels and perceived social support during the Pandemic of COVID-19 in Turkey*. a systematic review.
- Patrão I., Araújo A., Enes-Pinheiro B., Figueiredo C., Lobo G., Cardia-Pereira I., Sena J., Pestana P., Cabral S., Pereira T., Pimenta F. (2020) *Impacto Psicossocial do vírus COVID-19: Emoções, Preocupações e Necessidades Numa Amostra Portuguesa*. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Pavani F., Silva A., Olschowsky A., Wetzel C., Nunes C., Souza L. (2021) *COVID-19 and repercussions in mental health*. a narrative review of literature.
- Pereira A., Cardoso A., Teixeira E., Spilker M., Silva M., Oliveira N. (2011) *Análise de Conteúdo de uma Revista Semi-Estruturada*.
- Pinheiro A. (2018) *Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em Enfermagem de Saúde Mental*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Pinto A. (2014) *Tratamento Farmacológico da Ansiedade*. Coimbra: Monografia realizada no âmbito da Unidade Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.
- Pinto I., Campos C., Siqueira C. (2018) *Investigação Qualitativa : Perpetiva geral e importância para as ciências da nutrição*. artigo de revisão acta portuguesa de nutrição.
- Prata F. (2012) *Tratamento da Ansiedade*. Universidade fernando pessoa.
- Prout T., Zilcha-Mano S., Doorn K., Békés V., Chtistman-Cohen I., Kui T., & Guiseppe M. (2020) *Identifying Predictors of Psychological Distress During COVID-19: A Machine Learning Approach*.
- Quartilho M. (2016). O Processo de Somatização: Conceitos, Avaliação e Tratamento. (I. d. Coimbra, Ed.)
- Rafagnin M., Madruga M., Furtado D. (2020) Instrumentos para a pesquisa social: noções básicas. pp. 2137-2154.
- Ramos C. (2015) *O Impacto da Parentalidade Negativa na Ansiedade Infantil: Um Olhar sobre a Ansiedade e o Controlo Parental*. Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre de Psicologia.
- Rebelo S., Carvalho J. (2014). Ansiedade: Intervenções de Enfermagem. *Revista de Enfermaria de Salud Mental*.
- República D. d. (2018). *Parte E: Ordem dos Enfermeiros, regulamento n 515/2018*.
- Sampaio F., Ribeiro A., & Santos A. (2011) *A Ansiedade e os Sistemas de Informação em Enfermagem: Elaboração de Um Catálogo CIPE*.
- Santos E. D., Paula J., Tardieux F., V Silva A. L. (2021) *Association between COVID-19 and anxiety during social isolation*. a systematic review.

- Santos, L. D., Lima, L., F Garcia F., F. M., Silva, N., Silva, J., & Santos, R. (2019) *Orientações Metodológicas para a Elaboração de Trabalhos; centro de investigação e desenvolvimento CIDIUM.*
- Santos L., Lima J. V., Santos R., Laranjo P., Fachada, C. (2019) *Orientações Metodológicas Para a Elaboração de Trabalhos de Investigação.* Instituto Universitário Militar.
- Sazakli E., Leotsinidi M., Bakola M., Kitsou K., Katsifara A., Konstantopoulou A., Jelastopulu A. (2021) Prevalence and associated factors of anxiety and depression in students at a Greek university during COVID lockdown. *Journal of Public Health Research, 10:2089.*
- Seens H., Modarresi S., Fraser J., MacDermid J., Walton D., Grewal R. (2021) *The Role of Sex and Gender in the Changing Levels of Anxiety and Depression During The COVID-19 Pandemic.* a cross-sectional study.
- Sharma K., Kumar J., Saki J., & Raju A. (2020) *Psychological and Anxiety/Depression Level Assessement Among Quarantine People During COVID-19 Outbreak.* Journal of Drug Delivery and Therapeutics.
- Shevlin M., Nolan E., Owczarek M., McBride O., Murphy J., Miller J., & Hartman T. (2020) COVID-19 related anxiety predicts somatic symptoms in the UK population. *british journal of healrh psychology.*
- Silva M. D., Rocha R., Jahrami M., & Cunha K. (2021) A Systematic Review of the prevalence of anxiety symptoms during coronavirus epidemics. *Journal oh Health Psychology.*
- Srohle A., Gensichen J., & Domschle K. (2018) *The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders.* Deutches Arzteblatt International.
- Swift P., Cylarova E., Goldie I., & Sullivan C. (2014) Living with Anxiety, Understanding the Role and Impact of Anxiety in Our Lives. *Mental Health Awareness Week.*
- Tavares S. (2015) *Alexitimia.* Artigo de revisão na Área Científica de Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Campos & Turato (2009) Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perpectivas. *revista latino-americana de enfermagem.*
- Vasconcelos J. (2020) *Efeitos de cronótipo e da alexitimia no reconhecimento de identidade.* dissertação para obtenção do grau de mestre em psicologia clinica e de saúde.
- Vieira C. (2019) *Investigação, conhecimento científico e responsabilidade social: reflexões a partir das Ciências Sociais e Humanas.* universidade de Coimbra, Centro de Investigação em Educação em adultos e Intervenção Comunitária.
- Vieta E., Pérez V., & Arango C. (2020) Psychiatry in the aftermath of COVID-19 pandemic. . *Revista de Psiquiatria y Salud Mental.*
- Vosgerau D., Pocrifka D., & Simonian M. (2016) *Etapas da análise de conteúdo complementadas por ciclos de codificação: possibilidades a partir do uso de software de análise qualitativa de daods.*

