

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**OS ENFERMEIROS FACE À COVID-19:
CONHECIMENTOS, ATITUDES E PERCEÇÃO DE RISCO**

DISSERTAÇÃO

Autora: Cátia Vanessa Coelho Martins

Porto, 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**OS ENFERMEIROS FACE À COVID-19:
CONHECIMENTOS, ATITUDES E PERCEÇÃO DE
RISCO**

NURSES FACING COVID-19: KNOWLEDGE, ATTITUDES
AND RISK PERCEPTION

Dissertação orientada pela Professora Doutora
Celeste Bastos e coorientada pela Professora Doutora
Lígia Lima

Cátia Vanessa Coelho Martins

Porto, 2021

AGRADECIMENTOS

Viver sem agradecer não é de todo viver...

Agradeço por isso primeiramente aos meus pais, pela amizade, carinho, suporte e incentivo nos momentos de desânimo...

Ao meu irmão pelo companheirismo, ajuda e partilha...

Ao meu companheiro, pela paciência, tolerância e apoio...

À Professora Celeste e à Professora Lígia, pela excelência no acompanhamento deste trabalho acadêmico, pelo tempo e disponibilidade sempre demonstrados e pelos contributos notórios para este resultado final...

A todos que dispuseram um pouco do seu precioso tempo para participar e divulgar este trabalho...

O meu mais sincero obrigada!

ABREVIATURAS

ACE2 - Enzima de Conversão da Angiotensina 2

ADR-C - Áreas dedicadas a doentes com sintomatologia respiratória

ADR-SU - Áreas dedicada a doentes com sintomatologia respiratória aguda em Serviços de Urgência

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CIACS - Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

COVID-19 - Coronavirus Disease 19

DGS - Direção Geral da Saúde

DP - Desvio Padrão

E - Envelope

EBE - Enfermagem Baseada na Evidência

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Forms - Free Online Surveys for Personal Use

GT-PCC - Grupo de Trabalho - Perceção e Comunicação em situação de Crise

IFNs - Interferões

IgM - Imunoglobulina M

Kb - Quilobytes

M - Membrane

M - Média

Min. - Mínimo

Max. - Máximo

MBL - Manose Binding Lectin

MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MERS-CoV - Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAMPs - Pathogen-associated Molecular Patterns

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PBE - Prática Baseada na Evidência

PBVT - Precauções Baseada na Via de Transmissão

PRRs - Patern Recognition receptors

r - Coeficiente de correlação de Pearson RNA - Ácido Ribonucleico

S - Spike

SARS-CoV - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus

SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SD - Standard Deviation

SNS 24 - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Software Statistical Package for Social Sciences

SST/SO - Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional

TLRs - Toll-like receptors

WHO - World Health Organization

2019-nCoV - Novo Coronavírus 2019

RESUMO

A COVID-19 é uma doença do foro respiratório, de etiologia vírica e que culmina por vezes numa síndrome de dificuldade respiratória com grande severidade. Pela sua alta transmissibilidade, esta doença rapidamente se tornou pandémica e galgou fronteiras, sendo atualmente uma preocupação mundial. Os profissionais de saúde e em especial os enfermeiros, estão sujeitos a um maior risco de exposição pois encontram-se na linha da frente de combate a esta pandemia, desempenhando um papel fundamental na sua mitigação.

O presente estudo tem como finalidade explorar os conhecimentos e as atitudes face à COVID-19, a perceção de risco e a perceção de proteção dos enfermeiros, durante a fase de pandemia. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e correlacional, do tipo transversal. O instrumento utilizado foi desenvolvido especificamente para este estudo, baseando-se numa revisão da literatura, e inclui quatro domínios: a caracterização sociodemográfica, o conhecimento, as atitudes e a perceção de risco face à COVID-19. Obteve-se uma amostra de 111 participantes, todos enfermeiros, que exerciam funções em Portugal durante a pandemia por COVID-19.

Os resultados demonstraram que os enfermeiros detinham um conhecimento satisfatório, com uma média de respostas corretas de 68,8%. As atitudes foram maioritariamente positivas, com um valor médio de 4,2 (DP=0,50) para um score total de 5. A perceção de risco foi moderada (M=5,0; DP=1,99). A perceção de proteção em função do equipamento de proteção individual foi moderada (M=2,5; DP=0,60), bem com a perceção de proteção em função do espaço físico (M=2,6; DP=0,41). Verificou-se também uma associação entre o nível de conhecimento e atitudes mais positivas face à prevenção da COVID-19.

Estes resultados podem contribuir para identificar os fatores que afetam negativamente a prestação de cuidados pelos enfermeiros durante a pandemia por COVID-19, dando pistas para a gestão dos cuidados e o apoio a proporcionar aos enfermeiros, em situações futuras.

Palavras-chave: COVID-19; Enfermeiros; Conhecimentos; Atitudes; Perceção de risco.

ABSTRACT

COVID-19 it's a respiratory disease, which has a viral etiology, and culminate, sometimes, with a severe respiratory distress syndrome. Because of its high transmissibility, this disease became pandemic quickly, crossed borders and it's now a worldwide concern. The healthcare workers, especially the nurses, are bounded to a higher risk of exposure, because they're in the front line fighting against this pandemic, playing a key role in its mitigation.

This study has as its main finality, explore the knowledge and attitude face to COVID-19, the nurses' risk and protection perceptions, during the pandemic phase. It's a observational study, descriptive and correlational, cross-sectional study. The instrument used was developed specifically to this study, based on a literature review, and includes four domains: sociodemographic characterization, knowledge, attitudes and risk perception face to COVID-19. A sample of 111 participants was obtained, all nurses that was working in Portugal during COVID-19 pandemic.

The results showed that nurses had a satisfactory knowledge, with a rate of correct answers of 68,8%. The attitudes were mostly positives, with an average score of 4,2 (SD=0,50) to a full score of 5. The risk perception was moderate (M=5,0; SD=1,99). The perception of protection due to personal protective equipment was moderate (M=2,5; SD=0,60), as well as protection perception related to physical space (M=2,6; SD=0,41). An association was also found between the level of knowledge and positives attitudes towards COVID-19 prevention.

These results contribute to identify the factors that affect care services provided by nurses during COVID-19 pandemic, giving clues for care management and nurses support in future situations.

Keywords: COVID-19; Nurses; Knowledge; Attitudes; Risk perception.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1.1 A Pandemia por COVID-19.....	19
1.1.1 A doença COVID-19.....	20
1.1.2 O Vírus SARS-CoV-2	22
1.1.3 Cadeia Epidemiológica da COVID-19.....	23
1.1.4 Resposta imunológica ao vírus SARS-CoV-2	24
1.1.5 Abordagem ao caso suspeito ou confirmado de COVID-19	26
1.2 Medidas de Prevenção da Transmissão do SARS-CoV-2	27
1.2.1 O Equipamento de Proteção Individual	29
1.3 Os profissionais de saúde e a pandemia COVID-19.....	34
1.3.1 A importância do conhecimento	34
1.3.2 Atitudes dos profissionais de saúde face à COVID-19.....	38
1.3.3 Exposição ocupacional à COVID-19 e perceção de risco	41
2 - MÉTODO	47
2.1 Caracterização e contextualização do estudo	47
2.2 Objetivos do estudo	48
2.3 Desenho do estudo	49
2.4 Variáveis em estudo.....	49
2.5 Participantes.....	50
2.6 Caracterização sociodemográfica da amostra.....	51
2.7 Instrumento de recolha de dados	52

2.7.1 Realização do Pré-Teste	56
2.7.2. Análise da consistência interna das escalas	57
2.8 Procedimento	59
2.9 Análise estatística dos dados.....	59
2.10 Considerações éticas	60
3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	63
3.1 Conhecimentos acerca da doença e dos EPIs	63
3.2 Atitudes	66
3.3 Percepção de risco	67
3.4 Percepção de proteção	67
3.5 Estudo da associação entre as variáveis principais e as variáveis sociodemográficas e profissionais	69
3.6 Estudo da associação entre conhecimentos, atitudes, percepção de risco e percepção de proteção	71
3.7 Caracterização do contexto laboral dos participantes	72
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	93
Anexo I - Instrumento de recolha de dados	
Anexo I - Parecer da Comissão de ética	
Anexo III - Informação aos participantes	
Anexo IV - Consentimento Informado	
Anexo V - Consentimento dos Autores para Utilização do Questionário na Elaboração do Instrumento de Recolha de Dados	

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização sociodemográfica e profissional.....	51
TABELA 2: Atitudes face à COVID-19.....	58
TABELA 3: Perceção de proteção em diferentes espaços físicos.....	59
TABELA 4: Medidas descritivas do conhecimento sobre a COVID-19.....	63
TABELA 5: Respostas corretas e incorretas nos itens dos conhecimentos sobre a COVID-19...	65
TABELA 6: Medidas descritivas das atitudes.....	66
TABELA 7: Matriz da correlação entre os domínios das atitudes.....	66
TABELA 8: Medidas descritivas da perceção de risco face à COVID-19.....	67
TABELA 9: Média e desvio padrão de cada item da perceção de risco face à COVID-19.....	67
TABELA 10: Medidas descritivas da perceção de proteção em função do EPI.....	68
TABELA 11: Perceção de proteção em função do EPI.....	68
TABELA 12: Medidas descritivas da perceção de proteção relacionada com o espaço físico...	68
TABELA 13: Matriz de correlação entre variáveis principais e as variáveis sociodemográficas e profissionais.....	70
TABELA 14: Distribuição da média, desvio-padrão e teste t. para o grupo “prestar cuidados a doentes COVID-19”	71
TABELA 15: Matriz de correlação entre as variáveis principais.....	72
TABELA 16: Caracterização socioprofissional e do contexto laboral.....	72

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Questionário: Domínio dos conhecimentos.....	54
QUADRO 2: Questionário: Domínio das atitudes.....	55

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), unidade curricular Dissertação, e integra-se no projeto de investigação “Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde” (CIACS), do grupo NursID do CINTESIS.

Atualmente, mais de 100 anos após a gripe provocada pelo vírus Influenza em 1918, enfrentamos novamente uma pandemia em larga escala. A pandemia por COVID-19 é um dos mais recentes desafios da humanidade. A nova estirpe de vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar esta doença como pandémica ainda em março de 2020 (Borges, Queirós, Vieira & Teixeira, 2020). O surto provocado pela COVID-19 está presente e em plena progressão a nível internacional e tem trazido para o nosso quotidiano um vírus que estará presente provavelmente nos próximos tempos (Shi et al., 2020).

A alta transmissibilidade deste vírus trouxe sérios desafios aos doentes, mas também aos profissionais de saúde que se encontram no epicentro dos surtos de COVID-19 (Fetansa et al., 2021). O papel fulcral dos enfermeiros nos serviços de saúde, por se encontrarem na linha da frente do combate à doença, trouxe também para estes profissionais novos reptos e mudanças nunca antes vivenciados (Borges et al., 2020).

A transmissão do vírus entre os profissionais de saúde é elevada, pelo que, fatores como o conhecimento, as atitudes e a perceção de risco em relação à COVID-19 poderão ser preponderantes. Um conhecimento insuficiente, atitudes incorretas e uma perceção de risco inadequada poderão influenciar diretamente as práticas dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, no que concerne em especial às medidas de controlo de infeção e disseminação desta infeção. Compreender estes fatores poderá desvendar e prevenir riscos existentes nos serviços de saúde (Abdel Wahed, Hefzy, Ahmed & Hamed, 2020).

Deste modo, justifica-se a realização do estudo “Os enfermeiros face à COVID-19: conhecimentos, atitudes e perceção de risco de exposição”, com a finalidade, tal como o próprio título indica, de explorar os conhecimentos, as atitudes e a perceção de risco dos enfermeiros, durante a fase de pandemia por COVID-19. A nível pessoal e enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, a realização deste trabalho tem por objetivos aprofundar conhecimentos sobre conteúdos no âmbito da COVID-19 e conhecer

as necessidades que os enfermeiros apresentam em contexto de pandemia, de forma a contribuir futuramente na formação e orientação das equipas de enfermagem, bem como, dar continuidade à investigação.

O estudo segue o paradigma positivista, tratando-se de uma investigação quantitativa. Foi constituída uma amostra por redes de 111 participantes, todos enfermeiros, e aplicado um questionário *on-line* que vai ao encontro da finalidade supramencionada. A recolha de dados aconteceu nos meses de maio e junho de 2021.

O corpo do trabalho em apresentação integra quatro capítulos: o enquadramento teórico, o método, a apresentação dos resultados e a discussão dos resultados.

No primeiro capítulo, enquadramento teórico, é realizada uma revisão da literatura primeiramente acerca de vários aspetos relativos à COVID-19, nomeadamente sobre a doença, o vírus SARS-CoV-2, a cadeia epidemiológica e resposta imunológica, bem como a abordagem aos casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Seguidamente, são abordadas as medidas de prevenção da transmissão do SARS-CoV-2, dando especial ênfase ao equipamento de proteção individual (EPI). No final deste capítulo a atenção volta-se para os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, abordando os conhecimentos sobre a COVID-19, as atitudes face à mesma, assim como a problemática da exposição ocupacional.

O enquadramento e sustentação teórica foram realizados através do acesso ao agregador de bases de dados *EBSCOHost Web* disponibilizada pela ESEP aos seus estudantes, sendo que as bases de dados mais consultadas foram a *CINAHL Complete* e *MEDLINE with Full Text*. Outras fontes foram utilizadas tais como livros, jornais, *sites* governamentais nacionais e internacionais e referenciais teóricos de pesquisa livre *on-line*.

O segundo capítulo, o método, tem como objetivo apresentar a contextualização e a caracterização do estudo. São enunciados os objetivos e exposto o desenho do estudo, incluindo a apresentação das variáveis, os participantes, a caracterização da amostra, a construção do instrumento de recolha de dados, bem como, o procedimento de recolha e análise de dados e, por último, as considerações éticas.

Os últimos dois capítulos consistem na apresentação dos resultados com recurso à análise estatística e a discussão dos mesmos, seguindo os objetivos delineados no método, de forma a facilitar a interpretação e compreensão por parte do leitor.

Importa por fim salientar que o presente trabalho foi realizado sob a orientação e coorientação de duas professoras da ESEP, a Professora Doutora Celeste Bastos e a Professora Doutora Lígia Lima, respetivamente. Ao longo de todo o processo de desenvolvimento desta dissertação de mestrado foram vários os momentos de discussão e aprendizagem, fossem eles de caráter mais teórico ou relacionado com as próprias etapas do processo de investigação.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo pretende contextualizar a problemática do estudo, constituindo uma revisão da literatura que irá facilitar uma melhor interpretação dos resultados. Serão abordadas particularidades da pandemia, nomeadamente, a doença, o vírus, a cadeia epidemiológica, a resposta imunológica do hospedeiro e a abordagem dos casos suspeitos e dos casos confirmados de COVID-19; as medidas de prevenção da transmissão do SARS-CoV-2, com especial foco na utilização de EPI; e por fim, os conteúdos centrados nos conhecimentos, nas atitudes e na perceção de risco dos profissionais de saúde, nesta fase de pandemia COVID-19.

1.1 A Pandemia por COVID-19

Em finais do século XIX, início do século XX, com a industrialização e consequente melhoria do poder económico da população em geral, as condições sanitárias melhoraram em grande escala e a mortalidade associada a doenças infecciosas diminuiu consideravelmente, pelo que, as doenças infecciosas deixaram de estar no cerne da investigação em saúde, sendo substituídas pelas doenças crónicas (Burattini, 2016).

Mais tarde, já nos anos 60, com o exponencial aparecimento da resistência a antimicrobianos e o reaparecimento da tuberculose, o interesse pelas doenças infecciosas voltou a emergir. Paralelamente, com o desenvolvimento crescente dos países de África, Ásia e América Latina, o interesse económico por estas regiões aumentou. Surgiram, por conseguinte, grandes fluxos migratórios para estas regiões, o que contribuiu para o aparecimento de doenças infecciosas raras e até então desconhecidas. Por conseguinte, ao longo dos anos tem-se observado a expansão da dengue, quadros clínicos de febres hemorrágicas de diferentes etiologias e o aparecimento de novas doenças, como é o caso do ébola na África Ocidental e da Síndrome Respiratória Aguda (Burattini, 2016).

Em 2016 Burattini, considerava a necessidade de repensar a forma como o ser humano entra em ambiente desconhecido e insistia na utilidade de investigação científica enquanto contributo para reduzir as implicações que as inovações tecnológicas da atividade humana e a interferências nos habitats naturais poderiam trazer a longo prazo. Segundo o mesmo autor, também a facilidade crescente das viagens para diferentes países e continentes, culminou na dispersão de antigas e recentes doenças infecciosas, trazendo diversas implicações para as populações. Deste modo, torna-se imperiosa a vigilância epidemiológica, por forma a detetar precocemente casos suspeitos de doenças infecciosas e garantir a implementação de medidas imediatas de contenção da transmissão.

Mais recentemente, Azevedo-Pereira (2020) corrobora que o aparecimento de novas infeções virais tem sido uma constante, com predomínio da etiologia zoonótica, sendo que anualmente aparecem cerca de três novos vírus na espécie humana. O autor salienta a problemática da desflorestação com a posterior invasão do habitat animal, a captura/caça de animais selvagens e as próprias alterações climáticas que alteram, por exemplo, os ciclos migratórios. Por conseguinte, o contacto mais próximo entre os animais e a população humana facilita o emergir destas novas estirpes de vírus.

No final do ano de 2019 e ao longo de 2020, um novo coronavírus (SARS-CoV-2) surgiu na cidade de Wuhan, na China, e disseminou-se a nível mundial afetando biliões de pessoas de todas as faixas etárias. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara a situação de pandemia (Giao, Han, Khanh, Ngan, & Le An, 2020).

No mês de outubro de 2020 esta estirpe de vírus já tinha matado mais de um milhão de pessoas o que fomentou um ambiente de incerteza internacional (Syropoulos & Markowitz, 2020). A nível nacional, mais recentemente, a 20 de abril de 2021 já eram quase 17 000 o número de óbitos e praticamente 850 000 os casos confirmados (Direção Geral da Saúde [DGS], 2021a).

1.1.1 A doença COVID-19

No final de 2019 surgem, na província de Hubei em Wuhan, na China, vários casos de pneumonia de etiologia vírica, epidemiologicamente associada a um mercado essencialmente de peixe, mas onde também eram comercializados outros animais, nomeadamente mamíferos (Lu et al., 2020). O agente causal identificado foi um novo

coronavírus, designado inicialmente por Novo Coronavírus 2019 (2019-nCoV), mas que mais tarde passou a ser denominado por SARS-CoV-2 (Lu et al., 2020).