- Wang X., Li X., Guo C., Hu Y., Xia L., Geng F. (2021). *Prevalence and Correlates of alexithymia and its relationship with life events in chinese adolescents with depression during the covid-19 pandemic.*
- WHO (2022) *Mental health and COVID-10: Early evidence of the pandemic's impact.*
- Wilikialis L., Rodrigues N., Cha D., A S., Majeed A., Lui L., Gill, B. (2021). *Social Isolation , Loneliness and Generalized Anxiety: Implications and Associations during the COVID-19 Quarantine.* brain sciences.
- Willis C., & Chalder T. (2021). Concern for COVID-19 cough, fever and impact on mental health. What about risk of somatic symptom disorder? *journal of mental health*, 30(5), pp. 551-555.
- Yildirim M., Akgul O., Geçer E. (2021).*The Effect of COVID-19 Anxiety on General Health: the role of covid-19 Coping.*
- Zaviaszkina N., Vedmedenko A. (2020) *Alexithymia as factor of somatization of Psychological Problems.*

ANEXOS

Anexo 1: Blocos Temáticos da Entrevista Semi-Estruturada

Designação dos Blocos	Objectivos	Formulário de Perguntas
A. Legitimação da entrevista e motivação	<p>A.1. Motivar o entrevistado a participar na entrevista;</p> <p>A.2. Legitimar a entrevista.</p>	<p>A.1.1. Informar sobre a pesquisa desenvolvida e seus objectivos;</p> <p>A.1.2. Solicitar a colaboração do entrevistado salientando a importância do estudo;</p> <p>A.2.1. Assegurar confidencialidade de todas as informações fornecidas;</p> <p>A.2.2. Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados.</p> <p>A.2.3. Caso deseje, em qualquer altura poderá parar a entrevista.</p> <p>A.2.4. Solicitar autorização para a gravação da entrevista, que após tratamento da informação será destruída.</p>
B. Caracterização do entrevistado	B.1. Caracterizar os participantes do estudo	<p>B.1.1. Solicitar dados sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Idade,b) Género,c) Profissãod) Tempo estimado de isolamento
C. Natureza do isolamento	C.1. Identificar as causas e motivo do isolamento	<p>C.1.1. Quando lhe fiz o convite para esta entrevista disse-me que tinha estado em isolamento. Porque razão lhe foi indicado o isolamento?</p> <p>C.1.2. De que tipo de isolamento se tratou? Quem indicou que devia permanecer em isolamento?</p> <p>C.1.3 (Se o isolamento ocorreu com indicações profiláticas): tem ideia de ter estado com alguém infetado? Como ocorreu esse contacto?</p>

		<p>C.1.3. (Se o isolamento ocorreu após infecção): Como soube que estava infetada/o? Que sintomas apresentava?</p> <p>C.1.4. Durante quanto tempo esteve em isolamento? Pode partilhar comigo o que mais o/a preocupou? E passado este tempo, do que se lembra desse isolamento?</p>
D. Sintomatologia de ansiedade e de somatização	D.1. Identificar sintomas de ansiedade e de eventuais processos de somatização	<p>D.1.1. Em que medida se sentiu ansiosa/o durante o processo de isolamento? Nessa altura, quais eram as suas principais preocupações?</p> <p>D.1.2. Qual o impacto que essa preocupação tinha no seu dia-a-dia? Conseguia fazer tudo o que tinha programado estando isolado/o ou não? Conseguia relaxar? E relativamente ao sono, conseguia ter um sono repousante?</p> <p>D.1.3. Se sentiu ansiedade, falou com alguém sobre isso? Que ajuda teve? De quem? Foi-lhe prescrita alguma medicação para o efeito?</p> <p>D.1.4. 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?</p> <p>D.1.5. Se sentiu sintomas devidos a essa ansiedade, quer dizer-me quais eram?</p> <p>D.1.6. Sentiu que havia medidas que podiam aliviar a ansiedade? Quais eram?</p> <p>D.1.7. Por último, quando terminou o isolamento esses problemas continuaram ou terminaram?</p>
E. Fatores de risco para a ansiedade e	E.1. Identificar fatores de risco para a ansiedade e	E.1.1. Ficou em isolamento sozinho ou com alguém com quem vive? Teve medo de infetar alguém?

<p>processos de somatização</p>	<p>eventuais processos de somatização</p>	<p>próximo? Alguém próximo de si pertence a algum grupo de risco?</p> <p>E.1.2. Manteve contato social através de internet ou telefone com amigos e familiares? Com quem? Sentiu-se sozinho/a?</p> <p>E.1.3. O facto de ter ficado em isolamento teve consequências a nível da sua renumeração ou situação económica? Se sim, teve algum tipo de ajuda?</p> <p>E.1.4. Seguiu pelo noticiário o desenvolvimento da pandemia ou preferiu distanciar-se? Porquê?</p> <p>E.1.5. Considera que houve algum fator no seio doméstico que tivesse aumentado sintomatologia ansiosa? Se sim, qual? Procurou ajuda?</p> <p>E.1.6. Houve alguma problemática que tivesse piorado a ansiedade? Procurou ajuda de alguém? De quem? A questão foi resolvida?</p> <p>E.1.7. Quando terminou o isolamento os problemas causadores da ansiedade foram resolvidos ou continuaram?</p>
<p>F. Vivência do período de isolamento social e profilático</p>	<p>F.1. Analisar a forma como é vivenciado o período de isolamento social e profilático</p>	<p>F.1.1. Como organizou a sua rotina durante o isolamento? Alguém o/a ajudou a confeccionar as suas refeições ou a adquirir alimentos no supermercado?</p> <p>F.1.2. Como ocupou o tempo do isolamento? Desenvolveu atividades de lazer que o ajudaram a sentir-se bem?</p> <p>F.1.3. Teve oportunidade de desenvolver a sua atividade profissional durante o período de isolamento? Ou enquanto estudante, desenvolveu algum tipo de atividade académica?</p>

		<p>F.1.4. Considera que os meios de saúde que o/a acompanharam durante o período em que esteve em isolamento foram eficazes?</p> <p>F.1.5. É fumador? Se sim, considera que houve alguma diferença significativa no consumo de tabaco durante o período em que esteve em isolamento?</p> <p>F.1.6. Costuma ingerir bebidas alcoólicas? Se sim, considera que houve alguma diferença significativa no consumo durante o período em que esteve em isolamento?</p> <p>F.1.7. Considera que a experiência do isolamento comprometeu de forma significativa as suas tarefas? De uma forma geral, como foi vivenciado para si o isolamento?</p>
I. Finalização	I.1. Agradecer a colaboração prestada	I.1.1. Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada.

Anexo 2: Guião da Entrevista Semi-Estruturada

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

TEMA: Ansiedade e somatização em pessoas em
isolamento social e profilático devido ao COVID-19:
Um estudo qualitativo

Orientação:
Professor Doutor Wilson
Abreu
Coorientadora:
Professora Doutora Regina
Pires

Porto, 2022

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

Juliana Manuela Simão Garlet, estudante do 2º ano do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, ano letivo 2021 / 2022, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a desenvolver a dissertação “Ansiedade e somatização em pessoas em isolamento social e profilático devido ao COVID-19”, sob orientação do Professor Doutor Wilson Abreu, com os seguintes objetivos:

- avaliar a presença de sintomas de ansiedade nas pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19;
- avaliar a presença de sintomas de somatização nas pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19;
- identificar fatores de risco para a ansiedade e processos de somatização nas pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19;
- analisar a forma como as pessoas vivenciam os períodos de isolamento social e profilático e as problemáticas de saúde mental associadas;
- identificar as estratégias pessoais que as pessoas desenvolvem para lidar com o isolamento e/ou sinais e sintomas;
- identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às pessoas em isolamento social ou profilático devido ao COVID-19 e que vivenciem processos de ansiedade e de somatização.

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 participantes com suspeita de infecção do vírus SARS-CoV-2 ou tiveram a infecção confirmada. 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.

Parte III: **Entrevista semi-estruturada**

Género:

- Feminino
- Masculino

Idade: _____ anos

Profissão: _____

Tempo estimado de isolamento: _____

1. Identificar **as causas e motivo do isolamento**

1.1. Quando lhe fiz o convite para esta entrevista disse-me que tinha estado em isolamento. Porque razão lhe foi indicado o isolamento?

1.2. De que tipo de isolamento se tratou? Quem indicou que devia permanecer em isolamento?

1.3. (Se o isolamento ocorreu com indicações profiláticas): Tem ideia de ter estado com alguém infetado? Como ocorreu esse contacto?

1.3. (Se o isolamento ocorreu após infecção): Como soube que estava infetada/o? Que sintomas apresentava?

1.4. Durante quanto tempo esteve em isolamento? Pode partilhar comigo o que mais o/a preocupou? E passado este tempo, do que se lembra desse isolamento?

2. Identificar **sintomas de ansiedade e de eventuais processos de somatização**

2.1. Em que medida se sentiu ansiosa/o durante o processo de isolamento? Nessa altura, quais eram as suas principais preocupações?

2.2. Qual o impacto que essa preocupação tinha no seu dia-a-dia? Conseguia fazer tudo o que tinha programado estando isolado/o ou não? Conseguia relaxar? E relativamente ao sono, conseguia ter um sono repousante?

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

2.4. 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?

2.5. Se sentiu sintomas devidos a essa ansiedade, quer dizer-me quais eram?

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

2.7. Por último, quando terminou o isolamento esses problemas continuaram ou terminaram?

3. Identificar **fatores de risco para a ansiedade e eventuais processos de somatização**

3.1. Ficou em isolamento sozinho ou com alguém com quem vive? Teve medo de infetar alguém próximo? Alguém próximo de si pertence a algum grupo de risco?

3.2. Manteve contato social através de internet ou telefone com amigos e familiares? Com quem? Sentiu-se sozinho/a?

3.3. O facto de ter ficado em isolamento teve consequências a nível da sua renumeração ou situação económica? Se sim, teve algum tipo de ajuda?

3.4. Seguiu pelo noticiário o desenvolvimento da pandemia ou preferiu distanciar-se? Porquê?

- 3.5. Considera que houve algum fator no seio doméstico que tivesse aumentado sintomatologia ansiosa? Se sim, qual? Procurou ajuda?
- 3.6. Houve alguma problemática que tivesse piorado a ansiedade? Procurou ajuda de alguém? De quem? A questão foi resolvida?
- 3.7. Quando terminou o isolamento os problemas causadores da ansiedade foram resolvidos ou continuaram?