Vários têm sido os animais hospedeiros dos coronavírus, nomeadamente, algumas espécies de aves e mamíferos, como é o caso das civetas, camelos, morcegos, ratos, cães e gatos. A grande maioria dos coronavírus capazes de causar infeção em humanos provocam sintomatologia leve a moderada. No entanto, existem duas exceções: o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* (SARS-CoV), identificado pela primeira vez no sul da China em 2002, que causou no prazo de um ano 774 mortes e cerca de 8000 casos de infeção e o *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV), que surgiu mais recentemente, em 2012, na Arábia Saudita, responsável por 2494 casos confirmados e 858 mortes (Lu et al., 2020).

O SARS-CoV-2, é um vírus RNA que provoca uma síndrome respiratória aguda, transmitido, essencialmente, através de secreções respiratórias de pessoa para pessoa, ou através da contaminação de superfícies e objetos (Abdel Wahed et al., 2020). Guo et al. (2020) referem que o vírus foi já detetado nas fezes, pelo que, esta poderá ser também uma via de transmissão.

O período de incubação deste agente infeccioso vai de 2 a 14 dias, sendo que 80% dos doentes sintomáticos não necessitam de intervenção médica, os restantes 20% dos doentes com COVID-19 desenvolvem dispneia severa, choque séptico, sepsis e falência multiorgânica (Abdel Wahed et al., 2020).

No que diz respeito à sintomatologia clínica, as manifestações mais comuns são, numa fase inicial, a febre e a tosse, seguindo-se de dificuldade respiratória e presença de secreções, menos frequentes são as manifestações gastrointestinais, como por exemplo, a diarreia e os vômitos (Guo et al., 2020).

Sabe-se também que a prevalência da doença é maior nos homens do que nas mulheres e existem também alguns fatores de risco conhecidos, são eles as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a diabetes e as insuficiências respiratórias (Parlakpınar & Gunata, 2020). A população mais idosa e as pessoas com as patologias crónicas referidas, são hospedeiros considerados mais suscetíveis a contrair o vírus e, por sua vez, a terem sintomatologia e repercussão fisiológica mais severa que pessoas mais jovens e saudáveis (Guo et al., 2020).

1.1.2 O Vírus SARS-CoV-2

Os coronavírus são uma família de vírus que numa fase inicial, pensava-se que apenas poderiam causar doença em animais, nomeadamente em algumas aves e mamíferos. No entanto, no final do ano de 1960 começaram a descobrir-se estirpes capazes de causar doença na espécie humana, atualmente, já existem cerca de 30 estirpes de coronavírus encontrados em seres humanos (Parlakpınar & Gunata, 2020).

Segundo Azevedo-Pereira (2020), o SARS-CoV-2 é um vírus Ácido Ribonucleico (RNA) positivo, de cadeia simples, que pertence à família Coronaviridae, à subfamília Coronavirinae e ao género Betacoronavirus. O seu invólucro viral é constituído por três proteínas, a glicoproteína *Spike* (S), a proteína *Membrane* (M) e a proteína *Envelope* (E). A glicoproteína S é a que se encontra em maior número e facilita a ligação do vírus às células, que permite à posteriori o seu ciclo replicativo. Este ciclo é iniciado pela ligação entre uma das subunidades da glicoproteína S à Enzima de Conversão da Angiotensina 2 (ACE2). O vírus liga-se apenas a uma das gamas da ACE2, a ACE2+, que está presente na membrana de determinado grupo de células: células endoteliais, enterócitos, células epiteliais das vias respiratórias e células dendríticas, macrófagos e monócitos existentes a nível alveolar. Por este facto, este tipo de vírus causa doenças mais de predomínio respiratório e entérico (Azevedo-Pereira, 2020).

No que diz respeito ao seu genoma, os coronavírus têm dimensões muito superiores à média dos vírus RNA, que habitualmente rondam os 10-15 quilobytes (Kb), possuindo praticamente 30 Kb (Azevedo-Pereira, 2020).

O SARS-CoV-2 integra um dos tipos de coronavírus, os betacoronavírus, como já referido. Os coronavírus estão divididos essencialmente em 4 tipos: α , β e δ . Apenas os α e β -CoV são capazes de infetar mamíferos, enquanto γ e δ tendem a infetar apenas aves (Guo et al., 2020).

Através da análise do genoma do SARS-CoV-2, verificou-se que 80% deste correspondia ao SARS-CoV-1, no entanto 93% correspondia ao vírus BatCoV RaTG13, coronavírus que afeta algumas espécies de morcegos, tendo nestes animais a sua provável origem (Azevedo-Pereira, 2020).

1.1.3 Cadeia Epidemiológica da COVID-19

A cadeia epidemiológica ou também denominada cadeia de infecção constitui um modelo que permite entender como se processa transmissão de uma doença infecciosa. É constituída por seis elos: agente, reservatórios ou fontes, vias de eliminação, meio de transmissão, porta de entrada e hospedeiro suscetível (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Centrando-nos na COVID-19, o agente causal é o SARS-CoV-2; os reservatórios ou fontes podem ser os animais, as pessoas e ainda os objetos ou superfícies contaminadas; a via de eliminação acontece essencialmente pelas secreções, gotículas e saliva; o meio de transmissão pode ser por contacto direto (tosse, espirros ou a fala, que levam à expulsão de gotículas) ou por contacto indireto, através do toque em objetos ou superfícies contaminadas; a porta de entrada são os olhos, o nariz ou a boca; o hospedeiro suscetível, poderá ser qualquer pessoa, sendo que as pessoas mais idosas e as pessoas portadoras de doenças crónicas, tendem a desenvolver quadros clínicos de maior gravidade.

Tal como abordado anteriormente, pensa-se que a transmissão zoonótica tenha resultado do contacto da espécie humana com um hospedeiro intermediário, este conhecimento tem sido fulcral, pois através destes potenciais reservatórios, e por sua vez fontes do vírus, tem sido possível estudar o mesmo (Ralph et al., 2020).

Numa fase inicial, a transmissão de pessoa para pessoa foi sugerida pelo aparecimento de casos de COVID-19 em agregados familiares, o que sugeria a transmissão entre os membros da família (Ralph et al., 2020).

Atualmente, sabe-se que a transmissão do vírus SARS-CoV-2 ocorre principalmente de pessoa para pessoa através das secreções respiratórias, quando uma pessoa infetada tosse, espirra ou fala. Os estudos revelam que tem de existir um contacto próximo, isto é, uma distância igual ou inferior a 2 metros, que será o alcance máximo das partículas respiratórias. A pessoa contrai deste modo a infeção se inalar as partículas ou se estas entrarem em contacto com as suas membranas mucosas, como é o caso dos olhos. De forma mais indireta e menos comum, mas ainda assim possível, a infeção deriva do contacto das mãos com superfícies contaminadas, que depois são levadas aos olhos, nariz ou boca (McIntosh, 2020). Menos comum é a presença de vírus nas fezes de doentes infetados (Guo et al., 2020).

Segundo McIntosh (2020), alguns estudos apontam ainda para a possível transmissão pelo ar por distâncias mais longas, no caso de espaços fechados ou mal ventilados, pelo que o arejamento dos espaços deve ser tido em consideração pelo possível risco inerente. Como já supracitado, de acordo com Guo et al. (2020), o vírus foi também já detetado nas fezes,

de um indivíduo com pneumonia em meio hospital, pelo que esta poderá ser também uma via de transmissão.

1.1.4 Resposta imunológica ao vírus SARS-CoV-2

As repercussões do SARS-CoV-2 são altamente variáveis. Por um lado, existem doentes que têm uma evolução favorável da doença com sintomatologia ligeira e melhoria rápida, muitas vezes até assintomáticos, por outro lado, são referidas situações de doentes que no espaço de duas a três semanas desenvolvem um quadro clínico de doença severa e por vezes mesmo fatal (Boechat, Chora & Delgado, 2020). No caso destes últimos, a instalação abrupta de pneumonia leva rapidamente à síndrome de dificuldade respiratória aguda com consequente necessidade de ventilação mecânica invasiva (Boechat et al., 2020).

A entrada de um microrganismo no ser humano pode desencadear dois tipos de resposta imunitária sequencial, a resposta imunitária inata e a adaptativa (Li, Li, L., Jiang, & Liu, 2020). No que concerne à imunidade inata de um hospedeiro, a mesma é ativada através do reconhecimento do vírus por recetores específicos das membranas das células denominados *Patern Recognition receptors* (PRRs), estes são capazes de detetar padrões moleculares associados a determinados agentes patogénicos, os *Pathogen-associated Molecular Patterns* (PAMPs). Um dos tipos de PRRs são os Toll-like receptors (TLRs), que podem ser lípidos, proteínas, ácidos nucleicos, os quais, quando expostos a uma ameaça por um vírus, desencadeiam uma resposta capaz de limitar a proliferação do mesmo (Li et al., 2020).

A resposta imunológica inata integra diversas formas de atuação. É constituída pelo sistema do complemento e da coagulação-fibrinólise, por proteínas solúveis que reconhecem determinadas moléculas nas células, como é exemplo a Manose Binding Lectin (MBL), interferões, citocinas e os chamados anticorpos naturais que vão promover a resposta imunitária adaptativa através da produção de linfócitos T e B (Boechat et al., 2020). Como o aparecimento deste vírus é relativamente recente, obviamente não temos ainda anticorpos capazes de reconhecer a sua glicoproteína S e atuar sobre o mesmo (Boechat et al., 2020).

No que se refere aos anticorpos naturais, o que está presente aquando de um primeiro contacto com este vírus é a imunoglobulina M (IgM). Menores concentrações destes anticorpos poderão representar um pior prognóstico para a doença e sabendo que a quantidade dos anticorpos diminui consideravelmente com a idade, esta diminuição poderá

explicar porque razão a idade constitui um fator de risco para a COVID-19 (Boechat et al., 2020).

A MBL atua através do reconhecimento de manose nas membranas do microrganismo invasor, por conseguinte, ativa o sistema do complemento e desencadeia uma resposta inflamatória ao vírus, contribuindo para a fagocitose. A mesma liga-se ao SARS-CoV2, induz a deposição de C4 e limita a sua proliferação e consequente infeção. À semelhança da IgM, com o aumento da idade também existe uma menor concentração plasmática da MBL (Boechat et al., 2020).

Quanto aos interferões (IFNs), nomeadamente o IFN I e II, considerados inatos, são fundamentais para o controlo desta infeção. Contribuem para a resistência vírica, de forma autócrina e parácrina, isto é, na célula infetada e nas células vizinhas respetivamente, diminuindo a replicação do vírus. Os estudos indicam que o SARS-CoV-2 produz uma resposta menos eficaz por parte dos IFNs e pelo contrário, uma hiperprodução de citocinas que aumentam a resposta inflamatória (Boechat et al., 2020). A severidade da COVID-19 parece estar intimamente relacionada com este facto. Sabe-se que alguns vírus são citopáticos, sendo que o SARS-CoV-2 se inclui neste grupo, isto significa que desencadeia um mecanismo designado por piroptose, que se assemelha à apoptose mas leva, ao contrário da mesma, a um processo inflamatório local, através da libertação de citocinas (Boechat et al., 2020). No SARS-CoV-2 observa-se a presença de um conjunto alargado de vários tipos de citocinas nos doentes internados em estado grave, esta chamada “tempestade de citocinas” leva por vezes a choque e a falência multiorgânica (Boechat et al., 2020; Liu et al., 2020).

Direcionando agora para a resposta imunitária adaptativa, sabe-se que esta é mediada predominantemente pelos linfócitos T. Os CD8⁺ apresentam uma citotoxicidade específica para as células infetadas e os CD4⁺ ativam os CD8⁺ e os linfócitos B, levando à resposta das células imunocompetentes ao agente invasor. Após sete dias de infeção sabe-se que já existem linfócitos T em circulação. Nos casos mais graves de COVID-19, a determinada altura verifica-se uma redução significativa de linfócitos T e, paralelamente, o desenvolvimento de neutrofilia, pelo que, a razão entre linfócitos T e neutrófilos tem sido utilizada como ajuda para o prognóstico da doença (Boechat et al., 2020). A linfopenia obviamente predispõe o indivíduo a um estado de imunossupressão, o que aumenta a probabilidade de desenvolver concomitantemente outras infeções (Boechat et al., 2020; Liu et al., 2020).

1.1.5 Abordagem ao caso suspeito ou confirmado de COVID-19

A pandemia COVID-19 e a multiplicidade de casos de doença, impôs a necessidade de se desenvolverem protocolos e normas com critérios que ajudassem os profissionais de saúde a tomar decisões clínicas. Neste âmbito, a DGS emite a norma n.º 004/2020 que auxilia na abordagem ao doente com suspeita ou infeção por COVID-19 e que passamos a apresentar (DGS, 2020a).

Todas as pessoas que apresentem pelo menos um dos seguintes sintomas: febre, tosse, dispneia, anosmia, ageusia ou disgeusia, são consideradas como caso suspeito. Na presença de um ou mais sintomas, as pessoas são aconselhadas a contactar a linha telefónica Serviço Nacional de Saúde (SNS 24), de forma a efetuar uma primeira triagem dos sintomas. Mediante a avaliação neste primeiro contacto telefónico, poderão ser aconselhados autocuidados com isolamento no domicílio, observação em áreas dedicadas a doentes com sintomatologia respiratória (ADR-C), ou observação clínica em áreas dedicada a doentes com sintomatologia respiratória aguda em Serviços de Urgência (ADR-SU). Em última instância, em casos urgentes, poderá ser acionada a Emergência Médica Pré-Hospitalar.

A decisão de internamento hospitalar, por sua vez, depende de três fatores: a gravidade da situação clínica, as condições associadas à evolução para doença grave e as condições que possibilitam ou não o isolamento do doente no domicílio.

A abordagem terapêutica da COVID-19 está em constante estudo e evolução, porque ainda se associa ao desconhecimento de algumas das características do vírus. Assim, as decisões terapêuticas dependem de avaliação clínica individualizada, mas assentam em alguns pressupostos. O tratamento passa pelo controlo da sintomatologia e a possível descompensação das comorbilidades. Há também indicação para a trombopprofilaxia, oxigenoterapia, terapêutica inalatória sem nebulização, ventilação mecânica não invasiva e, se necessário, ventilação invasiva, e, por último, a Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO). Em alguns casos é aconselhada a administração de remdesivir, bem como de dexametasona ou metilprednisolona.

1.2 Medidas de Prevenção da Transmissão do SARS-CoV-2

Com os avanços tecnológicos e científicos, ao longo dos anos, os cuidados de saúde foram sendo aprimorados, assim, as doenças potencialmente incuráveis passaram a ser tratáveis ou controláveis e a qualidade de vida das populações melhorou em grande escala. Simultaneamente, as infecções associadas aos cuidados de saúde tornam-se cada vez mais um problema de saúde pública, relacionadas principalmente às hospitalizações. Isto deve-se a três fatores principais: o aumento dos procedimentos cirúrgicos e procedimentos terapêuticos invasivos, o aumento da utilização de dispositivos invasivos e a fenômenos de desenvolvimento de multirresistência dos microrganismos (Pina et al., 2010).

A fim de percebermos a dinâmica do processo de infecção, para além de ser imprescindível a compreensão da cadeia epidemiológica abordada anteriormente, é imperioso definir três conceitos fulcrais, que muitas vezes no dia-a-dia dos cuidados de saúde são sobejamente confundidos: contaminação, colonização e infecção.

A contaminação corresponde à presença de microrganismos sobre a superfície epitelial, sem invasão tecidual, sem reação fisiológica e sem dependência metabólica do hospedeiro. Estes microrganismos estão presentes apenas de forma temporária (Rodrigues, 2013). É o caso das mãos dos enfermeiros após prestarem cuidados a um doente com COVID-19 e que podem ser um veículo de propagação do SARS-CoV-2, caso não seja efetuada a higienização adequada das mesmas.

A colonização ocorre aquando da propagação de um microrganismo num determinado hospedeiro, sem que haja uma reação do mesmo, isto é, sem que se desenvolva uma resposta imunológica e consecutivamente sintomatologia clínica (Rodrigues, 2013). Um hospedeiro colonizado poder ser uma fonte de infecção, por exemplo, a pessoa sem sintomatologia relativa à COVID-19, mas que é portadora do vírus, ao manter uma conversa com outra pessoa, numa proximidade física inferior a 2 metros, pode transmitir o vírus.

A infecção consiste no processo de entrada e multiplicação do microrganismo no hospedeiro e consequente resposta imunológica, com efeitos clínicos adversos, desencadeando por isso sintomatologia clínica.

Apesar de algumas doenças infecciosas serem praticamente inevitáveis, é possível intervir na prevenção de muitas das infecções associadas aos cuidados de saúde, e para tal, torna-se necessário o conhecimento da cadeia epidemiológica da infecção e a implementação de medidas de contenção da transmissão dos agentes infecciosos (Pina et al., 2010). Fundamental para a prevenção e controlo das infecções, são as Precauções Básicas do

Controlo da Infecção (PBCI), as quais incluem um conjunto de medidas a implementar em todas as situações de prestação de cuidados de saúde (*Centers for Disease Control and Prevention* [CDC], 2016a).

Em Portugal a DGS emanou a norma nº 029/2012 “Precauções Básicas do Controlo da Infecção”, a qual inclui 10 itens, que passamos a identificar: a alocação dos utentes tendo por base o risco potencial de transmissão de infeção, a higiene das mãos, a utilização do EPI, as medidas de etiqueta respiratória, a descontaminação do equipamento clínico, as medidas de controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, a recolha segura de resíduos, as práticas seguras na preparação/administração de injetáveis e a exposição ocupacional a agentes microbianos (DGS, 2013).

As PBCI são medidas fundamentais para garantir a segurança dos utentes e ainda dos próprios profissionais de saúde (DGS, 2013), já que previnem a transmissão cruzada de agentes microbianos, que poderia ocorrer, por exemplo, através do contacto, com sangue ou fluidos orgânicos, mucosas, pele não integra, material ou superfícies contaminadas, entre outros.