4. Analisar a **forma como é vivenciado o período de isolamento social e profilático**

- 4.1. Como organizou a sua rotina durante o isolamento? Alguém o/a ajudou a confeccionar as suas refeições ou a adquirir alimentos no supermercado?
- 4.2. Como ocupou o tempo do isolamento? Desenvolveu atividades de lazer que o ajudaram a sentir-se bem?
- 4.3. Teve oportunidade de desenvolver a sua atividade profissional durante o período de isolamento? Ou enquanto estudante, desenvolveu algum tipo de atividade académica?
- 4.4. Considera que os meios de saúde que o/a acompanharam durante o período em que esteve em isolamento foram eficazes?
- 4.5. É fumador? Se sim, considera que houve alguma diferença significativa no consumo de tabaco durante o período em que esteve em isolamento?
- 4.6. Costuma ingerir bebidas alcoólicas? Se sim, considera que houve alguma diferença significativa no consumo durante o período em que esteve em isolamento?
- 4.7. Considera que a experiência do isolamento comprometeu de forma significativa as suas tarefas? De uma forma geral, como foi vivenciado para si o isolamento?

Anexo 3: Caraterização dos Participantes

Entrevistado	Género	Idade	Profissão	Tempo estimado de isolamento
1	Feminino	83	Comerciante (reformada)	Cerca de três meses
2	Feminino	40	Contabilista certificada	Três semanas
3	Feminino	48	Professora	Dois semanas
4	Feminino	43	Enfermeira	Catorze dias
5	Feminino	26	Auxiliar num lar (em baixa médica)	Cerca de um mês
6	Feminino	54	Enfermeira	Dois meses
7	Masculino	56	Proprietário de um café	Doze dias
8	Feminino	53	Inspectora Tributária	Primeiro isolamento (profilático) foram catorze dias, no segundo (da infeção) dez dias
9	Masculino	58	Profissional da GNR (fora da efetividade de serviço)	Cerca de doze dias
10	Feminino	46	Auxiliar num lar	Vinte dias
11	Masculino	53	Diretor comercial	Cerca de doze dias
12	Feminino	58	Auxiliar num lar	Cerca de um mês

Anexo 4: Matriz das Entrevistas Semi-Estruturadas

Entrevistas Semi-Estruturadas		
Domínio: Causas e Motivos do Isolamento		
Categoria	Subcategoria	Caraterização
Motivo do Isolamento		<p>A amostra do estudo descreve o contágio como uma causa conhecida, na medida em que todos os entrevistados identificaram o contacto social ou o contexto em que contraíram a doença.</p> <p>Os contextos do contágio foram diversos. Maioritariamente os contactos ocorreram em contexto laboral, seguidos pelos contactos sociais em convívios entre amigos e por último o contexto doméstico ou familiar.</p>
Natureza do isolamento	Autoridade que decretou o isolamento	<p>Dos doze entrevistados, houve duas pessoas que vivenciaram o isolamento profilático e o isolamento por infeção. Uma pessoa descreveu a experiência do isolamento profilático e nove ficaram em isolamento por infeção confirmada. Das entidades que decretaram o isolamento destacam-se a DGS e o delegado de saúde, também foram mencionadas as identidades superiores das instituições laborais, a saúde pública, a saúde 24, os médicos de família e os profissionais de medicina hospitalar.</p>
Contacto com alguém infetado (isolamento profilático)		<p>Duas pessoas descrevem contacto com alguém infetado o que terá resultado no isolamento profilático. As ocorrências destes contactos foram no local de trabalho.</p>
Conhecimento da infeção (isolamento com a infeção)	Sintomas da infeção	<p>A população da amostra descreve na maioria sintomatologia ligeira como por exemplo, perda de olfato, paladar, cefaleias e dores musculares. Metade dos participantes referiu ter tido febre e duas pessoas apresentaram astenia significativa com dificuldades na locomoção. Duas pessoas mencionaram ter tido falta de ar e um entrevistado sentiu falta de orientação e equilíbrio, com necessidade de ser assistido em contexto hospitalar durante um dia.</p>
Tempo do isolamento		<p>O tempo do isolamento assumiu valores diversificados. Um dos participantes ficou três meses em isolamento, três pessoas permaneceram em casa mais do que um mês e duas pessoas estiveram em</p>

		<p>casa cerca de três semanas. Os restantes participantes de duas semanas a dez dias.</p>
Recordações do isolamento	Preocupação predominante	<p>O grupo inquirido manifestou alguma dificuldade em identificar a preocupação predominante. Todavia a maioria referiu grande desânimo pela perda de rotina. Alguns entrevistados referiram-se ao isolamento como uma privação de liberdade imposta pelo seu carácter de obrigatoriedade; o facto de estar só, de não poder conviver, nem sequer com os restantes membros da família; estar instalado num pequeno compartimento; o facto de sentirem as tarefas muito limitadas, a impossibilidade de prestar ajuda aos restantes elementos com quem habitualmente convivem. Um dos participantes manifestou ainda grande desassossego por ver as suas tarefas laborais impedidas.</p> <p>Outra observação foi a preocupação do contágio de outros, o medo instalou-se. O receio contínuo com o problema da proximidade de outros o que conduzia a uma limitação da ação e exigia grande autocontrolo, com atenção a todos os gestos.</p> <p>Foi observado o medo da doença, os sintomas que surgiram e o receio da progressão que a mesma iria ter. Além da sua enfermidade, um dos entrevistados revelou como principal preocupação a situação clínica de um ente próximo, também infetado, mas que apresentava sintomatologia severa.</p> <p>Em rigor, um grande número de entrevistados tinha dificuldade em responder, e apresentavam dúvidas em esclarecer qual a sua principal inquietação, bloqueados pela experiência que tinham vivenciado.</p>

Domínio: Sintomas de ansiedade e processos de somatização		
Categorias	Subcategorias	Caraterização
Ansiedade durante o isolamento	Etiologia da ansiedade	<p>Ao longo do isolamento foram verificados numa maior parte dos entrevistados vários estados emocionais que culminaram numa situação de preocupação excessiva devido a etiologias distintas. Um dos entrevistados que se encontrava em processo de luto, pelo falecimento do cônjuge por</p>

		<p>covid, expressou sentimento de abandono e de desinteresse pela vida. Houve a negação da doença, sem que isso resultasse numa diminuição da angústia. Outros anteciparam o sofrimento perante o desconhecimento de uma doença ainda pouco estudada. Foi observado que por vezes, o sentimento de solidão no isolamento acabou por ser mais forte que a própria doença, o receio de contágio de outros; a existência de outras patologias de risco como um factor de complicação. Mais do que a sintomatologia, foi narrado que o afastamento dos familiares e o estado clínico do mesmo foi um aspecto causador de ansiedade. Um dos participantes descreveu como factor de sofrimento a realização contínua de testes PCR para deteção do vírus. A falta de rotinas foi marcante, mas houve participantes que souberam criar estratégias de coping a fim de ocupar o tempo de forma estruturada, fazendo coisas úteis e agradáveis. Um dos indivíduos descreveu que a par da sintomatologia medianamente gravosa, o que mais o perturbou foi o facto de não poder ir trabalhar, tendo fechado as portas do seu estabelecimento comercial.</p>
	<p>Impacto da preocupação no dia-a-dia e tarefas diárias realizadas</p>	<p>Na amostra em estudo é possível observar que houve impactos consideravelmente diferentes perante a experiência de isolamento e a doença. Verificou-se que em doentes com sintomatologia mais gravosa há um impacto e uma preocupação maior no dia-a-dia, dado que o facto de não conseguirem realizar as tarefas devido à falta de forças e a problemas respiratórios é uma</p>

	<p>condicionante. Para outros, mais do que a limitação a nível dos sintomas de covid foi o isolamento em casa e para alguns também a falta de aceitação da doença, o que os impedia de organizar e estruturar o dia-a-dia.</p> <p>Um dos participantes, apesar dos sintomas não serem significativos, entrou num estado depressivo e desolado, pelo processo de luto do companheiro que estava dificultado. Por outro lado, houve quem fizesse tarefas laborais online e outros aproveitaram para ler e criaram rotinas.</p>
Relaxamento	<p>A maior parte da população da amostra refere que teve dificuldades em relaxar. Uma pessoa refere que o facto de estar confinada a uma área física muito restricta impediu o desenvolvimento de sentimentos de tranquilidade, outro entrevistado sentiu-se incapacitado em relaxar, devido à falta de horários e à uniformização das tarefas ao longo do dia, acabou por não planear horas definidas de descanso e descreveu fraca motivação e concentração para a realização de tarefas. Um outro indivíduo sublinhou que a preocupação sentida ao longo do tempo acabou por desaparecer.</p>
Sono	<p>As entrevistas descrevem diferentes causas que dificultaram um sono de qualidade, entre as quais a sintomatologia da doença e a presença de sentimentos de intranquilidade/angústia. Uma entrevistada referiu uma grande inquietude e solidão que não permitiam um sono tranquilizante e que costumava despertar à noite com frequência. Três pessoas</p>

	<p>descreveram sintomas físicos entre os quais, tosse intensa, dores fortes e febre que perturbaram o sono. Um entrevistado descreve uma sensação de “sufoco” durante a noite que impedia o sono. Para adormecer, um indivíduo da amostra recorria à toma de medicação ansiolítica.</p> <p>Um entrevistado descreve que as dificuldades em ter um sono repousante se mantinham ainda após o término do isolamento.</p>
Ajudas sociais ao longo do processo do isolamento	<p>As ajudas sociais durante o isolamento contribuíram para uma maior sensação de bem-estar. Foi descrita a partilha de preocupações com profissionais de saúde, familiares, colegas de trabalho e amigos.</p> <p>Porém, cerca de metade dos participantes não tiveram qualquer tipo de acompanhamento ou ajuda social significativa. Nestes casos verificaram-se sentimentos de desolação mais comuns.</p> <p>Dois dos entrevistados preferiram não partilhar os seus anseios com os entes próximos, por opção pessoal, com a intenção de não causar preocupação. Um entrevistado descreve que apenas após o levantamento do isolamento houve uma expressão de desabafo e de interação social. Outra pessoa, descreve que aguardou impientemente por ajuda médica e seguimento por psiquiatria, porém nada acabou por acontecer, as pessoas amigas não se aproximavam com o medo da doença, a solidão foi sentida com grande intensidade.</p>

	Medicação prescrita para a ansiedade	Duas pessoas da população inquirida foram medicadas para a ansiedade. As indicações terapêuticas foram realizadas em ambas as situações pela médica de família. Um dos participantes aumentou a dosagem de victan (ansiolítico) e outro iniciou medicação anti-depressiva e ansiolítica diária, com a introdução de diversos comprimidos.
Somatização durante o isolamento	Associação de novos problemas de saúde com a ansiedade	<p>Ocorreu um aparecimento de problemas físicos e psíquicos distintos associados à ansiedade. Dentro da sintomatologia física foi descrita perda de peso e de força, taquicardias, dores de cabeça e falta de ar. Os sintomas psíquicos presentes foram desespero, humor depressivo, inquietação, falta de concentração e esquecimentos frequentes.</p> <p>Dois participantes que experienciaram isolamento profilático descreveram a possibilidade de terem sentido sintomas psicossomáticos, entre os quais, sibilância ao respirar, tosse, dores de garganta. Um dos casos refere que o conhecimento do teste covid com resultado negativo coincidiu com o desaparecimento das dores de cabeça sentidas até então.</p> <p>Por último, também é relatada sintomatologia que se manteve após o término do isolamento, a respiração ofegante e “uma sensação de vazio” incapacitante; contudo, os intervenientes não fazem uma associação clara destes últimos sintomas com a ansiedade.</p>
	Sintomas de ansiedade	Foram presenciados sintomas de ansiedade com severidade distintas, apenas cinco