As Precauções Baseada na Via de Transmissão (PBVT), vulgarmente designadas por medidas de isolamento, funcionam em complementaridade com as PBCI e devem ser aplicadas nos cuidados a doentes com infeção ou colonização por microrganismos altamente transmissíveis ou epidemiologicamente importantes, distinguindo-se três tipos: isolamento de contacto, isolamento de gotículas e isolamento de partículas ou de via aérea (CDC, 2016b). Estes três tipos de isolamento constituem o isolamento de contenção, existindo ainda o isolamento de proteção a aplicar a pessoas imunodeprimidas.

A transmissão de um agente infeccioso por contacto acontece através do contacto direto com uma fonte de infeção que pode ser o hospedeiro, ou então com objetos ou superfícies contaminadas. No que concerne às gotículas, o agente infeccioso encontra-se em partículas de tamanho superior ou igual a 5 micra, as quais derivam predominantemente da tosse, espirros, ou até mesmo da fala. Estas gotículas habitualmente deslocam-se por curtas distância, cerca de um metro (Ministério da Saúde, 2008).

Por fim, a transmissão por via aérea ou de partículas está associada predominantemente a infeções respiratórias em que o agente está presente em partículas inferiores a 5 micra. Estas partículas podem percorrer longas distâncias através de correntes de ar e serem inaladas por um indivíduo, nestes casos os doentes devem ficar idealmente num quarto individual com pressão negativa (Ministério da Saúde, 2008).

Tendo por base estas considerações, importa percebermos no caso do doente suspeito ou diagnosticado com COVID-19 quais as medidas que devem ser implementadas. De acordo com a evidência científica até ao momento sabe-se que os coronavírus, nomeadamente o SARS-CoV-2, podem transmitir-se através de contacto direto com secreções, com fezes ou

superfícies contaminadas, de gotículas respiratórias com tamanho superior a 5 micra e através de aerossóis resultantes de alguns procedimentos, por exemplo, aspiração de secreções orofaríngeas ou traqueobrônquicas. Daqui advém que mediante o tipo de prestação de cuidados pode ser necessário diferentes precauções de isolamento, baseadas nas vias de transmissão (DGS, 2020b).

No que se reporta às precauções de gotículas, os profissionais de saúde deverão utilizar máscara cirúrgica ou respirador de partículas (FFP2 ou N95) e proteção ocular caso o doente apresente sintomatologia respiratória e exista a possibilidade de salpicos. Os doentes devem usar máscara cirúrgica e se não for possível o seu isolamento em quartos individuais, deverão ser agrupados, isto é, deverão ser formadas áreas de coorte COVID-19 (DGS, 2020b).

No que respeita às precauções de contacto para além da máscara e proteção ocular é aconselhada a utilização também de luvas e bata. É também aconselhável a utilização de equipamentos descartáveis ou de uso exclusivo para estes doentes ou para uma área de coorte. O profissional deve ter especial cuidado para não levar as mãos, com ou sem luvas, à boca, nariz ou olhos. A higiene das mãos deve ser extremamente respeitada e realizada de forma correta (DGS, 2020 b).

Por último, as precauções de via aérea são preconizadas aquando de procedimentos passíveis de aerossolização, como por exemplo, a intubação gástrica ou endotraqueal, a broncofibroscopia, a aspiração de secreções, entre outros. Nestes casos está sempre indicado o uso de máscara FFP2 ou N95 e batas de mangas compridas, impermeáveis. A ventilação do ambiente deve ser adequada, sendo que se possível deverão ser utilizados espaços com pressão negativa (DGS, 2020b).

1.2.1 O Equipamento de Proteção Individual

Os profissionais de saúde, particularmente os Enfermeiros, estão na linha da frente no combate à pandemia. A utilização de EPI por estes profissionais, assegura a sua proteção, mas devem ser implementadas medidas que garantam a sustentabilidade do acesso aos mesmos (DGS, 2020c).

O EPI é definido como qualquer equipamento que objetiva a proteção e segurança dos trabalhadores contra possíveis riscos a que possam estar expostos no seu contexto laboral (Associação Portuguesa de Segurança, 2021). A norma n.º 007/2020 de 29/03/2020 da DGS

apresenta as recomendações no âmbito da prevenção e controlo de infeção do SARS-CoV-2 no Sistema de Saúde, no que concerne à utilização de EPI.

A norma supracitada atenta assim numa estratégia global de gestão, acesso e utilização de EPI que assenta em três eixos fundamentais: a minimização da necessidade do EPI, o seu uso adequado e a otimização do seu acesso.

No que diz respeito à minimização da necessidade do EPI, as medidas estão relacionadas principalmente com situações organizacionais. Estamos a falar da evicção da circulação desnecessária de profissionais e doentes nas instituições de saúde, redução da atividade de consulta presencial, restrição de visitas, maximização da telemedicina, colocação de barreiras físicas de modo a diminuir a exposição ao vírus (por exemplo, janelas de vidro ou acrílico, cortinas), criação de circuitos específicos para o doente suspeito de COVID-19 ou caso confirmado, bem como da formulação de algoritmos e de estratégias pedagógicas que promovam a sua rápida identificação. Para além disso, a própria dinâmica dos serviços deve ser alvo de ajustes, nomeadamente, restringir o número de profissionais de saúde que entram nas áreas destinadas a isolamento, programação das atividades e procedimentos clínicos, de forma a minimizar o número de vezes que os profissionais entram num quarto ou coorte de isolamento (DGS, 2020c).

O segundo eixo fundamental está relacionado com o uso adequado de EPI. Como facilmente entendemos, cabe ao profissional de saúde atender às especificidades de cada contexto clínico e recorrer a uma seleção e utilização criteriosa do EPI, sendo que o profissional está responsável por se proteger a si e garantir cuidados seguros aos doentes a quem presta cuidados.

Aos doentes que se encontram na instituição de saúde deve ser fornecida máscara cirúrgica, independentemente se apresentam ou não sintomas respiratórios ou febre. À entrada do doente na instituição a máscara deve ser imediatamente colocada pelo próprio doente, sendo este orientado para proceder previamente à higiene das mãos. Nos casos em que a situação clínica não permite a independência na colocação da máscara, será o profissional de saúde quem aplica a máscara ao doente.

Quanto à utilização de EPI pelo profissional de saúde, a situação é um pouco mais complexa, uma vez que são exigidos conhecimentos e formação específica para garantir a correta seleção e utilização destes equipamentos. O EPI deve ser usado com base no risco de exposição, que está dependente da área onde o profissional trabalha, do tipo de procedimento que vai realizar e da dinâmica de transmissão do vírus. Por princípio, todos os profissionais das unidades de saúde devem usar máscara cirúrgica (DGS, 2020c).

No contacto com doentes que não sejam considerados casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, o profissional deve usar máscara cirúrgica e cumprir as restantes precauções básicas, em função da situação clínica dos doentes e dos cuidados ou procedimentos a

realizar. Se for previsível o contacto com fluidos orgânicos, deve também ser usado avental e luvas.

Os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados diretos a casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 devem usar EPI de contacto e de gotícula, e respeitar as indicações da Norma 007/2020 da DGS em vigor: bata, com abertura atrás, descartável, impermeável, de manga comprida e que vá até abaixo do joelho; máscara; proteção ocular; óculos ou viseira; luvas descartáveis não esterilizadas; cobre-botas (se não estiver a usar calçado dedicável ou não higienizável) e touca, a estas medidas podem acrescer medidas adicionais de isolamento de via aérea (DGS, 2020c).

Para a tomada de decisão acerca do EPI a utilizar, é fundamental ter em consideração a área assistencial onde os cuidados são prestados, assim como, o risco de aerossolização associado a procedimentos específicos.

Consideram-se procedimentos geradores de aerossóis os seguintes: entubação traqueal, ventilação não-invasiva, traqueostomia, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual pré-entubação, broncoscopia, colocação de doente ventilado em decúbito ventral, introdução de sonda nasogástrica, colheita de amostras respiratórias por zaragatoa nasal ou orofaríngea, aspiração orofaríngea de secreções, indução de tosse, cinesioterapia respiratória, entre outros. Destes, são considerados procedimentos geradores de aerossóis de risco mais elevado a entubação traqueal, a traqueostomia e a broncoscopia.

Sintetizando, se não vai ser realizado um procedimento gerador de aerossóis, a DGS recomenda seguir os seguintes pressupostos:

- Se o profissional está a uma distância do doente superior a um metro deve usar a máscara cirúrgica, devendo o doente usar também máscara cirúrgica;
- Se a distância em relação ao doente for igual ou inferior a um metro pode usar-se a máscara cirúrgica, máscara FFP1 ou máscara com viseira, dependendo da avaliação de risco prévia, sendo que o doente também deve usar máscara cirúrgica. No caso de o mesmo não tolerar a máscara cirúrgica, o profissional deve utilizar FFP2 ou N95;
- No quarto individual ou coorte de isolamento de doentes COVID-19, o profissional deve usar FFP2 ou N95.

Durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis, as orientações são as seguintes:

- Para procedimentos de risco elevado, usar FFP2 ou N95 ou FFP3;
- Para outros procedimentos, usar FFP2 ou N95.

Ainda neste seguimento, no que concerne aos respiradores ou máscaras (FFP2, N95, FFP3), estes podem ser usados na prestação de cuidados a vários doentes, com o mesmo

diagnóstico, tendo em atenção que a sua efetividade é de apenas quatro a seis horas de uso. No caso de este equipamento ficar húmido ou danificado, deverá ser imediatamente substituído.

A cogula é um equipamento cuja utilização frequentemente gera controvérsias, até porque as *guidelines* internacionais e nacionais não são totalmente coincidentes. A utilização da mesma, em alternativa à touca, não é imperativa na prestação de cuidados a doentes COVID-19. No entanto, poderá ser usada em procedimentos de risco elevado.

A utilização de duplo par de luvas é outro procedimento que não é consensual nas *guidelines*. A DGS dá indicações para a sua utilização em procedimentos invasivos a doentes com COVID-19. O primeiro par interno de luvas tem como função cobrir a pele (“como uma segunda pele”) e o segundo par, externo, como reforço da segurança. Para além disso, o cano da luva deve ficar ajustado de forma a cobrir as mangas da bata.

Os profissionais de saúde devem, na prestação de cuidados a doentes suspeitos ou com COVID-19, usar preferencialmente roupa descartável ou de uso único. Toda a roupa usada deve ser considerada contaminada e higienizada na instituição.

Para que o conhecimento sobre o EPI seja sedimentado e os profissionais sejam capazes de fazer uma correta colocação, utilização e remoção do EPI, é necessária formação nesta área por forma a facilitar a implementação também das precauções básicas do controlo da infeção e as precauções baseadas nas vias de transmissão, promovendo assim a segurança dos profissionais e a segurança dos utentes.

Por último, o terceiro eixo fundamental é a otimização do acesso a EPI, aspeto principalmente direcionado aos órgãos de gestão. Os gestores das unidades de saúde devem garantir o fornecimento adequado e suficiente de EPI aos profissionais e ter por base uma reserva estratégica local para esta epidemia, de acordo com a norma 007/2020 da DGS.

As orientações da DGS, nem sempre são coincidentes com as *guidelines* de outras entidades reguladoras dos cuidados de saúde.

De acordo com o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, 2020), aquando do contacto com um caso suspeito ou confirmado de COVID-19 deve ser utilizada máscara cirúrgica ou um respirador, mediante o risco de aerossolização, bem como luvas, bata comprida e impermeável e proteção ocular, óculos ou viseira no caso de ser expectável o contacto com fluidos corporais. Dos vários procedimentos considerados de risco por serem geradores de aerossóis, o que é defendido de forma mais consistente como sendo de alto risco é a intubação endotraqueal (ECDC, 2020).

Já o CDC emana orientações para que, no caso de procedimentos não geradores de aerossóis, sejam utilizados os respiradores N95, ou máscara cirúrgica (se não estão disponíveis as máscaras N95), proteção ocular, bata de isolamento e um par de luvas não esterilizadas;

nos procedimentos geradores de aerossóis é aconselhada a utilização de respirador N95, bata impermeável, proteção ocular e um par de luvas (CDC, 2020).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), para procedimentos não geradores de aerossóis é recomendada a máscara cirúrgica, bata, proteção ocular e um par de luvas; nos procedimentos geradores de aerossóis já é recomendado respirador, bata impermeável ou bata com avental, proteção ocular e um par de luvas (WHO, 2020).

Como foi possível verificar existem algumas diferenças entre a realidade portuguesa e aquilo que se recomenda a nível internacional. Uma das primeiras diferenças é logo no tipo de máscara. Nos procedimentos não geradores de aerossóis é recomendada a máscara cirúrgica pela DGS e pela WHO, no entanto o CDC recomenda o respirado N95 e o ECDC aconselha o respirador FFP2 ou em alternativa a máscara cirúrgica.

Outra diferença significativa são as recomendações sobre o uso de luvas. Como podemos verificar, só na norma desenvolvida pela DGS existe orientação para utilização de dois pares de luvas em determinados procedimentos, as outras entidades defendem sempre a utilização de um único par de luvas.

Ainda de salientar que apenas a DGS orienta para a utilização de proteção de calçado (perneiras ou cobre-botas), touca e cogula em determinadas situações, procedimento que não é recomendado pelo CDC, ECDC ou OMS.

Podemos assim concluir que, na generalidade, em Portugal as orientações relativas aos EPI são mais apertadas e restritas, levando a uma maior repercussão económica para a obtenção de todos estes equipamentos, bem como, induzir nos profissionais uma sensação de maior risco, principalmente nas situações em que estes EPI não estão disponíveis.

Ao longo do ano 2020 e 2021 têm vindo a ser apresentadas diversas orientações governamentais para travar a pandemia e assiste-se à larga produção científica acerca da COVID-19. No entanto, muitas questões se colocam em termos de segurança nos cuidados de saúde, nomeadamente na utilização de EPI. Na prática clínica verifica-se variabilidade na utilização destes equipamentos de proteção individual, situação que levanta dois problemas, por um lado, a escolha e utilização incorreta do EPI e, por outro lado, uma utilização desmedida com repercussão económica significativa e risco de quebra de stocks.

A escolha do tipo de EPI depende da disponibilidade do equipamento, das orientações existentes no contexto de cuidados, mas também, do risco e da suscetibilidade à doença que o profissional de saúde perceciona relativamente a si próprio. O interesse sobre esta temática já tem sido notório a nível internacional.

Neste contexto, conhecer os fatores que influenciam a decisão dos enfermeiros em relação ao tipo de EPI, proporcionará informação que poderá contribuir para melhorar as medidas

de controlo de infeção e de proteção dos profissionais, bem como, a gestão de recursos hospitalares.

1.3 Os profissionais de saúde e a pandemia COVID-19

A pandemia COVID-19 colocou imensos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente, a necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências, num clima de incerteza e constante atualização de informação. O confronto com o risco acrescido de exposição a uma doença altamente contagiosa, deixa estes profissionais perante dilemas na tomada de decisão e na opção por determinados comportamentos.

Neste período foi já desenvolvida investigação em que são abordados alguns aspetos relacionados com o comportamento dos profissionais de saúde, designadamente, o conhecimento, as atitudes relativamente à doença e a perceção de risco de exposição à mesma (Abdel Wahed et al., 2020). Na literatura encontramos referência à aplicação de princípios da ciência comportamental no combate à pandemia, nomeadamente no que se relaciona à mudança de hábitos, aquisição de novos comportamentos e perceção de risco de exposição à doença (Lunn, Belton, Lavin, McGowan & Robertson, 2020).

1.3.1 A importância do conhecimento

Os profissionais de enfermagem cuidam de utentes, das suas famílias ou grupos e acompanham-nos ao longo de todo o seu ciclo de vida, tarefa obrigatoriamente complexa (Ferrito, 2007). Atualmente os enfermeiros têm de responder a desafios cada vez maiores, sendo a aquisição constante de conhecimento atualizado que suporte as decisões no seu exercício profissional, uma dessas exigências. Mesmo a população em geral tem acesso a mais informação e um nível de conhecimento mais elevado relativamente à sua saúde, sendo cada vez mais exigente com os cuidados que lhe são prestados, o que leva a uma necessidade, por parte dos enfermeiros, de formação contínua para atingir objetivos de excelência na prestação de cuidados.

Ao longo dos últimos anos o conceito de Prática Baseada na Evidência (PBE) tem emergido em diferentes áreas da saúde, nomeadamente nas Ciências de Enfermagem. A PBE pode ser definida como a consideração da melhor evidência científica para a tomada de decisão clínica do profissional, tendo em conta o contexto onde as práticas são realizadas, as preferências dos utentes e o próprio juízo crítico dos profissionais de saúde. A aplicação da mesma reduz a variabilidade na prestação de cuidados e, consequentemente, o risco de erro, diminuindo também as inseguranças e incertezas dos próprios profissionais (Apóstolo, 2017).

Dos trabalhos de investigação emergem resultados que guiam as práticas dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, proporcionando mais sustentação às suas ações e, dessa forma, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. O termo Enfermagem Baseada na Evidência (EBE) é cada vez mais comum e assenta na tomada de decisão dos enfermeiros baseada nos melhores resultados científicos da investigação. A utilização da evidência é um estímulo à reflexão crítica, ao questionamento sobre as práticas e uma oportunidade para aprimorar essas práticas. Desta forma, os profissionais justificam as suas práticas em bases teóricas mais sólidas, tendo um papel mais ativo nas instituições de saúde onde desempenham funções (Ferrito, 2007).

A procura e interesse pelo desenvolvimento do conhecimento sobre a doença e a aspetos a ela relacionados, durante uma pandemia, traduz a importância da correta pesquisa da evidência, bem como, a necessidade de uma comunicação eficaz pela comunidade científica e pelos próprios órgãos governamentais. No entanto, a pandemia por COVID-19 encontra-se associada também a notícias falsas e desinformação, pelo que, o trabalho em torno da saúde pública foi encontrando variadíssimas barreiras (Bavel et al, 2020).

Existem diversas formas de adquirir o conhecimento, nomeadamente através da tradição, da autoridade, da tentativa e erro, da experiência pessoal, das operações do pensamento, da intuição, do raciocínio, da ciência, da teoria e da prática profissional (Fortin, 2009), no entanto, a investigação é, sem dúvida, a melhor forma de desenvolver o conhecimento quando se trata de suportar o exercício profissional. Fortin define a investigação como “...um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos” (Fortin, 2009, p.4). Segundo esta autora o conhecimento “... implica diversidade e multiplicidade e dá lugar a diferenças e a semelhanças nos diversos tipos de saberes” (Fortin, 2009, p.10).