		<p>participantes referem não terem apresentado sintomas de ansiedade. Três entrevistados exprimiram sentimentos de irritabilidade, um dos quais, inquietação, fraca concentração e sono perturbado. Os restantes participantes referem sintomas físicos de maior gravidade entre os quais, perda de cabelo, perda de peso, tremores, taquicardias e palpitações. Ocorreu um episódio de síncope associado ao excesso de stress, num momento de grande angústia, quando o entrevistado soube do estado clínico delicado de um familiar próximo devido à infeção.</p>
Sintomas de ansiedade	Estratégias de coping utilizadas	<p>Os participantes que souberam implementar estratégias de coping apresentaram sintomas ansiosos mais diminutos. Relatam que a implementação de horários e a criação de uma rotina foi um contributo para que o isolamento fosse mais facilitado e produtivo. Houve quem aproveitasse para realizar tarefas dada a possibilidade de ter mais tempo vago; a comunicação interpessoal, acompanhamento e o esclarecimento de dúvidas por profissionais de saúde também foram aspetos que auxiliaram. Um dos participantes descreve que o cuidar das plantas e dos animais domésticos permitiu momentos de lazer e de distração.</p> <p>Contudo, mais de metade da amostra não adotou medidas que contribuíssem para um alívio da ansiedade, muitos não souberam como direccionar ou adquirir conhecimentos para um bem-estar maior. Foi possível verificar que a consciencialização sobre a importância desta temática não</p>

		estava devidamente esclarecida entre os intervenientes.
Problemas do isolamento após o término do período de isolamento		<p>Muitos dos entrevistados que demonstraram índices de ansiedade mais relevantes continuaram a ter problemas relativos ao isolamento mesmo após o seu término.</p> <p>Foi possível concluir que há diversos factores que dificultaram uma transição harmoniosa da hospitalização domiciliária ao regresso à rotina. Pelo menos três pessoas descreveram que o medo de contrair novamente a doença intensificou-se, com grande anseio de voltar a sair de casa e de frequentar sítios com aglomerados significativos de pessoas. A sintomatologia apresentada em casa manteve-se por longos períodos, com taquicardias recorrentes, falta de apetite, respiração ofegante e ansiedade. Houve sintomatologia menos intensa, como cansaço que em parte causou apreensão ligeira. Alguns fatores dificultaram uma recuperação súbita, um dos familiares de um participante adoeceu gravemente com a infeção e um cônjuge faleceu também vítima da doença. Outro participante descreveu que as preocupações económicas foram sentidas durante muito mais tempo devido à falta de rendimentos no seio familiar.</p>

Domínio: Factores de risco para a ansiedade e eventuais processos de somatização		
Categorias	Subcategorias	Caraterização
Isolamento vivenciado sozinho ou acompanhado		Quatro indivíduos passaram o isolamento sozinhos e duas pessoas estiveram sozinhas

		<p>numa primeira fase da doença e depois juntamente com o cônjuge, após este ter também ficado infectado. Os restantes participantes partilharam o meio doméstico com os membros familiares. Houve cinco pessoas que ficaram limitadas a uma só divisão da casa durante o período total ou parcial do isolamento.</p>
<p>Receios durante o isolamento</p>	<p>Pertença de alguém próximo a um grupo de risco</p>	<p>Quatro pessoas referem não ter qualquer pessoa próxima pertencente a um grupo de risco. Seis pessoas têm familiares pertencentes a grupos de risco, porém evitaram o contacto pessoal durante a fase pandémica.</p> <p>Duas pessoas tiveram contacto próximo com familiares pertencentes a grupos de risco; numa situação houve contágio e desenvolvimento de doença com sintomatologia grave. Noutra situação, a familiar ficou em isolamento profilático na sua habitação, assintomática.</p>
<p>Contatos sociais através da internet ou telefone</p>	<p>Manutenção dos contactos sociais através da internet e telefone</p>	<p>Apenas uma pessoa negou o contacto social e preferiu não partilhar vivências no isolamento. Todos os restantes participantes contactaram com amigos e familiares próximos o que facilitou a experiência do isolamento.</p>
<p>Contatos sociais através da internet ou telefone</p>	<p>Sentimentos de solidão</p>	<p>Duas participantes tiveram uma experiência de isolamento sozinhas referem que sentiram sentimentos de solidão demarcados e contínuos durante o isolamento. Um entrevistado refere que quando ficou sozinho no quarto durante a infeção,</p>

		<p>após a recuperação do cônjuge, sentiu-se mais desolado.</p> <p>Todos os anseios que foram sentidos por um dos entrevistados dificultaram a valorização dos contatos sociais que foram estabelecidos, com numerosos telefonemas ao longo dos dias; depois da conclusão do isolamento refletiu sobre a importância que tiveram.</p>
Renumeração e situação económica	Consequências a nível da renumeração e situação económica e ajudas financeiras	<p>Quase metade dos inquiridos viram os rendimentos salariais reduzidos devido à infeção por covid-19.</p> <p>Após o isolamento um dos inquiridos acabou por ficar mais tempo em casa com baixa médica, o que minimizou os ganhos laborais. Outro participante durante a doença, com o encerramento do seu estabelecimento comercial, não teve possibilidade de obter rendimentos ao longo desse período; o que apontou ser a causa principal de ansiedade vivida. Acrescentou também que as ajudas financeiras atribuídas pelo estado não foram suficientes.</p>
Seguimento da pandemia através de noticiários	Motivo de aproximação ou distanciamento da pandemia através do noticiários	<p>Três inquiridos preferiram distanciar-se dos noticiários durante o período obrigatório em casa. Um dos participantes sentiu um desinteresse sobre as notícias a partir do contágio, outro afastamento aconteceu devido à sobrecarga sentida de informação sobre a pandemia transmitida na televisão, e ao facto de ter vivenciado essa realidade simultaneamente. Houve a preferência em assistir a</p>