No âmbito da COVID-19, principalmente na fase inicial da pandemia, os profissionais de saúde desconheciam em grande parte o novo coronavírus e as especificidades da doença. Ainda assim, estiveram na linha da frente no combate à doença, demonstrando desde o princípio, o seu compromisso com a profissão (Silva & Rosa, 2020).

Se bem que, o decorrer do tempo de pandemia fez-se acompanhar pelo aumento da evidência, rapidamente nos apercebemos que o conhecimento inadequado ou insuficiente, culmina em atitudes incorretas entre os profissionais de saúde, o que influencia diretamente as práticas, levando a um diagnóstico tardio e mais facilmente à disseminação da doença (Silva & Rosa, 2020).

Vários têm sido os estudos que abordam a temática do conhecimento dos profissionais de saúde sobre a COVID-19 (Abdel Wahed et al., 2020; Bhagavathula, Aldhaleei, Rahmani, Mahabadi & Bandari, 2020; Kamacooko et al., 2021; Maude et al., 2021; Nahidi et al., 2021), constituindo um contributo para melhor sustentar as práticas e combater a pandemia. Na sua maioria, as investigações concretizam-se através da aplicação de questionários identificando quer o nível de conhecimento dos profissionais, quer avaliando as lacunas e as principais áreas do conhecimento sobre a COVID-19 que devem ser trabalhadas pelos mesmos.

O conhecimento sobre a COVID-19, nomeadamente sobre o vírus, a forma de transmissão, a sintomatologia associada, as medidas de prevenção da transmissão da doença e a abordagem ao caso suspeito ou confirmado de COVID-19, é algo fundamental para garantir a segurança no exercício dos profissionais de saúde. Visto a pandemia ter surgido de forma inesperada e a COVID-19, numa fase inicial, constituir uma incógnita para a comunidade científica, a gravidade da pandemia trouxe a necessidade de um grande esforço mundial para a produção acelerada de conhecimento sobre tudo o que envolve o combate à doença.

O estudo de Bhagavathula et al. (2020) é um dos exemplos da procura de respostas relativamente aos conhecimentos e perceção dos profissionais de saúde acerca da COVID-19. O estudo foi desenvolvido nos Emirados Árabes Unidos, com recurso a um questionário aplicado em março de 2020 a vários profissionais de saúde. Os profissionais de saúde revelaram ter conhecimento insuficiente sobre a COVID-19. Verificou-se que cerca de 33% dos participantes utilizavam *sites* oficiais do governo para obter informação enquanto cerca de 61% recorriam à comunicação social como principal fonte de informação. Importa também referir que o maior défice de conhecimento era ao nível do modo de transmissão do vírus e do seu período de incubação. Este tipo de lacunas no conhecimento pode levar ao atraso da implementação de medidas de isolamento e a uma utilização inadequada dos EPI.

Resultados diferentes foram relatados no estudo de Abdel Wahed et al. (2020), realizado em maio de 2020 no Egito, que teve como objetivo avaliar o conhecimento, a perceção e as atitudes de profissionais de saúde (na sua maioria médicos e enfermeiros), em relação à COVID-19. Os autores concluíram que o nível de conhecimento sobre a COVID-19 era elevado e que um maior nível de conhecimento estava associado a faixas etárias mais jovens e percurso académico mais vasto. Também verificaram que os profissionais que prestaram cuidados diretos a utentes com COVID-19, tinham adquirido mais conhecimento sobre esta doença e sentiam-se mais motivados para a procura de informação. Neste estudo, concluiu-

se ainda que elevados níveis de conhecimento estavam associados a atitudes mais positivas em relação à prevenção da doença e que o déficit de conhecimento aumentava a exposição dos profissionais ao vírus, com consequente aumento do risco de infecção.

Ainda no ano 2020, entre o mês de julho e agosto, Maude et al. (2021) desenvolveram um estudo na Tailândia com o objetivo de avaliar e melhorar o conhecimento, as atitudes e a prática dos profissionais de saúde. O estudo foi realizado em duas unidades de cuidados a doentes com COVID-19 e foram avaliados aspetos relativos à prevenção e transmissão da COVID-19, por via da aplicação de questionários e observação. Dos resultados destaca-se o conhecimento dos participantes maioritariamente elevado (superior a 80%), sobre as vias de transmissão, sintomatologia mais comum e medidas de prevenção, o que corrobora os resultados do estudo de Abdel Wahed et al. (2020). Neste estudo foi também contemplada a população em geral, para além dos profissionais de saúde, e os resultados foram semelhantes, isto é, também os participantes que não profissionais de saúde demonstraram um nível de conhecimento superior a 80%, as fontes de informação mais referidas, por profissionais de saúde e não profissionais, foram o local de trabalho, os colegas, os profissionais de saúde e a televisão (Maude et al., 2021).

Num contexto mais específico, mais concretamente, nos cuidados intensivos de um hospital australiano, Nahidi et al. (2021), desenvolveram um estudo com o objetivo de explorar os conhecimentos, a preparação e a experiência na gestão de doentes com diagnóstico de COVID-19, numa amostra de enfermeiros. A recolha de dados desenvolveu-se através de um questionário *on-line*, disponível entre julho e setembro de 2020. Os resultados demonstraram que a maioria dos enfermeiros apresentava uma preparação suficiente para a gestão de casos de COVID-19 e era evidente a formação específica que realizaram, bem como, o contributo da aprendizagem baseada na experiência. A maior dificuldade sentida pelos enfermeiros foi a quantidade insuficiente de EPI ou a disponibilização de EPI inadequado. A maioria dos participantes apresentava um nível de conhecimento entre o bom (49,3%) ou muito bom (34,1%). Apenas 10,9% apresentavam um nível suficiente de conhecimento, 5,1% excelente e 0,7% insuficiente. As três fontes mais comuns para obtenção de informação foram as *guidelines* do hospital (70,3%), informação disponível em *websites* de organizações de saúde nacionais (65,9%) e no *website* da WHO (52,9%). A maioria dos participantes considerava fácil ou muito fácil a obtenção de informação credível acerca da COVID-19.

Na reta final do ano de 2020 (entre setembro e novembro), Kamacooko et al. (2021) aplicaram um questionário a profissionais de saúde de três hospitais do Uganda. O objetivo do estudo foi avaliar o conhecimento, atitudes e práticas, durante a pandemia por COVID-19. Do total de participantes, 83,9% apresentaram um bom nível de conhecimento, correspondente a uma percentagem de respostas corretas igual ou superior a 80%. O sintoma mais referido da doença foi a febre (95%), seguida da tosse e da dificuldade em respirar. Um número elevado de participantes (83%) considerava que nem todos os doentes que

adquiriam a infecção desenvolviam doença severa e 91,9% referiam que era possível transmitir a infecção mesmo na ausência de febre.

Mais recentemente, em fevereiro deste ano de 2021, foi publicada uma revisão sistemática e meta-análise com o objetivo de avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas face à pandemia por COVID-19, dos profissionais de saúde da Etiópia (Lake et al., 2021). Foram considerados um total de 3843 estudos sobre o conhecimento, 2842 estudos sobre as atitudes e 3435 sobre as práticas face à pandemia por COVID-19, resultando na análise final 11, 8 e 10 estudos, respetivamente. Os resultados apontam para um nível bom de conhecimentos, o que está em consonância com a maioria dos estudos abordados anteriormente.

Parafraseando Francis Bacon “conhecimento é poder” e, na verdade, o aumento do conhecimento dos profissionais de saúde parece associar-se a práticas mais seguras em fase de pandemia. Aliando-se à promoção do conhecimento, é importante também promover uma atitude positiva que alavanque a confiança dos profissionais de saúde no paradigma da segurança dos cuidados.

1.3.2 Atitudes dos profissionais de saúde face à COVID-19

As atitudes foram desde sempre objeto de estudo das ciências sociais, principalmente da psicologia social. Vários autores definem este conceito, o interesse sobre o mesmo está relacionado com o facto de teoricamente se considerar que a atitude do ser humano em relação a algo irá predizer o seu comportamento (Mendes, 2009).

Segundo Fishbein e Ajzen (1975) citados por Mendes (2009, p.18), uma atitude pode ser conceptualizada com uma “predisposição aprendida para responder consistentemente a um determinado objeto de forma favorável ou desfavorável”.

As atitudes afetam assim a nossa forma de agir de forma positiva ou negativa, perante um objeto, acontecimento, pessoa, grupo, contexto, entre outros. A atitude é uma simbiose de aspetos cognitivos e carga afetiva, que prediz as ações (Mendes, 2009).

As atitudes são assim moderadoras do comportamento, tendo um papel preponderante no mesmo, isto é, quanto mais forte for uma atitude, maior é a probabilidade de a mesma predizer um comportamento, por sua vez, as atitudes mais fracas, tendem a não predizer o comportamento (Mendes, 2009).

Segundo Ajzen (2001), as atitudes contribuem para a facilitar a adaptação a um determinado meio ou contexto, podendo exibir várias funções: de valor mais expressivo, na medida em

que permite expressar um sentimento positivo ou negativo face a algo; de conhecimento, permitindo organizar informação sobre algo e controlar aqueles que são os comportamentos do próprio face ao mesmo; de defesa do próprio ego, protegendo-o dos medos, por exemplo, de adaptação social, permitindo que a pessoa se conheça, saiba quem é e se adeque aos contextos; e de utilitarismo, na medida em que faz com que a pessoa se aproxime ou se afaste de determinados objetos ou situações. Avaliações positivas ou negativas acerca de algo, levam a uma atitude positiva ou negativa, que se manifesta na aproximação ou evicção de determinado objeto (Ajzen, 2001).

São vários os modelos teóricos que procuram explicar a relação entre as atitudes e os comportamentos dos indivíduos, entre os quais se destaca a Teoria da Ação Racional, a Teoria da Ação Planeada e o Modelo Tripartido Clássico de Rosenberg & Hovland.

A Teoria da Ação Racional foi inicialmente desenvolvida por Martin Fishbein e posteriormente foi revista e expandida por Ajzen, Fishbein e outros, sendo renomeada por Teoria da Ação Planeada (Moutinho & Roazzi, 2010). Estas teorias procuram estabelecer uma ponte entre as atitudes e o comportamento humano. A Teoria da Ação Refletida com o objetivo de compreender e prever o comportamento humano, tem na sua base a explicação das relações causais entre crenças, atitudes, intenção comportamental e comportamentos (Mendes, 2009). Segundo esta teoria, as atitudes apresentam três características fundamentais: são apreendidas com o tempo, estão na génese da ação e percecionam as ações sempre como favoráveis ou desfavoráveis face a determinado objeto; a forma mais simples de entender as atitudes é localizando um sujeito de forma bipolar, em que apresenta uma atitude ou positiva ou negativa face a algo (Mendes, 2009). Esta teoria assenta no pressuposto que o comportamento humano, na grande maioria das vezes, depende do controlo volitivo e que a intenção comportamental é aquilo que determina esse mesmo comportamento (Ajzen, 1991).

O conceito de intenção comportamental relaciona-se com a motivação do indivíduo para realizar um comportamento, retrata o tempo e o esforço que a pessoa considera poder despendar para o mesmo; isto é mediado pelas atitudes, ou seja, pelo valor positivo ou negativo que a pessoa atribui a esse comportamento e pela chamada norma subjetiva, que é um indicador social, o qual representa a influência da percepção que temos acerca daquilo que os outros pensam ou esperam de um determinado comportamento nosso (Ajzen, 1991).

A Teoria da Ação Planeada em complemento à Teoria da Ação Racional, procura prever os comportamentos que parecem não ser apenas dependentes do controlo volitivo e que sofrem influências sociais e comportamentais (Ajzen, 1991). Na verdade, a intenção comportamental traduz apenas a motivação para a ação, mas a concretização da ação relaciona-se também com o maior ou menor controlo que a pessoa perceciona (Moutinho & Roazzi, 2010).

A Teoria da Ação Planeada introduz um novo conceito: a percepção de controlo do comportamento. Esta tríade, a norma subjetiva, as atitudes e a percepção de controlo comportamental, vão influenciar as intenções comportamentais e determinar o comportamento. Deste modo, quanto mais positiva a atitude e a norma subjetiva, e quanto maior for a percepção de controlo, maior será a probabilidade de um indivíduo exibir um determinado comportamento, aspeto bastante importante nas ciências da saúde (Mendes, 2009) e no planeamento de intervenções que procuram fomentar a mudança de comportamentos.

Importa deste modo descrever em que consiste a percepção de controlo comportamental. Este conceito remete para a facilidade ou dificuldade que o indivíduo considera que terá no desempenho de determinado comportamento, o que está também relacionado com as experiências passadas vivenciadas pelo mesmo, e o peso que cada uma destas variáveis pode ter sobre a intenção, varia consoante os contextos e os comportamentos (Ajzen, 1991).

O Modelo Tripartido Clássico de Rosenberg & Hovland, conceptualiza a atitude como sendo multidimensional, apresentando assim três dimensões interdependentes: as crenças/cognições, os afetos/sentimentos e a tendência para a ação/comportamento (Lebres, 2010). As crenças são definidas como aquilo em que a pessoa acredita, o afeto como um conjunto de sentimentos face a uma determinada situação e, por fim, o comportamento, relaciona-se com a tendência ou predisposição para agir de determinada forma (Lebres, 2010).

Do exposto fica visível a importância das atitudes no comportamento humano. Em tempo de pandemia COVID-19, vários têm sido os estudos que abordam as atitudes dos profissionais de saúde e as relacionam com outras variáveis, nomeadamente aquelas que os modelos descritos anteriormente referem (Abdel Wahed et al., 2020; Giao et al., 2020; Lake et al., 2021; Kamacooko et al., 2021; Maude et al., 2021).

Abdel Wahed et al. (2020) verificaram uma correlação positiva entre conhecimentos e atitudes, ou seja, os profissionais de saúde que detinham um maior nível de conhecimentos, apresentavam por sua vez também uma atitude mais positiva, particularmente em relação à prevenção da doença. Também a percepção de risco se relacionou com as atitudes dos profissionais de saúde, por exemplo, se era percebido o medo de contrair o vírus e/ou de transmitir a doença à família, as atitudes relativas às práticas no contexto laboral mudavam, de forma a prevenir que isso mesmo acontecesse (Abdel Wahed, 2020). O estudo de Giao e colaboradores (2020) corrobora estes resultados, relatando uma associação entre nível elevado de conhecimento sobre a doença e uma atitude positiva face à prevenção da mesma.

No estudo de Maude et al. (2021), as atitudes dos profissionais de saúde e da população em geral também foram avaliadas e foram classificadas segundo uma escala de 1 (valor mínimo) a 7 (valor máximo). Os resultados mostram que tanto os profissionais de saúde, como a

população em geral apresentavam o seu conhecimento sobre a COVID-19, a sua capacidade para se protegerem da doença e o seu grau de cumprimento das recomendações nacionais para a prevenção da propagação do vírus, maioritariamente nos scores 5, 6 ou 7, com percentagens sempre superiores a 86%. As percentagens de resposta nesses scores tornam-se mais baixas quando questionados sobre a possibilidade de evitar a infeção, a probabilidade de se infetarem e a gravidade da doença caso fossem infetados, o que revela alguma ambivalência ou insegurança.

Kamacooko et al. (2021) num estudo sobre o mesmo tipo de atitudes, desenvolvido no Uganda, concluíram que mais de 80% dos participantes concordavam que a COVID-19 iria ser controlada com sucesso, que a população africana deveria participar em estudos relacionados com as vacinas para a COVID-19 e que os profissionais de saúde deveriam ter prioridade no processo de vacinação.

Por fim, a revisão sistemática e meta-análise de Lake et al. (2021), vem corroborar os dados supracitados na medida em que conclui que as atitudes foram tendencialmente positivas. No entanto, foi também encontrado um desfasamento entre as atitudes e as práticas dos profissionais, isto é, apesar de revelarem atitudes maioritariamente positivas, os profissionais apresentavam, na sua maioria (79,4%), práticas inadequadas.

Atendendo aos aspetos apresentados percebe-se a importância de estudar a relação das atitudes com a adoção de comportamentos. No contexto da pandemia COVID-19, as atitudes podem ser uma variável importante quando se pretende garantir a proteção dos utentes e do próprio profissional de saúde, nomeadamente, por via da implementação de medidas para reduzir a exposição à doença e o risco de transmissão do SARS-CoV-2.

1.3.3 Exposição ocupacional à COVID-19 e perceção de risco

Historicamente, as doenças infecciosas estão associadas a um grande número de mortes, por este facto, também na pandemia da COVID-19 as pessoas e os próprios profissionais de saúde, acabam por perceber o vírus como uma ameaça (Bavel et al, 2020).

O “Grupo de Trabalho - Perceção e Comunicação em situação de Crise (GT-PCC)” da DGS, emanou, em fevereiro de 2020, uma ficha técnica com princípios orientadores relativos à situação de crise no âmbito da doença COVID-19, na qual a perceção de risco é definida como o “julgamento ou avaliação subjetiva realizada pela pessoa” face a determinada circunstância (DGS, 2020d, p. 4). Essa avaliação está dependente de algumas características

percebidas do risco, por exemplo, a exposição voluntária ou involuntária ao mesmo, o seu efeito imediato, se o verdadeiro risco é conhecido ou não, se a ciência já o define sustentadamente, se é ou não controlável e se traz ameaças ou consequências graves, para além disto, existem muitas crenças enviesadas, isto é, ideias, pensamentos e cognições não baseadas em factos, que influenciam também a avaliação do risco (DGS, 2020d).

Na perceção de risco interagem ainda dois tipos de perceção distintas, a perceção de exigências e a perceção de recursos. A primeira está relacionada com a avaliação que o indivíduo faz do perigo, das incertezas ou do esforço necessário inerente à situação. A segunda é a avaliação que faz dos seus conhecimentos, habilidades e capacidades, bem como, das suas características individuais e o suporte externo que percebe para lidar com a situação. Desde modo, quando as exigências são maiores que os recursos, o indivíduo experimenta uma perceção maior de risco, uma perceção maior de ameaça (DGS, 2020d).

Nas instituições de saúde, as próprias condições de trabalho, as atividades desenvolvidas, o equipamento técnico disponível e as substâncias ou materiais utilizados, acabam por se traduzir, muitas vezes, numa exposição a uma diversidade de fatores de risco profissional, que podem ser de natureza química, física, biológica e psicossocial (Ministério da Saúde, 2010).