		<p>programas com conteúdos diferentes.</p> <p>O resto dos intervenientes viu sempre os noticiários com muita frequência por interesse em saber a evolução da doença. Duas pessoas referem que este aspeto contribuiu para a ansiedade; pelo medo que outras pessoas próximas ficassem infetadas devido ao número expoente de contágios diários. A falta de camas nos cuidados intensivos intensificou o medo, numa altura em que um familiar estava numa destas unidades, em luta contra a doença.</p> <p>Por outro lado, o ler sobre a doença contribuiu para um esclarecimento e atenuou o medo. O saber que havia mais pessoas na mesma situação de doença/isolamento ajudou também na superação da ansiedade.</p>
<p>Factor no seio doméstico de ansiedade e preocupação</p>	<p>Resolução do problema no seio doméstico e ajudas</p>	<p>Não houve nenhum factor no seio doméstico de ansiedade e preocupação relevante que tivesse sido identificado. Para além, do perigo de contágio ou de agravamento da doença para outros membros familiares, todos os participantes descreveram um ambiente em casa harmonioso e de entreajuda. Em três casos verificou-se uma preocupação comum de transmissão do vírus no seio familiar, mas que com a implementação dos devidos cuidados acabou por não acontecer. Uma das pessoas entrevistadas ficou privada de cuidar dos pais que habitavam</p>

		outra casa, o que causou uma preocupação contínua.
Factor para a ansiedade	Ajudas procuradas e resolução do factor de ansiedade	<p>A maior parte dos entrevistados não procurou ajudas para solucionar a ansiedade, nem para os problemas que foram levantados durante o isolamento. Uma pessoa buscou auxílio médico, de amigos e familiares; acrescenta que se tivesse havido oportunidade para um acompanhamento psicológico, teria aceite essa sugestão, em determinados momentos que foram mais difíceis. Por outro lado, o conhecimento de outros casos de recuperação facilitou esse processo.</p> <p>Foi perceptível que a maior parte da ajuda clínica recebida contribuiu para tratar sintomatologia física em detrimento do bem-estar mental dos intervenientes.</p>
Problemas causadores de ansiedade após o término do período de isolamento		<p>Foram descritos factores distintos entre os intervenientes que justificavam as razões para as quais os problemas causadores de ansiedade não tivessem sido resolvidos após o término do isolamento. Perpetuou o medo de sair de casa e de voltar a vivenciar outra situação semelhante. Devido ao stress, numa situação verificou-se a queda de cabelo e surgiu um maior evitamento em sair à rua. A sintomatologia perdeu significativamente e incapacitou outra pessoa que acabou por alargar o tempo em casa por indicação médica, com receio de voltar ao trabalho. Outro entrevistado descreve que a ansiedade se manteve devido</p>

		aos problemas financeiros que a pandemia agravou, com a falta de clientela no posto de comércio que empregava a família.
--	--	--

Domínio: Vivências do período de isolamento social e profilático		
Categorias	Subcategorias	Caracterização
Rotina	Organização da rotina	<p>O estabelecimento de uma rotina organizada e caracterizada pelo desempenho de diferentes tarefas proporcionou momentos de distração e tornou o período obrigatório em casa mais agradável e proveitoso.</p> <p>Algumas das atividades inúmeradas são o ver conteúdo televisivo, séries, filmes, dedicar tempo à leitura, realizar as tarefas domésticas, confeccionar as refeições e conviver com os restantes membros em casa. Houve oportunidade de lecionar em casa, através da internet, cuidar das plantas e pesquisar diferentes curiosidades.</p> <p>Uma pessoa descreve que a doença comprometeu a realização das atividades de vida diária como a higiene pessoal.</p> <p>Em parte, o confinamento limitou as atividades, o que se relacionou com a presença de estados de inquietude, ansiedade e maior frequência de pensamentos ruminativos. Esta realidade foi mais visível para participantes com rotinas menos definidas.</p>
	Confeção dos alimentos e aquisição de bens alimentares	Todos os participantes receberam ajuda de amigos, vizinhos, colegas ou familiares na aquisição de bens alimentares. A tarefa de confeccionar os alimentos foi

		<p>muitas vezes dividida entre os membros familiares, excepto uma pessoa que vivia sozinha e confeccionou os alimentos para si mesma, apesar do apetite diminuído provocado pelo desânimo.</p>
	<p>Ocupação do tempo no isolamento e atividades de lazer desenvolvidas</p>	<p>A maior parte dos participantes sublinhou que não realizou atividades de lazer que proporcionassem momentos de descontração devido às limitações instituídas pelo confinamento. Houve oportunidade de assistir a programas televisivos, entre os quais, séries e filmes e ler. Uma pessoa descreve momentos de “diversão” juntamente com os filhos, em que cantavam e tocavam instrumentos. Cuidar das plantas e dos animais também foi um passatempo de distração.</p>
	<p>Atividade profissional</p>	<p>Um participante refere que nos últimos dias de isolamento, já com melhorias no estado de saúde, dedicou-se à sua atividade laboral; outra pessoa apesar de ter tido oportunidade de desenvolver questões laboriais através do teletrabalho acabou por não o fazer, devido à falta de disposição e concentração.</p>
	<p>Atividade académica enquanto estudante</p>	<p>Uma pessoa refere que deu continuidade ao trabalho académico e realizou algumas provas da licenciatura que frequenta.</p>
<p>Meios de saúde que acompanharam</p>	<p>Opinião em relação aos meios de saúde</p>	<p>De um modo geral, a opinião em relação aos meios de saúde foi favorável, na medida que houve uma satisfação no acompanhamento prestado pela equipa de saúde ao longo do isolamento. A maior parte dos participantes descreve um</p>

		<p>contacto frequente com o médico de família ou com a saúde pública. Uma pessoa salientou que apesar da ajuda que recebeu ter sido indispensável, a assistência psicológica foi mais tardia.</p> <p>Apenas três pessoas ficaram descontentes com o contacto médico que receberam. Foi descrito um fraco acompanhamento à distância. Um entrevistado recorreu à proteção civil, através dos seus conhecimentos pessoais, para que os membros do seio familiar pudessem realizar testes de rastreio da doença.</p>
Consumo de tabaco	Diferenças significativas no consumo de tabaco durante o período do isolamento	Apenas duas pessoas mencionaram o consumo diário de tabaco. O medo do agravamento da doença devido a este factor alterou o consumo, assim como a ausência do hábito de fumar dentro do quarto, como num exemplo de um entrevistado que ficou confinado nessa divisão da habitação onde reside.
Ingestão de bebidas alcoólicas	Diferenças significativas na ingestão de bebidas alcoólicas durante o processo de isolamento	Quatro pessoas mencionaram que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas com frequência. Dois participantes diminuíram o consumo devido à falta de paladar e olfato que resultou da doença, uma pessoa optou por diminuir voluntariamente a ingestão de álcool na altura do isolamento e outro indivíduo manteve o mesmo consumo.
Comprometimento da realização de tarefas ao longo da experiência do isolamento	Representação geral da experiência do isolamento	Apesar dos entrevistados terem todos sido sujeitos ao confinamento obrigatório em casa, este aconteceu de forma diferente face à circunstância da sintomatologia e a presença de outros em casa infetados ou

		<p>libertados da infeção. Este factor determinou vivências bem distintas. Entre os entrevistados foi possível contabilizar um grupo significativo de indivíduos que tiveram uma experiência de isolamento dolorosa; uns porque foram afetados pela severidade da doença, outros porque além do contágio sentiram solidão, isolamento, receios por si e por outros familiares. Um entrevistado teve a sensação de que a vida parou e findo o período de isolamento verbaliza que ainda não foi possível retomá-la. Um outro dos indivíduos, ficou afastado dos seus trabalhos e isso trouxe-lhe perdas monetárias. Contudo, não tendo manifestado sintomas graves da doença, acabou por aproveitar para se dedicar a si próprio tendo encontrado oportunidade de reflexão, o que lhe pareceu útil. Houve quem experienciasse gratidão por não haver sintomatologia grave. Assim o facto de ter ficado isolado contribuiu para a realização de tarefas agradáveis que de outra forma não teria oportunidade de fazer.</p>
--	--	---

Anexo 5: Tabela de redução

Domínios	Categorias	Subcategorias
Causas e motivos do isolamento	Motivo do isolamento	
	Natureza do isolamento	Autoridade que decretou o isolamento
	Contacto com alguém infetado	
	Conhecimento da infeção	Sintomas da infeção
	Tempo do isolamento	
	Recordações do isolamento	Preocupação predominante
Sintomas de ansiedade e processos de somatização	Ansiedade durante o isolamento	Processos de ansiedade e preocupações suscitadas
		Impacto da preocupação no dia-a-dia
		Realização das tarefas diárias programadas
		Relaxamento
		Sono
		Ajudas sociais ao longo do processo de isolamento
	Medicação prescrita para a ansiedade	
	Aparecimento de outros problemas de saúde	Associação dos novos problemas de saúde com a ansiedade
Sintomas de ansiedade	Estratégias de coping utilizadas	

	Problemas do isolamento após o término do período de isolamento	
Fatores de risco para a ansiedade e eventuais processos de somatização	Isolamento vivenciado sozinho ou acompanhado	
	Receios durante o isolamento	Pertença de alguém próximo a um grupo de risco
	Manutenção dos contactos sociais através da internet ou telefone	Importância dos contactos sociais
		Sentimentos de solidão
	Consequências do isolamento a nível da remuneração e situação económica	Ajudas financeiras
	Seguimento da pandemia através de noticiários	Motivo desse seguimento
	Factor no seio doméstico de ansiedade e preocupação	Ajudas na resolução do problema no seio doméstico e resolução do problema no seio doméstico
	Problemas causadores de ansiedade após o término do período de isolamento	
Rotina	Confecção dos alimentos	
	Aquisição de bens alimentares no supermercado	

Vivências do período de isolamento social e profilático		Ocupação do tempo no isolamento e atividades de lazer desenvolvidas
		Atividade profissional
		Atividade acadêmica enquanto estudante
	Meios de saúde que acompanharam	
	Consumo de tabaco	Diferenças significativas no consumo de tabaco durante o período do isolamento
	Ingestão de bebidas alcoólicas	Diferença significativa na ingestão de bebidas alcoólicas durante o processo de isolamento
Comprometimento da realização das tarefas ao longo da experiência do isolamento	Representação geral da experiência do isolamento	