Neste âmbito, importa mencionar a importância da gestão do risco profissional, o qual constitui um processo dinâmico que objetiva a eliminação ou controlo de fatores de risco e, por conseguinte, a prevenção de acidentes e doenças profissionais (Ministério da Saúde, 2010).

Os serviços de Saúde Ocupacional (designados também por Segurança e Saúde), têm um papel fundamental na prevenção da doença profissional e na exposição a riscos. A saúde ocupacional engloba uma série de medidas com vista a diminuir o impacto dos fatores determinantes das doenças ou de outros problemas de saúde, evitar a sua ocorrência e controlar a sua progressão ou então limitar as suas consequências. Neste sentido, existem diferentes níveis de prevenção: a prevenção primária, em que se pretende eliminar ou diminuir os fatores de risco; a prevenção secundária, em que se pretende conter a evolução da doença ou acidente; e a prevenção terciária, após a ocorrência de um acidente ou problema, em que se pretende reduzir as suas consequências (Ministério da Saúde, 2010).

No que diz respeito à pandemia por COVID-19, a vacinação enquadra-se no nível da prevenção, a realização de testes para diagnóstico atempado da doença, na prevenção secundária e a reabilitação clínica dos profissionais, após terem adquirido o vírus, na prevenção terciária.

Segundo a Informação Técnica de Saúde Ocupacional n.º 14/2020 (DGS, 2020e), devido à situação pandémica atual é crucial evitar a transmissão do SARS-CoV-2 entre a população de trabalhadores. Sendo esta situação uma emergência de saúde pública, foi necessário e

importante reavaliar o risco profissional para os trabalhadores, pois o setor da saúde não pode parar e sofreu uma pressão nunca antes vista (DGS, 2020f). Foram colocadas várias exigências aos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO), até porque foram estes serviços os responsáveis pela criação de orientações de medidas de proteção dos trabalhadores face à COVID-19 (DGS, 2020g).

No que se reporta aos profissionais de saúde foram recomendados pela DGS alguns procedimentos a adotar pelas instituições, os quais constam da orientação n.º 013/2020 de 21/03/2020 (DGS, 2020g), pelo que, serão abordados de seguida os aspetos mais relevantes dessa orientação.

Para além do cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção emanadas pela DGS, os profissionais de saúde devem realizar, diariamente, a auto monitorização de sintomas da COVID-19, identificando-os precocemente. Isto passa pela avaliação da temperatura corporal e outros sintomas com consequente registo em tabela própria (DGS, 2020g). Sem prejuízo dos procedimentos de vigilância de saúde dos trabalhadores, é responsabilidade dos Serviços de SST/SO procederem à análise de sintomas que vão sendo reportados (DGS, 2020g).

Caso o profissional detete sinais e/ou sintomas de COVID-19, passa a ser considerado caso suspeito e deve dirigir-se à respetiva área de isolamento consoante o Plano de Contingência de cada instituição, seguidamente deverá realizar teste para confirmação do diagnóstico e os contactos próximos também serão rastreados, em função do alto ou baixo risco de exposição (DGS, 2020g).

Durante a pandemia por COVID-19, foram necessárias estratégias consistentes para proteger os profissionais de saúde e promover a evicção da rápida transmissão interpessoal da doença. Daqui se depreende que os profissionais de saúde estão sujeitos a um maior risco de contrair este vírus, pelo que, promover a sua proteção é essencial para reduzir a transmissão nosocomial da doença e manter a capacidade de assistência dos serviços de saúde. A prevenção e controlo de infeção no âmbito dos cuidados de saúde envolve o uso de EPI, a identificação precoce e isolamento dos indivíduos infetados, definindo protocolos de ação específicos, entre outras estratégias (Fernandes et al., 2021).

Os momentos mais difíceis ocorreram especialmente durante as primeiras semanas da pandemia quando os profissionais de saúde se depararam com uma quantidade insuficiente de EPIs, ficando assim expostos a um maior risco de contraírem o vírus, em comparação com a população em geral, sentindo-se desta forma particularmente vulneráveis. Esta situação aliou-se a dificuldades psicológicas ligadas ao medo de contrair o vírus, infetar os membros da própria família e à sensação de desamparo e insegurança face à morte dos doentes a quem prestavam cuidados. A nível organizacional, os fatores apontados como condicionantes do stress dos profissionais de saúde foram a falta de diretrizes e protocolos de controlo de infeção, a falta de acesso a EPIs, a ausência de apoio e valorização por parte das chefias e,

de um modo mais geral, pela gestão das instituições (De Leo, Cianci, Mastore, & Gozzoli, 2021).

Segundo o ECDC (2020) face à frequência de exposição a casos positivos de COVID-19, os profissionais de saúde apresentam um alto risco de infeção. Neste sentido, estudos conduzidos no Reino Unido e nos Estados Unidos, revelaram que os profissionais de saúde apresentavam a probabilidade de ter um teste positivo à COVID-19, três a quatro vezes superior à população em geral, por outro lado, cerca de 10% dos casos positivos relatados na China e 9% em Itália, ocorreram entre profissionais de saúde.

No estudo de Abdel Wahed et al. (2020), já referido anteriormente, o qual incluiu uma amostra de diferentes profissionais de saúde, verificou-se que a maioria dos participantes (83,1%) demonstrou medo ou sentiu maior suscetibilidade de ficar infetado (89,2%). Entre os motivos que explicavam os receios dos profissionais de saúde inquiridos estavam o medo de transmitir a infeção no seu agregado familiar e a perceção da alta transmissibilidade da doença. Outro resultado interessante deste estudo foi que a falta de EPI constituiu o principal motivo para que se sentissem suscetíveis à infeção, seguindo-se outros motivos, tal como, a falta de distanciamento social e o mau arejamento dos espaços no local de trabalho, e ainda, o contacto com pessoas que não se comprometiam com as medidas preventivas.

Também um estudo conduzido no Irão concluiu que os profissionais de saúde consideravam que as infraestruturas dos sistemas de saúde estavam degradadas, que o número de profissionais era reduzido e também escasseavam os EPI, de salientar que apenas metade dos inquiridos concordava com os procedimentos definidos governamentalmente acerca da abordagem aos casos suspeitos e infetados por COVID-19 (Aladul, Al-Qazaz & Allela, 2020).

No estudo de Abdel Wahed et al. (2020), a perceção de gravidade da COVID-19 foi relacionada com a ausência de tratamento específico, incertezas quanto à vacina (que na altura ainda não tinha previsão de utilização), as mortes associadas e a perceção de uma resposta insatisfatória por parte das autoridades de saúde.

Num estudo com foco na perceção de risco, conduzido em Itália, durante o ano 2020, conclui-se que a prevalência da doença foi mais elevada nos profissionais de saúde que trabalhavam durante períodos mais longos e em turnos com mais horas, nos profissionais que viviam em áreas epidemiologicamente mais afetadas e nos que já tinham contactado com pessoas infetadas (Bettinsoli et al., 2020).

No estudo de Nahidi et al. (2021), abordado anteriormente, foi relatada a preocupação que os enfermeiros sentiam perante a possibilidade de serem com infetados com COVID-19, sendo que, 32,8% dos participantes encontrava-se ligeiramente preocupado, 29% um pouco preocupado e 23,7% moderadamente preocupado, nos extremos encontravam-se 9,9% dos

participantes que referia não estar preocupado e apenas 4,6% que afirmava estar extremamente preocupado.

Por fim, ao nível nacional, um estudo português tentou perceber as possíveis diferenças entre a percepção de risco face à COVID-19 dos profissionais de saúde em comparação com a população em geral (Peres, Monteiro, Almeida & Ladeira, 2020). Concluiu-se que ambos os grupos consideravam moderadamente provável um familiar ou amigo ficar infetado. Pelo contrário, existiram discrepâncias na percepção de risco de serem infetados, uma vez que os profissionais de saúde consideravam ser muito provável contraírem COVID-19, enquanto que a população em geral, considerava ser apenas moderadamente provável. Relativamente à preparação dos serviços de saúde para a pandemia, a maioria dos profissionais de saúde considerava insuficiente, numa percentagem mais elevada que a população em geral (Peres et al., 2020).

Ainda em contexto nacional, Borges et al. (2020) desenvolveram um estudo do tipo qualitativo que tinha como objetivo descrever a percepção e as vivências dos enfermeiros durante a pandemia da COVID-19. A amostra inclui 15 participantes, todos enfermeiros portugueses, aos quais foi feita uma entrevista semiestruturada, em maio de 2020. Da análise dos dados emergiram três categorias: as experiências vivenciadas, as estratégias adotadas e as expectativas futuras. As experiências vivenciadas reportaram-se a estados emocionais negativos, como a ansiedade e o stresse; a alterações na organização do trabalho, como foi o caso de mudanças de espaço físico; alteração da carga de trabalho; tipo de horário e o próprio tipo de cuidados prestados; ao reforço da coesão da equipe; a novos desafios que levaram à proatividade na aquisição de conhecimentos e por fim às próprias normas e orientações que foram surgindo como auxílio e suporte para a prática de enfermagem. No que remete às estratégias adotadas, foram relatadas estratégias individuais, relacionadas com o contributo da dimensão espiritual ou com a realização de atividades fora do contexto laboral, como por exemplo, o exercício físico; o suporte proporcionado pela equipe e pela família; e o suporte informativo, essencial para a aquisição de conhecimento atual. Em termos de expectativas futuras, as mesmas passam pelo regresso à normalidade, pela adaptação a uma nova realidade, pelo sentimento de incerteza e pela esperança na maior valorização da enfermagem.

Atendendo aos aspetos apresentados, percebe-se que a exposição ocupacional à COVID-19, o risco acrescido dos profissionais de saúde contraírem a doença e as múltiplas exigências que a pandemia coloca a estes profissionais, têm repercussões na sua vida pessoal e familiar, no seu desempenho profissional e na sua saúde e bem-estar. É por isso desejável encontrar estratégias para minimizar essas repercussões na vida e na saúde dos profissionais.

2 - MÉTODO

O presente capítulo aborda a contextualização do estudo, a sua finalidade e objetivos, bem como, a definição das variáveis, caracterização da amostra, descrição da metodologia para a recolha dos dados e o instrumento utilizado, a metodologia de análise de dados e as considerações éticas.

2.1 Caracterização e contextualização do estudo

A situação pandémica tem trazido a doença COVID-19 para o cerne dos mais variados tipos de estudos. Sendo um tema atual e, enquanto enfermeira a trabalhar num Serviço de Medicina Intensiva, surgiu a pertinência de estudar esta temática no desenvolvimento da Dissertação de Mestrado.

Na prática profissional muitas foram as dúvidas em relação à doença COVID-19 e ao vírus SARS-CoV-2, principalmente depois de integrar uma equipa de medicina intensiva para assistência a doentes numa área de coorte COVID-19.

Em maio de 2021, altura em que se iniciou o estudo, a nível nacional eram já quase 17.000 as mortes por COVID-19 e os casos já estavam quase a ultrapassar a barreira dos 840.000 (DGS, 2021b). No início deste ano já eram mais de 27.000 os profissionais de saúde infetados por COVID-19 e cerca de 19 as mortes entre estes. Em janeiro e fevereiro deste ano, a classe profissional mais afetada era a dos assistentes operacionais, com cerca de 8732 casos, seguiam-se os enfermeiros, com 7357, de seguida a classe designada como “outros” (outras classes que não os assistentes operacionais, enfermeiros e médicos), com 4022, e, por fim, os médicos, com 3454 casos de infeção (Diário de Notícias, 2021).

Fernandes et al. (2021) referem que efetivamente os profissionais de saúde têm um risco acrescido de contraírem o vírus, que se relaciona com o tempo de contacto do profissional com doentes portadores de COVID-19, assim, promover a segurança destes profissionais é

essencial não só pelo facto de estarem mais expostos, mas porque a capacidade de assistência dos serviços de saúde está dependente dos mesmos. Como era de esperar, um ponto fulcral na prevenção e controlo da transmissão do SARS-CoV-2 é a utilização do EPI.

A utilização de EPI pode abonar a segurança e proteção dos profissionais de saúde, em especial, dos enfermeiros, classe profissional que mais tempo de contacto próximo mantém com os doentes. É importante garantir a sustentabilidade de recursos, sendo que o EPI deve ser utilizado de forma correta e adequada, pois a rutura ou diminuição de stocks de EPI pode levar ao aumento do risco de exposição ocupacional dos profissionais durante a prestação de cuidados (DGS, 2020c).

Os dados estatísticos apontam que os casos de infeção nos profissionais de saúde têm uma dimensão considerável, pelo que, perceber o que está na génese deste fenómeno é de extrema importância.

2.2 Objetivos do estudo

O estudo tem como finalidade explorar os conhecimentos, atitudes e perceção de risco dos enfermeiros, durante a fase de pandemia por COVID-19. Nesse sentido, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os conhecimentos dos participantes sobre a COVID-19;
- Caracterizar as atitudes dos participantes, face à prevenção da COVID-19 e à utilização de EPI;
- Caracterizar a perceção de risco dos participantes face à COVID-19;
- Caracterizar a perceção de proteção dos participantes, em função do tipo de EPI e do espaço físico;
- Estudar a associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais, e os conhecimentos, as atitudes, a perceção de risco e a perceção de proteção;
- Estudar a associação entre os conhecimentos, atitudes, perceção de risco e perceção de proteção;
- Caracterizar o contexto laboral onde os participantes exercem funções profissionais durante a pandemia COVID-19.

2.3 Desenho do estudo

Foi desenvolvida uma investigação quantitativa, integrada no paradigma positivista, uma vez que este tipo de investigação objetiva a medição de fenómenos com posterior análise de dados numéricos (Fortin, 2009). O estudo é observacional, descritivo e correlacional, do tipo transversal.

2.4 Variáveis em estudo

A classificação das variáveis em estudo deve ter como pressuposto o papel que desempenham na investigação. As mesmas estão na base da investigação e são características passíveis de serem observadas ou medidas (Fortin, 2009).

O presente estudo é constituído por variáveis principais e secundárias. Como descrito no enquadramento teórico, vários estudos apontam para que o conhecimento, as atitudes e a perceção de risco, tenham um papel preponderante na tomada de decisão dos enfermeiros. Estes três fatores constituem as variáveis principais do estudo, os quais passamos a operacionalizar:

Conhecimentos: refere-se à informação sobre a COVID-19, nomeadamente, sobre o vírus SARS-CoV-2, o modo de transmissão, a sintomatologia da doença, o período de incubação e período infeccioso, os grupos de risco, as medidas de prevenção, a vacinação/imunização e a triagem de resíduos resultantes da prestação de cuidados a doentes COVID-19.

Atitudes: refere-se à perceção positiva/favorável ou negativa/desfavorável em relação aos seguintes aspetos: procura, aquisição e disseminação de conhecimento sobre a COVID-19, adequação do EPI em diferentes contextos, confiança para a prestação de cuidados a doentes COVID-19, posicionamento face à vacinação e preparação que sentem possuir para colaborarem em ações de sensibilização à equipe de saúde sobre EPI.

Perceção de Risco: refere-se à perceção do medo que a pessoa sente de ser infetada ou dos seus familiares serem infetados. Formulada de forma oposta ou inversa, a perceção de

proteção descreve a proteção que os enfermeiros percecionam durante a realização de diferentes procedimentos, mediante o EPI utilizado e a proteção percecionada em função do espaço físico onde se encontram.

As variáveis secundárias, ou também denominadas como variáveis atributo, estão relacionadas com características dos participantes já pré-existentes, mais precisamente dados sociodemográficos (Fortin, 2009). Neste grupo enquadram-se o sexo, idade, estado civil, agregado familiar e habilitações académicas. Foram também enquadradas variáveis clínicas e socioprofissionais como é o caso de padecerem de uma ou mais doenças crónicas, sendo que o mesmo se aplica aos seus familiares, categoria profissional, tempo de experiência profissional e terem prestado ou não cuidados a doentes COVID-19. O acesso a formação sobre EPI, as restrições relativamente aos EPI e a existência de fatores de risco para a transmissão da COVID-19 no seu contexto laboral, também fazem parte deste grupo de variáveis.

2.5 Participantes

O presente estudo teve como população alvo enfermeiros que estivessem a exercer funções durante a pandemia por COVID-19. Segundo Fortin (2009) a população alvo corresponde aos indivíduos que se enquadram nos critérios de seleção definidos para o estudo. Assim para a seleção dos participantes, foram definidos critérios de inclusão: Enfermeiros a exercer funções durante a pandemia por COVID-19; Portugal continental ou ilhas, ser o seu local de exercício de funções.

Da população alvo acessível, resultou uma amostra de 112 participantes. O método de amostragem utilizado foi a amostra por redes, do tipo não probabilística, ou também denominado de amostra “em bola de neve”. Segundo Fortin (2009), este método consiste no recrutamento de determinado grupo de participantes, sendo os mesmos consequentemente intermediários para a adição de mais participantes.

Dos 112 participantes, um enfermeiro foi excluído porque não cumpria os critérios de inclusão, isto é, não exercia funções em contexto de cuidados durante a fase pandémica, assumindo apenas funções de investigação. A amostra final foi assim de 111 participantes.

2.6 Caracterização sociodemográfica da amostra

Participaram no estudo 111 enfermeiros. A caracterização sociodemográfica da amostra é apresentada na tabela 1. A maioria dos participantes era do sexo feminino (77,5%). A idade distribuiu-se entre um valor mínimo de 22 anos e um valor máximo de 58 anos, sendo que a média de idades rondou os 33 anos (Desvio Padrão [DP] = 8,77).

A maioria dos participantes era solteira (50,5%) e uma percentagem reduzida separada ou divorciada (2,7%). No que se reporta ao número de elementos do agregado familiar, apenas 18,9% dos participantes viviam sozinhos, sendo que mais de metade possuía um agregado familiar de dois a três elementos. Uma minoria dos participantes é portadora de doença crónica (13,5%) e um número também reduzido tem familiares com doença crónica (27,9%).

Quanto às habilitações literárias a maioria dos participantes (55,9%) possuía apenas licenciatura. Uma percentagem reduzida dos participantes eram enfermeiros especialistas (24,3%), sendo a grande maioria enfermeiro de cuidados gerais (72,1%).

Por fim, relativamente ao tempo de exercício profissional, um número elevado de enfermeiros exercia a profissão entre um a cinco anos (33,3%) ou superior a 15 anos (27%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional

		N=111	N (%)
Variáveis	Sexo	Feminino	86 77,5
		Masculino	25 22,5
	Estado Civil	Solteiro	56 50,5
		Casado ou União de Facto	52 46,8
		Separado ou Divorciado	3 2,7
	Nº de elementos do agregado familiar	1	21 18,9
		>1 a 3	57 51,4
		>3 a 6	33 29,7
	Habilitações Académicas	Licenciatura	62 55,9
		Curso de Pós-graduação	11 9,9
		Curso de Pós-licenciatura	22 19,8
		Mestrado	15 13,5
		Doutoramento	1 0,9
	Doença crónica	Tem doença crónica	15 13,5
		Tem familiares com doença crónica	31 27,9
	Categoria Profissional	Enfermeiro de cuidados gerais	80 72,1
		Enfermeiro Especialista	27 24,3
		Enfermeiro em funções de chefia	3 2,7
		Enfermeiro Gestor/Chefe	1 0,9
	Tempo de exercício profissional	0 - 1 ano	8 7,2
		>1 - 5 anos	37 33,3
		>5 - 10 anos	17 15,3
		>10 - 15 anos	19 17,1
		>15 anos	30 27

2.7 Instrumento de recolha de dados

O questionário é um instrumento que permite a recolha de dados sobre diferentes áreas, que implica a existência de respostas escritas manual ou digitalmente (Fortin, 2009). Este método de recolha de dados foi selecionado pois apresenta várias vantagens. É de fácil aplicação e pouco dispendioso a nível económico, permite o anonimato dos participantes o que torna à partida as respostas dos participantes mais fidedignas.

Com vista a recolher os dados o investigador pode tomar uma das seguintes opções: aplicar um questionário já existente ou desenvolver o seu próprio questionário. No presente estudo, optou-se por desenvolver um questionário uma vez que a temática abordada é muito recente e não foi encontrado um instrumento que respondesse totalmente aos objetivos do estudo. Alguns itens foram construídos pela equipa de investigação outros porém, foram adaptados de instrumentos já existentes e com consentimento dos seus autores. Neste seguimento, no Anexo V - Consentimento dos Autores para Utilização do Questionário na Elaboração do Instrumento de Recolha de Dados - vem o printscreen relativo à autorização dos autores de um dos estudos que esteve no cerne do desenvolvimento do instrumento de recolha de dados.

O questionário enquadra questões maioritariamente fechadas, opção que facilita a análise das respostas, mas também algumas abertas, para um conhecimento mais aprofundado de questões ainda menos estudadas.

A parte inicial do questionário integra uma breve informação ao participante sobre o estudo e as várias premissas do consentimento informado, sendo pedido ao participante o seu consentimento expresso de aceitação em participar no estudo.

O questionário é constituído por questões agrupadas em torno de quatro domínios: a caracterização sociodemográfica e profissional, o conhecimento, as atitudes e a perceção de risco/perceção de proteção. As perguntas orientadas para avaliação dos conhecimentos e das atitudes, tiveram por base estudos resultantes da revisão da literatura e orientações da DGS. Algumas das questões foram retiradas de forma integral e outras adaptadas para o contexto português, outras ainda resultaram das experiências vivenciadas por enfermeiros na prática e da própria investigadora.

A caracterização sociodemográfica e profissional enquadra 13 questões, sendo que três delas têm duas alíneas. É então questionado o sexo, idade, estado civil, número de elementos do agregado familiar, habilitações literárias, categoria profissional e tempo de exercício

profissional. É ainda questionado se os participantes ou os seus familiares padecem de alguma doença crónica. As últimas questões abordam a experiência dos enfermeiros na prestação de cuidados a doentes COVID-19, a formação dos mesmo sobre EPI durante a fase pandémica, a presença ou não de restrições no uso de EPI e a presença de fatores de risco no seu contexto laboral que fomentem a possibilidade de os profissionais contraírem a doença. É nesta parte do questionário que se encontram as únicas questões abertas.

O domínio do conhecimento inclui 20 questões. As mesmas abordam a doença COVID-19, as vias de transmissão do SARS-CoV-2, a sintomatologia e gravidade da doença, os grupos de risco, a triagem de resíduos produzidos na prestação de cuidados a estes doentes e o risco de exposição ocupacional. As opções de resposta são: “Verdadeiro”, “Falso” e “Tenho Dúvidas”. No quadro 1 são apresentadas as questões relativas ao domínio dos conhecimentos e as fontes a partir das quais os itens foram construídos ou adaptados.

Quadro 1 - Questionário: Domínio dos conhecimentos

Nº	Questões do domínio dos conhecimentos	Referências das fontes
14.1	COVID-19 é conhecido como Sars-CoV-2.	(Abdel Wahed et al.,2020)
14.2	Doentes com COVID-19 não podem transmitir o vírus para outras pessoas quando não apresentam sinais e sintomas da doença.	(Abdelhafiz et al., 2020)
14.3	A COVID-19 transmite-se através de gotículas respiratórias, particularmente ao falar ou tossir. Também pode ser transmitida tocando nos olhos, nariz e boca após contacto com objetos ou superfícies contaminadas.	(Abdelhafiz et al., 2020) (Abdel Wahed et al.,2020)
14.4	Todos os resíduos produzidos e resultantes da prestação de cuidados de saúde a doentes com COVID-19 são considerados contaminados, com risco infeccioso associado.	(DGS, 2021c)
14.5	O contacto ocular com fluidos orgânicos de um doente infetado com SARSCoV-2 é considerado de baixo risco.	(DGS, 2021c)
14.6	É considerado contacto de alto risco todo o contacto desprotegido em ambiente laboratorial com amostras biológicas de SARS-CoV-2 pelos profissionais de saúde.	(DGS, 2021c)
14.7	O período de incubação vai de 1 a 14 dias.	(Abdel Wahed et al.,2020) (Bhagavathula et al., 2020) (Giao et al., 2020)
14.8	A pessoa pode transmitir a infeção cerca de um a dois dias antes do aparecimento dos sintomas.	(DGS, 2021c)
14.9	Estima-se que o período infeccioso dure de 7 a 12 dias em casos moderados e em média, até duas semanas em casos graves.	(DGS, 2021c)
14.10	Estudos recentes mostram que o SARS-CoV-2 se pode manter viável em superfícies como plástico ou metal por um período máximo de cerca de 24 horas e em aerossóis por um período máximo de 3h.	(DGS, 2021c)
14.11	Está provado que uma mulher grávida com COVID-19 pode transmitir o vírus ao feto ou ao recém-nascido antes e durante parto.	(DGS, 2021c)
14.12	Anosmia e disgeusia não são potenciais sintomas associados a COVID-19.	(DGS, 2021)
14.13	Exemplos de sintomas suspeitos de COVID-19 são a febre, a tosse ou a dificuldade respiratória.	(Abdel Wahed et al.,2020) (Abdelhafiz et al., 2020) (Bhagavathula et al., 2020) (Giao et al., 2020)
14.14	Após ter contraído a doença COVID- 19 é adquirida uma imunidade protetora que não permite uma nova infeção pela doença.	(DGS, 2021c)
14.15	Os grupos de risco para COVID-19 incluem: as pessoas idosas; as pessoas com doenças crónicas, pessoas com compromisso do sistema imunitário e grávidas.	(DGS, 2021c) (Abdel Wahed et al.,2020) (Abdelhafiz et al., 2020) (Giao et al., 2020)
14.16	A taxa de letalidade da COVID-19 é maior do que a do vírus <i>Influenza</i> mas menor que a dos restantes Coronavírus.	(DGS, 2021c)
14.17	Uma pessoa com confirmação laboratorial de infeção por COVID-19, independentemente dos sinais clínicos e dos sintomas é um caso confirmado.	(DGS, 2021c)
14.18	Após a segunda dose da vacina contra a COVID-19 já não é possível contrair a infeção por esta doença.	(DGS, 2021c)
14.19	Se estiver infetado com COVID-19 não devo realizar a vacina.	(DGS, 2021c)
14.20	A prevenção da transmissão do COVID-19 exige a adoção das precauções básicas do controlo da infeção, complementadas com as precauções baseadas na via de transmissão.	(DGS, 2021c)

Em relação ao domínio das atitudes, o mesmo integra uma escala com 15 itens, os quais estão direcionados para a informação sobre a doença, a participação dos profissionais em formações acerca do controlo de infeção, os EPI, a prestação de cuidados ao doente COVID-19 e a vacinação. As respostas são dadas através de uma escala de Likert, em que os participantes expressavam a sua concordância selecionando uma das seguintes opções: “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Nem concordo nem discordo”, “Concordo” e “Concordo totalmente”. No quadro 2 são apresentadas as questões relativas ao domínio das atitudes e mais uma vez, as fontes a partir das quais os itens foram construídos ou adaptados.

Quadro 2 - Questionário: Domínio das atitudes

Nº	Questões do Domínio das Atitudes	Referências das fontes
15.1	Os profissionais de saúde devem deter informações atualizadas sobre a COVID-19.	(Alduraywish, 2020)
15.2	Qualquer informação relacionada com a COVID-19 deve ser disseminada entre pares e outros profissionais de saúde.	(Alduraywish, 2020)
15.3	O EPI deve ser usado no contacto com casos confirmados ou suspeitos de COVID-19.	(DGS, 2021c)
15.4	A prevalência da COVID-19 pode ser reduzida pela participação ativa dos profissionais de saúde em programas de controlo de infeção.	(Giao et al., 2020) (Alduraywish, 2020)
15.5	O uso de máscaras N95 ou FFP2 por utentes não diagnosticados é extremamente importante.	(Alduraywish, 2020)
15.6	Durante a pandemia por COVID-19, todos os utentes alvos de cuidados de saúde são potenciais casos positivos da doença.	(Alduraywish, 2020)
15.7	Nos cuidados ao doente com COVID-19, a utilização da cogula garante maior proteção ao profissional do que a touca.	(Revisão de literatura/Prática clínica)
15.8	Nos cuidados a vários doentes com COVID-19, pode ser usado sempre o mesmo respirador (FFP2 ou N95).	(Revisão de literatura/Prática clínica)
15.9	Os respiradores (FFP3, FFP2 ou N95) mantêm eficácia de filtração de partículas durante 8 a 12 horas de utilização.	(Revisão de literatura/Prática clínica)
15.10	Em procedimentos invasivos a doentes com COVID-19, usar duplo par de luvas garante maior proteção.	(Revisão de literatura/Prática clínica)
15.11	Em procedimentos invasivos a doentes com COVID-19, usar duas máscaras sobrepostas (exemplo uma FFP2 e uma máscara cirúrgica) garante maior proteção.	(Revisão de literatura/Prática clínica)
15.12	Apenas o respirador FFP3 pode ser usado em procedimentos geradores de aerossóis de risco elevado.	(Revisão de literatura/Prática clínica)
15.13	Estou confiante para prestar cuidados a um caso suspeito de COVID-19.	(Abdel Wahed et al., 2020)
15.14	Sou a favor da vacinação de todos os profissionais de saúde contra a COVID-19.	(Giao et al., 2020)
15.15	Sinto-me preparado para participar numa ação de sensibilização sobre o uso de EPI à equipa de saúde.	(Giao et al., 2020)

O domínio percepção de risco, é constituído por uma escala com três conjuntos de questões. A elaboração dos itens relativos à percepção de risco está sustentada no estudo de Peres et al. (2020), já referido anteriormente, com adaptação de alguns dos itens. No que respeita aos itens da percepção de proteção em função do EPI e dos itens relativos à percepção de proteção em função do espaço físico, os mesmos foram elaborados mediante aspetos que foram sendo referidos na revisão da literatura e resultantes da própria experiência profissional. O primeiro conjunto possui quatro itens em que o participante classifica de zero a 10 o risco e o medo de ser infetado (2 itens) e o medo e o dos seus familiares serem infetados (2 itens). Nestes quatro itens, a resposta é dada através de uma Escala Visual Analógica que situa a percepção de risco numa classificação de risco leve (0 a 3), moderado (4 a 7) ou elevado (8 a 10). O segundo conjunto, composto por seis itens, está direccionado para a percepção de proteção na utilização de EPI em diferentes situações de cuidados. O terceiro conjunto, composto também ele por seis itens, está direccionado para a percepção de proteção em diferentes espaços físicos. As respostas aos segundo e terceiro conjuntos são dadas numa escala de Likert em que as opções variam entre “Nada protegido”, “Pouco protegido”, “Protegido” e “Muito protegido”.

2.7.1 Realização do Pré-Teste

Após o desenvolvimento do questionário procedeu-se à realização de um pré-teste. O mesmo foi realizado com a colaboração de seis enfermeiros, dois de cuidados gerais e quatro enfermeiros especialistas, que concordaram na realização de uma pequena entrevista em que o questionário foi administrado recorrendo à técnica da reflexão falada. O número de participantes nesta fase foi determinado mediante o critério de saturação teórica, ou seja, quando se percebeu que não existiam novas alterações e sugestões relativamente ao questionário.

A maioria das alterações textuais correspondiam a alterações frásicas que traziam uma compreensão mais fácil questão colocada. Noutros casos os respondentes consideraram as questões muito vagas e foi necessário especificá-las para ter dados mais objetivos.

Outra alteração sugerida e que foi aplicada diz respeito ao tipo de respostas no domínio do conhecimento. Numa fase inicial as opções consideradas foram “Sim”, “Não” e “Não sei”, tendo sido sugerido em alternativa as opções “Verdadeiro”, “Falso” e “Tenho dúvidas”.

Por fim, também de realçar, que na questão do domínio da percepção de risco, foi sugerido que os itens fossem direccionados para o local de trabalho ou espaços sociais, mas que de

uma forma geral fossem mais específicos, o que foi também aplicado na versão final do questionário.

Na realização do pré-teste o questionário foi enviado via email para que os enfermeiros em questão tivessem a oportunidade de ler o mesmo e responder sem interferência do investigador, seguidamente e durante uma curta entrevista, foram registadas e discutidas as sugestões.

De um modo geral os participantes do pré-teste relataram tratar-se de um questionário interessante para o contexto atual, de fácil compreensão e não ser de dimensão demasiado extensa, situação que poderia desmotivar os potenciais respondentes.

As alterações foram sujeitas a revisão e discussão com as respetivas orientadoras de tese.

O questionário de autopreenchimento (Anexo I), criado especificamente para este estudo, foi adequado com a ferramenta da *Google Free Online Surveys for Personal Use (Forms)* e ficou disponível para preenchimento *on-line*.

2.7.2. Análise da consistência interna das escalas

A consistência interna pode ser definida como a concordância entre os vários constituintes de um instrumento de recolha de dados. Deste modo, através do valor de *Alpha de Cronbach* é possível determinar se um item de um instrumento mede da mesma forma um dado conceito como os restantes itens (Fortin, 2009).

Uma vez que o instrumento de recolha de dados foi construído especificamente para este estudo e as propriedades psicométricas das suas escalas não eram ainda conhecidas, foi calculada a consistência interna das escalas, sendo que, após este procedimento alguns itens foram removidos da análise como é explicado de seguida.

Relativamente às atitudes, na tabela 2 apresentam-se os valores médios, o desvio padrão para cada item e os valores de *Alpha de Cronbach* da escala, caso o item fosse eliminado. Em virtude dos resultados obtidos, foi decidido remover seis itens, mais concretamente os itens 15.7, 15.8, 15.9, 15.10, 15.11 e 15.12 (assinalados na tabela 2 a sombreado cinzento). Para efeitos da análise dos resultados foram consideradas apenas as nove questões, ficando assim o conjunto de itens relativos às atitudes com um valor de *Alpha de Cronbach* de 0,686, que aponta para uma consistência interna satisfatória.

Tabela 2 - Atitudes face à COVID-19

Questões	M	DP	Valor de <i>Alpha</i> se item eliminado
15.1- Os profissionais de saúde devem deter informações atualizadas sobre a COVID-19.	4,8	0,71	0,634
15.2- Qualquer informação relacionada com a COVID-19 deve ser disseminada entre pares e outros profissionais de saúde.	4,5	1,06	0,641
15.3- O EPI deve ser usado no contacto com casos confirmados ou suspeitos de COVID-19.	4,6	0,96	0,647
15.4- A prevalência da COVID-19 pode ser reduzida pela participação ativa dos profissionais de saúde em programas de controlo de infeção.	4,4	0,73	0,646
15.5- O uso de máscaras N95 ou FFP2 por utentes não diagnosticados é extremamente importante.	2,7	1,11	0,650
15.6- Durante a pandemia por COVID-19, todos os utentes alvos de cuidados de saúde são potenciais casos positivos da doença.	3,7	1,20	0,656
15.7- Nos cuidados ao doente com COVID-19, a utilização da cogula garante maior proteção ao profissional do que a touca.	3,7	1,17	0,653
15.8- Nos cuidados a vários doentes com COVID-19, pode ser usado sempre o mesmo respirador (FFP2 ou N95).	3,6	1,20	0,682
15.9- Os respiradores (FFP3, FFP2 ou N95) mantêm eficácia de filtração de partículas durante 8 a 12 horas de utilização.	2,7	1,27	0,669
15.10- Em procedimentos invasivos a doentes com COVID-19, usar duplo par de luvas garante maior proteção.	3,7	1,20	0,635
15.11- Em procedimentos invasivos a doentes com COVID-19, usar duas máscaras sobrepostas (exemplo uma FFP2 e uma máscara cirúrgica) garante maior proteção.	2,8	1,30	0,664
15.12- Apenas o respirador FFP3 pode ser usado em procedimentos geradores de aerossóis de risco elevado.	3,1	1,28	0,671
15.13- Estou confiante para prestar cuidados a um caso suspeito de COVID-19.	4,3	0,83	0,650
15.14- Sou a favor da vacinação de todos os profissionais de saúde contra a Covid-19.	4,7	0,60	0,643
15.15- Sinto-me preparado para participar numa ação de sensibilização sobre o uso de EPI à equipa de saúde.	4	1,06	0,637

No que se reporta à perceção de risco, o *Alpha de Cronbach* da escala de quatro itens foi de 0,805, o que traduz um valor bom de consistência interna, pelo que foram considerados todos os itens para efeitos da análise.

Também no conjunto de itens relacionados com a perceção de proteção em função do EPI, mantiveram-se os seis itens iniciais, já que o *Alpha de Cronbach* foi de 0,823, o que traduz igualmente um valor bom de consistência interna.

Relativamente às questões acerca da percepção de proteção em diferentes espaços físicos, inicialmente a escala continha seis itens, mas em função da análise dos valores de *Alpha de Cronbach*, foi decidido remover o item 18.1, assinalado na tabela 3 na linha sombreada a cinzento. A escala final de cinco itens apresenta um valor de *Alpha de Cronbach* de 0,696.

Tabela 3 - Percepção de proteção em diferentes espaços físicos

Questões	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Valor de alpha se item eliminado</i>
18.1 - Em casa	3,5	0,69	0,696
18.2 - Na rua	2,7	0,57	0,560
18.3 - Em estabelecimentos comerciais	2,2	0,66	0,574
18.4 - Na instituição onde exerço funções	3,2	0,51	0,512
18.5 - No serviço onde exerço funções	3,3	0,51	0,532
18.6 - Na copa do serviço onde faço as refeições	2,5	0,65	0,594

2.8 Procedimento

A recolha de dados foi iniciada em 7 de maio e prolongou-se até 8 de julho 2021. O questionário foi divulgado pelo investigador principal via email pessoal para enfermeiros da sua rede de contactos profissionais e académicos, bem como, através de redes sociais, solicitando aos potenciais participantes para partilharem e divulgarem o questionário junto dos seus respetivos contactos.

Os dados obtidos pela plataforma *Google Forms* foram armazenados em folha de cálculo *excel* e posteriormente transportados para documento do *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 28.0.

2.9 Análise estatística dos dados

Após a recolha de dados procedeu-se à sua análise estatística. Situando-se o presente estudo no paradigma quantitativo, foi utilizado o *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 28.0 para ambiente Windows como já referido.

Para a caracterização das variáveis em estudo foi utilizada a estatística descritiva simples para obtenção de medidas de tendência central (a média [M]) e de dispersão (desvio padrão [DP], valores mínimos [Min.] e valores máximos [Max.]).

Para a comparação dos resultados obtidos por diferentes grupos de participantes foi utilizado o teste *t* de *Student* para amostras independentes, tendo-se previamente verificado, através do teste de *Levéne* a homogeneidade das variâncias. Relativamente à apresentação destes resultados são apenas referidos os valores de *t* quando existem resultados com significado estatístico.

No que diz respeito ao estudo da associação entre variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*), o qual permite descrever a intensidade e a direção da correlação entre duas variáveis. Seguindo as orientações de Cohen (1988, cit in Pallant, 2010): valor de *r* entre 0,10 a 0,29, corresponde a uma associação fraca, entre 0,30 e 0,49, associação moderada e superior a 0,50, uma associação forte.

No que concerne aos domínios do questionário que foram avaliados sob a forma de escala, em cada domínio foi verificado o *Alpha* de *Cronbach*.

O questionário é constituído também por algumas questões de resposta aberta como já foi mencionado. As respostas a estas questões foram submetidas a uma análise de conteúdo.

2.10 Considerações éticas

Os aspetos éticos, qualquer que seja o tipo de estudo, são extremamente importantes. Nesta investigação foram respeitados os princípios éticos de investigação em saúde. O estudo foi submetido para análise à Comissão de Ética da ESEP, tendo obtido aprovação com a referência Fluxo ADHOC_412/2021.

Foi respeitado o consentimento livre e informado. Segundo Fortin (2009), o respeito por este princípio consiste no direito de autonomia que o sujeito tem em relação à participação na investigação. Para isso antes do preenchimento do questionário o participante teve acesso a informação objetiva acerca do estudo e do teor da sua participação. Nenhum meio foi utilizado para coagir à participação no estudo e logo à partida foi deixada clara a informação de que, a qualquer momento, os participantes poderiam retroceder na sua decisão de participar no estudo sem prejuízo para os mesmos. Não existiu também qualquer tipo de financiamento do estudo.

O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais foi também respeitado. O fornecimento de informações relativas às crenças, opiniões ou atitudes eram uma escolha livre do participante. Para além disso, foi preservado também o anonimato dos participantes, pelo que, através das respostas obtidas no questionário não é possível a associação a nenhum dos intervenientes. O respeito pela confidencialidade, por sua vez, é alcançado através de uma gestão correta dos dados recolhidos através das respostas dos participantes (Fortin, 2009). Foi assim assumido o compromisso com os participantes de que os dados recolhidos iriam ser utilizados apenas para o desenvolvimento da dissertação de mestrado e publicações relacionadas.

Os participantes tendo sido informados sobre a natureza e finalidade da investigação, bem como da metodologia que iria ser empregue, foram tratados de forma justa e equitativa, respeitando mais um princípio da ética: o respeito pela justiça e equidade.

No que se reporta à participação na investigação não foram identificados riscos ou prejuízos para os participantes, respeitando o princípio da redução dos convenientes, ou seja, da não maleficência.

3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos através de análise estatística dos dados. A ordem de apresentação dos resultados foi delineada em resposta aos objetivos apresentados anteriormente.

3.1 Conhecimentos acerca da doença e dos EPIs

Para facilitar a leitura dos resultados obtidos na dimensão dos conhecimentos estas variáveis foram recodificadas: às respostas que foram assinaladas de forma incorreta e às respostas assinaladas na opção “não sei”, atribuiu-se o valor “0” (zero); às respostas assinaladas como corretas atribuiu-se o valor “1” (um).

A média do número de respostas corretas na amostra foi 13,8 (no total de 20 questões), o que corresponde a 68,8% de respostas corretas, revelando um conhecimento satisfatório por parte dos participantes. O valor mínimo foi de 10 respostas corretas (50%), isto é, metade das respostas corretas enquanto o valor máximo foi de 17, correspondendo a 85% de resposta corretas, tal como se pode ler na tabela 4.

Tabela 4 - Medidas descritivas do conhecimento sobre a COVID-19

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
Conhecimento global sobre a COVID-19 (soma de respostas corretas)	13,8	1,58	10	17
Conhecimento global sobre a COVID-19 (percentagem de respostas corretas)	68,8%	7,91	50%	85%

A fim de conhecer mais em detalhe os conhecimentos dos enfermeiros, os resultados individuais de cada item são apresentados na tabela 5. Conforme se pode verificar pela

leitura da tabela, a totalidade dos participantes respondeu corretamente apenas a duas questões (14.13 e 14.20), a primeira relativa aos sintomas suspeitos de COVID-19 e a segunda relacionada com a aplicação das PBCI e das PBVT, na prevenção da transmissão da COVID-19.

Uma percentagem superior a 50% de respostas incorretas foi obtida em quatro questões. As mesmas diziam respeito ao período de incubação do SARS-CoV-2, à comprovação da transmissão vertical do vírus durante a gravidez, aos grupos de risco da COVID-19, em que os participantes incluíam as grávidas, e à taxa de letalidade do SARS-CoV-2, comparativamente ao vírus Influenza e aos restantes coronavírus. De salientar que na questão 14.9 e 14.10, mais de um terço das respostas eram incorretas. Na questão 14.9, que estava relacionada com o período infeccioso da COVID-19, 36% dos participantes respondeu incorretamente e na questão 14.10, que remetia para a viabilidade do vírus em superfícies de plástico ou metal e em aerossóis, praticamente metade dos participantes (49,5%) respondeu incorretamente.

Tabela 5 - Respostas corretas e incorretas nos itens dos conhecimentos sobre a COVID-19

Questões	Respostas	
	Corretas n (%)	Incorretas n (%)
14.1- COVID-19 é conhecido como Sars-CoV-2.	109 (98,2)	2 (1,8)
14.2- Doentes com COVID-19 não podem transmitir o vírus para outras pessoas quando não apresentam sinais e sintomas da doença.	104 (93,7)	7 (6,3)
14.3- A COVID-19 transmite-se através de gotículas respiratórias, particularmente ao falar ou tossir. Também pode ser transmitida tocando nos olhos, nariz e boca após contacto com objetos ou superfícies contaminadas.	107 (96,4)	4 (3,6)
14.4- Todos os resíduos produzidos e resultantes da prestação de cuidados de saúde a doentes com COVID-19 são considerados contaminados, com risco infeccioso associado.	109 (98,2)	2 (1,8)
14.5- O contacto ocular com fluidos orgânicos de um doente infetado com SARSCoV-2 é considerado de baixo risco.	103 (92,8)	8 (7,2)
14.6- É considerado contacto de alto risco todo o contacto desprotegido em ambiente laboratorial com amostras biológicas de SARS-CoV-2 pelos profissionais de saúde.	93 (83,8)	18 (16,2)
14.7- O período de incubação vai de 1 a 14 dias.	8 (7,2)	103 (92,8)
14.8- A pessoa pode transmitir a infeção cerca de um a dois dias antes do aparecimento dos sintomas.	100 (90,1)	11 (9,9)
14.9- Estima-se que o período infeccioso dure de 7 a 12 dias em casos moderados e em média, até duas semanas em casos graves.	71 (64)	40 (36)
14.10- Estudos recentes mostram que o SARS-CoV-2 se pode manter viável em superfícies como plástico ou metal por um período máximo de cerca de 24 horas e em aerossóis por um período máximo de 3h.	56 (50,5)	55 (49,5)
14.11- Está provado que uma mulher grávida com COVID-19 pode transmitir o vírus ao feto ou ao recém-nascido antes e durante parto.	24 (21,6)	87 (78,4)
14.12- Anosmia e disgeusia não são potenciais sintomas associados a COVID-19.	95 (85,6)	16 (14,4)
14.13- Exemplos de sintomas suspeitos de COVID-19 são a febre, a tosse ou a dificuldade respiratória.	111 (100)	0 (0)
14.14- Após ter contraído a doença COVID-19 é adquirida uma imunidade protetora que não permite uma nova infeção pela doença.	89 (80,2)	22 (19,8)
14.15- Os grupos de risco para COVID-19 incluem: as pessoas idosas; as pessoas com doenças crónicas, pessoas com compromisso do sistema imunitário e grávidas.	11 (9,9)	100 (90,1)
14.16- A taxa de letalidade da COVID-19 é maior do que a do vírus Influenza mas menor que a dos restantes Coronavírus.	26 (23,4)	85 (76,6)
14.17- Uma pessoa com confirmação laboratorial de infeção por COVID-19, independentemente dos sinais clínicos e dos sintomas é um caso confirmado.	109 (98,2)	2 (1,8)
14.18- Após a segunda dose da vacina contra a COVID-19 já não é possível contrair a infeção por esta doença.	98 (88,3)	13 (11,7)
14.19- Se estiver infetado com COVID-19 não devo realizar a vacina.	101 (91)	10 (9)
14.20- A prevenção da transmissão do COVID-19 exige a adoção das precauções básicas do controlo da infeção, complementadas com as precauções baseadas na via de transmissão.	111 (100)	0 (0)

3.2 Atitudes

Relativamente ao domínio das atitudes, o valor mínimo obtido no resultado total foi de 1,1 e o valor máximo de 5, sendo que a média da amostra corresponde a 4,2 (DP=0,50), demonstrando uma atitude dos participantes maioritariamente positiva.

Através da análise de conteúdo dos nove itens definidos anteriormente é perceptível que estes se reportam a duas áreas distintas: as atitudes face aos EPI, da qual fazem parte as questões 15.3, 15.5, 15.13 e 15.5, e as atitudes face à prevenção da COVID-19, fazendo parte as restantes questões, 15.1, 15.2, 15.4, 15.6 e 15.14. Assim, procedeu-se ao cálculo do score médio destes dois grupos de itens, os quais formaram duas dimensões, tendo-se observado que a média das atitudes face ao EPI ($M=3,9$; $DP=0,61$) era inferior à média das atitudes face à prevenção da COVID-19 ($M=4,4$; $DP=0,56$). Estes resultados são apresentados na tabela 6.

Tabela 6 - Medidas descritivas das atitudes

Variáveis	M	DP	Min.	Max.
Atitudes face à COVID-19 (score global)	4,2	0,50	1,1	5,00
Atitudes face ao EPI (4 itens)	3,9	0,61	1,3	5,00
Atitudes face à prevenção da COVID-19 (5 itens)	4,4	0,56	1,0	5,00

Importa também notar que existiram dois itens com média inferior a 4, foram eles o item 15.5 e o 15.6. O primeiro reporta-se ao uso de máscaras N95 ou FFP2 por utentes não diagnosticados com COVID-19 ($M=2,7$) e o segundo a consideração de que todos os doentes alvos de cuidados de saúde são potenciais casos positivos de COVID-19 ($M=3,7$).

Foi ainda estudada a associação entre os dois scores e o valor total das atitudes através do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*. Tal como é apresentado na tabela 7, verificou-se uma forte correlação entre a média das atitudes, no score global, com a média das atitudes face ao EPI ($r=0,84$; $p=0,00$) e com a média das atitudes face à prevenção da COVID-19 ($r=0,88$; $p=0,00$).

Tabela 7 - Matriz da correlação entre os domínios das atitudes

	Atitudes
Atitudes face ao EPI	0,84**
Atitudes face à prevenção da COVID-19	0,88**

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

3.3 Percepção de risco

Relativamente à percepção de risco dos participantes, avaliada numa escala com quatro itens, o valor da média foi de 5,0 (DP=1,99), o que indica uma percepção de risco moderada, tal como é apresentado na tabela 8.

Tabela 8 - Medidas descritivas da percepção de risco face à COVID-19

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.
Percepção de risco face à COVID-19 (4 itens)	5,0	1.99	1.5	9

Na análise individual dos itens, verificou-se que a média dos itens variou entre 4,5 e 6,2. Da leitura dos valores apresentados na tabela 9 percebemos que a média mais elevada foi encontrada na questão 16.4, que descreve o medo face à possibilidade de os familiares serem infetados.

Tabela 9 - Média e desvio padrão de cada item da percepção de risco face à COVID-19

Questões	<i>M</i>	<i>DP</i>
16.1 - Risco de ser infetado	4,5	2,09
16.2 - Risco dos seus familiares serem infetados	5	2,19
16.3 - Medo de ser infetado	4,5	2,73
16.4 - Medo da possibilidade dos seus familiares estarem infetados	6,2	2,91

3.4 Percepção de proteção

Relativamente à proteção percecionada pelos participantes, em função do tipo de EPI utilizado, o valor médio do conjunto dos seis itens foi de 2,5 (DP = 0,60), traduzindo uma percepção de proteção moderada, tal como é apresentado na tabela 10.

Tabela 10 - Medidas descritivas da percepção de proteção em função do EPI

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
Percepção de Proteção em função do EPI	2,5	0,60	1,2	4,0

Procedendo à análise individual dos itens apresentada na tabela 11, verificou-se que o valor médio variou entre 1,9 e 3,2. A percepção de proteção mais baixa foi sentida durante “o banho ao doente no chuveiro com máscara cirúrgica, luvas e bata resistente a fluidos”. O item com a média mais elevada refere-se à “execução de entubação nasogástrica com máscara N95, óculos de proteção e bata resistente a fluidos”.

Tabela 11 - Percepção de proteção em função do EPI

Questões	<i>M</i>	<i>DP</i>
17.1- Entubação nasogástrica: máscara N95, óculos de proteção, luvas e bata resistente a fluidos	3,2	0,58
17.2- Banho a doente no chuveiro: máscara cirúrgica, luvas e bata resistente a fluidos	1,9	0,73
17.3- Avaliação da temperatura timpânica: máscara cirúrgica	2,6	0,87
17.4- Higiene oral em doente dependente: máscara cirúrgica, viseira e luvas	2,1	0,89
17.5- Transferir o doente da cama para o cadeirão: máscara N9	2,6	0,93
17.6- Administração de medicação via subcutânea: máscara cirúrgica e luvas	2,5	0,86

A proteção percebida pelos participantes em função do espaço físico, foi avaliada com cinco itens. Tal como se pode ler na tabela 12, o valor médio obtido foi de 2,6 (DP=0,41) traduzindo uma percepção moderada de proteção.

Tabela 12 - Medidas descritivas da percepção de proteção relacionada com o espaço físico

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.
Percepção de proteção relacionada com o espaço físico	2,6	0,41	1,8	3,5

Na análise das respostas dadas aos itens individualmente verificou-se que o espaço onde os participantes apresentavam uma percepção de proteção mais baixa é em estabelecimentos comerciais com uma média de 2,2 (DP=0,66), seguindo-se a copa do serviço onde realizam as refeições com uma média de 2,5 (DP=0,65), a instituição onde exercem funções com uma

média de 3,2 (DP=0,51) e por fim a rua com 2,7 (DP=0,57). Salienta-se que os participantes se sentem menos expostos à COVID-19 no local de trabalho, com exceção da copa do serviço onde exercem funções profissionais.

3.5 Estudo da associação entre as variáveis principais e as variáveis sociodemográficas e profissionais

A fim de analisar a associação entre as variáveis principais e as variáveis secundárias, recorreremos ao coeficiente de correlação de *Pearson* e ao teste T de *Student*.

O coeficiente de correlação de *Pearson* foi utilizado no estudo da relação entre as variáveis principais e as seguintes variáveis secundárias: idade, tempo de exercício profissional e número de elementos do agregado familiar, cujos resultados são apresentados na tabela 13.

Foi encontrada uma relação fraca e positiva entre as atitudes (*score* global) e a idade ($r=0,20$; $p=0,034$) e entre as atitudes (*score* global) e o tempo de exercício profissional ($r=0,22$; $p=0,023$). Analisando as duas dimensões das atitudes, verifica-se que apenas existe uma relação, também fraca e positiva, entre o tempo de exercício profissional e as atitudes face à prevenção da COVID-19 ($r=0,24$; $p=0,011$).

Relativamente à perceção de proteção, foi possível verificar que existe uma relação fraca e positiva entre o número de elementos do agregado familiar e a perceção de proteção em diferentes espaços físicos ($r=0,23$; $p=0,017$).

Não foram encontradas associações com significado estatístico entre as variáveis conhecimento e perceção de risco, e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Tabela 13 - Matriz de correlação entre variáveis principais e as variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	Idade	Tempo de exercício	Nº elementos agregado familiar
Conhecimento	ns	ns	ns
Atitudes (score global)	0,20*	0,22*	ns
Atitudes (EPI)	ns	ns	ns
Atitudes (Prevenção da doença)	ns	0,24*	ns
Perceção de risco	ns	ns	ns
Perceção de proteção (EPI)	ns	ns	ns
Perceção de proteção (espaço físico)	ns	ns	0,23*

Legenda: ns - diferenças estatisticamente não significativas; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Para a comparação entre grupos de participantes nos resultados das variáveis principais em função das variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, possuir doença crónica, possuir familiares com doença crónica) e profissionais (ter formação sobre EPI, prestar cuidados a doentes COVID-19 e encontrar restrições ao uso de EPI), foi utilizado o teste *t* de *student* para amostras independentes. Na tabela 14 são apresentados os resultados, com referência aos valores de *t* apenas quando existem diferenças estatisticamente significativas.

De acordo com os resultados apresentados na tabela 14, os participantes que prestaram cuidados a doentes COVID-19 apresentam um nível de conhecimentos mais elevado ($t[109]=2,763$; $p=0.007$) e uma atitude mais positiva em relação aos EPI ($t[109]=2,905$; $p=0,004$).

No estudo de associação de todas as outras variáveis não foram encontradas diferenças com significado estatístico.

Tabela 14 - Distribuição da média, desvio-padrão e teste *t*, para a variável “prestar cuidados a doentes COVID-19”

Variáveis	Prestar cuidados a doentes COVID-19		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>			
	Sim <i>n</i> = 89	Não <i>n</i> = 22		
Conhecimento	14,0 (1,56)	12,9 (1,46)	2,763	0,007**
Atitudes (score global)	4,2 (0,53)	4,1 (0,34)	-	ns
Atitudes (EPI)	4,0 (0,59)	3,6 (0,60)	2,905	0,004*
Atitudes (prevenção da doença)	4,4 (0,60)	4,5 (0,38)	-	ns
Perceção de risco	5,2 (1,95)	4,4 (2,04)	-	ns
Perceção de proteção (EPI)	2,5 (0,64)	2,5 (0,38)	-	ns
Perceção de proteção (espaço físico)	2,7 (0,42)	2,6 (0,33)	-	ns

Legenda: ns - diferenças estatisticamente não significativas; * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01

3.6 Estudo da associação entre conhecimentos, atitudes, perceção de risco e perceção de proteção

No que concerne ao estudo da associação entre as variáveis principais, a análise conduzida através do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* está descrita na tabela 15. Verificou-se uma relação fraca e positiva entre as atitudes e o conhecimento (*r*=0,19; *p*=0,047) e uma relação fraca e positiva entre as atitudes (EPI) e o conhecimento (*r*=0,19; *p*=0,044).

Em relação às variáveis perceção de risco e perceção de proteção, estas não apresentam correlações estatisticamente significativas com nenhuma das outras variáveis.

Tabela 15 - Matriz de correlação entre as variáveis principais

Variáveis	Conhecimento	Atitudes (global)	Atitudes (EPI)	Percepção de Risco
Conhecimento				
Atitudes (score global)	0,19*			
Atitudes (EPI)	0,19*			
Atitudes (prevenção da doença)	ns			
Percepção de risco	ns	ns	ns	
Percepção de proteção (EPI)	ns	ns	ns	ns
Percepção de proteção (diferentes espaços)	ns	ns	ns	ns

Legenda: ns - diferenças estatisticamente não significativas; * $p \leq 0,05$; ** $p < 0,01$

3.7 Caracterização do contexto laboral dos participantes

Foi possível constatar que os participantes exerciam funções em diversos contextos de cuidados de saúde. Na tabela 16 são apresentados os dados relacionados com o contexto laboral dos enfermeiros. A maioria dos participantes (80,2%) prestou cuidados a doentes com diagnóstico de COVID-19, no entanto, apenas 59,5% dos enfermeiros refere ter realizado formação no âmbito dos EPI. Uma minoria dos participantes refere a existência de restrições à utilização de EPI (15,3%) e menos de metade da amostra refere a existência de fatores de risco para a transmissão do SARS-CoV-2, no seu contexto laboral (37,8%).

Tabela 16 - Caracterização contexto laboral dos participantes

		N=111	N (%)
Prestou cuidados a doentes COVID-19	Sim	89	80,2
	Não	22	19,8
Teve formação sobre EPI	Sim	66	59,5
	Não	45	40,5
Encontra restrições de EPI	Sim	17	15,3
	Não	94	84,7
Fatores de risco para a transmissão da doença	Sim	42	37,8
	Não	69	62,2

Na análise das respostas das questões abertas verificou-se que os 66 participantes que tiveram acesso a formação sobre EPI, referem como temática mais abordada a colocação e remoção do mesmo, seguindo-se os tipos e seleção de EPI, e ainda, a diferenciação entre situações de baixo e de alto risco de exposição. As PBCI e PBVT foram mencionadas apenas por um dos participantes.

Alguns dos enfermeiros referiram assumir o papel de dinamizadores destas formações e a Comissão de Controlo de Infecção das instituições também foi mencionada como entidade dinamizadora das formações.

Os participantes apontam a utilização de diversas estratégias de formação, nomeadamente, formações em serviço, formato *on-line*, treinos prévios, recurso a vídeos, panfletos e outros materiais de leitura.

Relativamente às restrições de EPI, verificou-se que apenas 17 dos participantes referiam ter sentido restrições na disponibilização destes materiais, principalmente na fase inicial da pandemia. Alguns referiram falhas ocasionais na reposição de stocks e pouca qualidade de alguns equipamentos. As restrições ao nível dos respiradores ou máscaras FFP2 foi o aspeto mais referido, ainda que outros equipamentos também estivessem em falha, tendo um dos participantes referido a doação externa de equipamentos para que fossem assegurados cuidados com a devida segurança.

Dos fatores de risco de transmissão do SARS-CoV-2, que 42 dos participantes consideraram existir na sua instituição, salientam-se:

- O uso indevido de EPI e a fraca qualidade do mesmo;
- A existência de serviços que têm concomitantemente áreas coorte COVID-19 e áreas não COVID-19 ou de enfermarias mistas, possibilitando a partilha de espaços entre doentes COVID-19 e doentes não COVID-19;
- Internamento de doentes sem realização de teste do SARS-CoV-2;
- Falta de ventilação dos espaços;
- Horários dos profissionais;
- Condições das infraestruturas;
- Desinformação e falta de apoio da Comissão de Controlo de Infecção;
- Défice na higienização dos espaços e equipamentos;
- Exercer funções em áreas dedicadas à prestação de cuidados a doentes COVID-19;
- O incumprimento do circuito de áreas limpas/contaminadas e a má definição destes circuitos;

- Falta de liderança;
- As visitas aos doentes;

O fator mais referido pelos participantes foi o espaço insuficiente das áreas comuns, nomeadamente, a copa dos serviços, os vestiários e os locais onde se processam as reuniões e passagens de turno. Para além dos fatores supramencionados, um aspeto interessante foi a diminuição da adesão das equipas às medidas de proteção individual ao longo do tempo.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo objetiva a discussão e interpretação dos resultados obtidos, tendo por base a revisão da literatura apresentada no enquadramento teórico.

Iniciando pelas características sociodemográficas, a maioria dos participantes é do sexo feminino, o que reflete a realidade existente em Portugal, em que os profissionais de enfermagem são maioritariamente do sexo feminino, a qual remonta a circunstâncias históricas e sociais associadas ao desenvolvimento da profissão. Esta será provavelmente a realidade de outros países, visto que o mesmo sucedeu em outros estudos, nomeadamente no estudo de Giao et al. (2020), Maude et al. (2021) e Peres et al (2020).

A média de idades foi de 33 anos, constituindo uma população de profissionais relativamente jovem, o que pode estar relacionado com o aumento de contratações verificadas no Serviço Nacional de Saúde, durante a pandemia, principalmente recém-formados, para assegurar a resposta à demanda de cuidados, particularmente de doentes COVID-19. Esta foi também a média da idade encontrada nos estudos de Giao et al. (2020), Maude et al. (2021) e Abdel Wahed et al. (2020).

Quanto ao tempo de experiência profissional a maioria situava-se entre um a cinco anos de experiência (33,3%) ou mais de 15 anos (27%), situação análoga a outros estudos como Aladul et al. (2020) em que 38% dos participantes tinham também entre um a cinco anos de experiência.

A maioria dos participantes é enfermeiro de cuidados gerais, o número de enfermeiros com especialidade é relativamente baixo (24%), no entanto, os números apontam, simultaneamente o investimento dos profissionais na formação, nomeadamente, formação pós-graduada (9,9%), pós-licenciatura (19,8%), mestrado e doutoramento (14,4%), o que eventualmente se poderia traduzir em níveis de conhecimento mais elevados, do que os valores encontrados.

Tal como anteriormente referido, a COVID-19 surge de forma inesperada e o vírus até ao momento em que apareceu era totalmente desconhecido. A nível nacional e internacional, desenvolveu-se um esforço para o desenvolvimento do conhecimento sobre a transmissão do vírus, a doença e a sua gravidade, as medidas terapêuticas e as medidas de prevenção da transmissão, entre outros aspetos, sendo que o conhecimento ao longo destes últimos meses teve sempre um denominador comum, as incertezas e a atualização. Os profissionais de

saúde, nomeadamente os enfermeiros, sentiram necessidade de atualizarem conhecimentos, encontrando com frequência recomendações dispares que dificultam uma prática sustentada e a segurança que as evidências, habitualmente garantem.

Os resultados do nosso estudo apontam para um conhecimento globalmente satisfatório, existindo uma média de respostas corretas na ordem dos 69%. Comparando com a literatura já publicada, verifica-se que noutros estudos o nível de conhecimentos tende a ser mais elevado (Nahidi et al., 2021; Kamacooko et al., 2021), à exceção de Bhagavathula et al. (2020) em que foi insuficiente. Neste estudo os participantes eram maioritariamente médicos ou estudantes de medicina, sendo que os enfermeiros correspondiam apenas a cerca de 5% da amostra. Apesar de numa fase inicial podermos pensar a variedade da amostra enquanto contributo para um menor nível de conhecimentos, quando analisadas as respostas, os médicos, comparativamente aos restantes profissionais de saúde, apresentam uma percentagem superior de respostas corretas. Ainda assim, percebemos que a profissão de enfermagem se encontra diluída no grupo dos “outros profissionais de saúde”, pelo que, uma comparação direta com os resultados do estudo por nós realizado, não é totalmente possível.

Neste seguimento, foi possível perceber que em função das diferentes características da amostra, o nível de conhecimento diferencia-se. Exemplo disso é a classe profissional, como por exemplo, enfermeiro, médico ou farmacêutico, ou a tipologia de cuidados prestados e o próprio serviço onde os profissionais desempenham as suas funções. Os estudos de Nahidi et al. (2021) e Kamacooko et al. (2021) apresentaram melhores resultados no que concerne ao nível de conhecimentos, do que os resultados do nosso estudo. No primeiro, a percentagem de participantes com um nível de conhecimento entre o bom e o muito bom foi superior a 80%, sendo que apenas 10,9% se assemelhava ao presente estudo, apresentando um nível suficiente de conhecimentos. Estamos a falar de uma amostra apenas de enfermeiros o que poderá facilitar esta comparação, mas são um grupo de enfermeiros de uma área muito específica, a medicina intensiva (Nahidi et al., 2021), enquanto a nossa amostra não se restringia a um serviço ou unidade de saúde. Relativamente ao segundo estudo, o mesmo conclui que também mais de 80% dos participantes obtiveram uma percentagem de respostas corretas igual ou superior a 80%, neste caso os participantes eram profissionais de saúde, não sendo especificada a sua classe profissional (Kamacooko et al., 2021).

Também um nível de conhecimento elevado foi observado no estudo de Abdel Wahed et al. (2020) com uma média de respostas corretas a rondar os 80%. Ainda que os resultados sejam semelhantes aos anteriores, este estudo tem uma particularidade: a amostra é constituída maioritariamente por médicos (127 participantes) e enfermeiros (102 participantes). Os resultados apontaram para um nível de conhecimentos mais elevado nos médicos, seguindo-se os farmacêuticos.

Maude et al. (2021) também concluíram que o conhecimento dos participantes era maioritariamente elevado, no entanto, estabelecem comparação entre os dois grupos da amostra, a população em geral e os profissionais de saúde. Entre estes dois grupos não houve diferenças estatisticamente significativas. De realçar que a maioria da amostra de profissionais de saúde era constituída por enfermeiros e técnicos laboratoriais.

Num nível de evidência superior, a revisão sistemática e meta-análise de Lake et al. (2021) apresenta um conjunto de resultados que apontam para um nível bom de conhecimentos.

Importa também perceber quais os domínios em que o conhecimento é mais deficitário. Como foi apresentado no capítulo anterior, as questões com maior número de respostas incorretas foram acerca do período de incubação, transmissão vertical do vírus durante a gravidez, grupos de risco, em que estavam incluídas as grávidas e taxa de letalidade do SARS-CoV-2 comparativamente ao vírus influenza e restantes coronavírus. Estes conhecimentos, constituem informação que tem sido revista e atualizada ao longo da pandemia, com algumas incertezas, nomeadamente porque o vírus tem sofrido mutações, as respostas terapêuticas são escassas, as vacinas estão associadas a debates constantes e as entidades reguladoras nem sempre entram em consenso, talvez por isso, os enfermeiros tenham revelado desconhecimento ou mais dificuldade em responder.

Para a comparação com os resultados de outras investigações, importante será dizer que apesar dos vários estudos avaliarem os conhecimentos nos profissionais de saúde, nem todos possuem as mesmas questões e abordam os mesmos domínios de conhecimento, o que dificulta em certa parte a comparação. Para além disso, o facto de o conhecimento acerca da COVID-19 estar em constante evolução, predispõe a que os investigadores elaborem questões cada vez mais complexas, que acompanhe a evidência científica que tem vindo a ser criada. À exceção do estudo de Lake et al. (2021) que foi realizado este ano, todos os outros foram realizados no decorrer do ano de 2020. Apesar de ser expectável que diferenças entre meses não sejam à priori motivo para grandes oscilações nos resultados, pode ter acontecido, visto o carácter excecional desta pandemia e o esforço desmedido da comunidade científica na produção de conhecimento.

Por outro lado, diferentes países correspondem a diferentes culturas e diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde. Os estudos abordados foram realizados nos Emirados Árabes Unidos, Egito, Tailândia, Austrália, Uganda e Etiópia. Apesar de alguns destes serem de países subdesenvolvidos, não se verificaram diferenças marcantes nos níveis de conhecimento.

Salienta-se, por conseguinte, também, a dificuldade sentida na análise dos estudos e comparação com os resultados aqui obtidos. A maioria classifica o conhecimento em diferentes níveis, mas por vezes não é totalmente perceptível a que corresponde cada um deles, aspeto é importante na interpretação e discussão de resultados.

O défice de conhecimento acerca do período de incubação foi também verificado no estudo de Bhagavathula et al. (2020) e os autores referem ainda um baixo nível de conhecimento em relação à origem do vírus e às vias de transmissão. Já Abdel Wahed et al. (2020), apontam menor nível de conhecimento sobre a transmissão do vírus através de animais domésticos, o facto de o mesmo não ser sempre fatal e a terapêutica da doença, nomeadamente o uso de antibióticos.

Maude et al. (2021) encontraram défices de conhecimento no que respeita a: presença do vírus em aerossóis e alimentos, animais de estimação enquanto fontes de transmissão, higiene das mãos, distância recomendada para o distanciamento físico e utilização das máscaras. No presente estudo a viabilidade do vírus em superfícies de plástico ou metal e em aerossóis teve uma percentagem de respostas incorretas de 30%, o que em certa medida vai ao encontro dos resultados encontrados por estes autores.

Relativamente ainda ao conhecimento, estudos com o de Nahidi et al. (2021) e Abdel Wahed et al. (2020) atribuem também importância às fontes de informação dos profissionais de saúde, aspeto que não contemplamos na nossa colheita de dados. Perceber se os enfermeiros têm capacidade para pesquisar e assim obter informação adequada e baseada em evidência, é importante, na medida em que possibilita o acesso a conhecimento mais sustentado, potenciando uma prática mais segura. Por outro lado, é também uma responsabilidade das próprias chefias e instituições de saúde providenciarem formação contínua aos profissionais, como forma de atingir níveis de segurança e de qualidade na prestação dos cuidados.

Em relação às atitudes, os participantes do estudo demonstram atitudes maioritariamente positivas, o que vai, na generalidade, ao encontro da literatura, tal como é retratado no estudo de Kamacooko et al. (2021) em que 72% dos participantes apresentavam uma atitude positiva face à abordagem à COVID-19 e no estudo de Giao et al. (2020), em que na maioria dos itens, pelo menos 90% dos participantes apresentavam uma atitude positiva, sendo que as exceções aconteceram relativamente à probabilidade de ficarem infetados e a preocupação dos seus familiares serem infetados.

Na revisão de um total de 2842 estudos sobre as atitudes dos enfermeiros durante a pandemia, verificou-se que as atitudes eram tendencialmente positivas (Lake et al., 2021). A maioria dos estudos aborda as atitudes globalmente, não diferenciando domínios específicos, como foi nossa opção, em que consideramos as atitudes face à doença e as atitudes face aos EPI, tendo verificado que a atitude face à prevenção da COVID-19 foi mais positiva do que a atitude face aos EPI.

Abdel Wahed et al. (2020), no entanto, também estudaram as atitudes em duas áreas distintas, atitudes face à prevenção da doença e atitudes face às ações governamentais de abordagem à COVID-19. Relativamente à prevenção da doença, em todas as questões existia uma percentagem de atitudes positivas superior a 80%, no que respeita às ações governamentais de abordagem à COVID-19, o inverso foi verificado, a percentagem de

atitudes positivas foi sempre menor de 80%. De acordo com o estudo, os profissionais de saúde apresentam atitudes mais positivas relativamente à prevenção da doença e atitudes menos positivas relativamente às ações governamentais de abordagem à doença.

Os resultados do nosso estudo, estão alinhados com os resultados de Abdel Wahed et al. (2020), no que respeita às atitudes positivas face à prevenção da COVID-19, mas temos de ter em consideração que o conteúdo dos itens não é totalmente sobreponível nos dois estudos. Ainda assim, consideramos que em estudo futuros, seria importante a opção de diferenciar domínios de atitudes, uma vez que resulta mais informação para a compreensão dos resultados e possibilita contributos mais claros para a formação dos profissionais.

Tal como acontece em relação aos conhecimentos, a comparação dos nossos resultados com outros estudos centrados nas atitudes, não é uma tarefa simples, porque os instrumentos de avaliação e as metodologias de análise de dados, diversificam-se.

Na generalidade dos estudos, os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, apresentam uma atitude positiva face à prevenção da COVID-19. No entanto, as atitudes e os conhecimentos, não parecem garantir práticas corretas, como revela Kamacooko et al. (2021), em que, apesar da maioria dos participantes apresentar bons níveis de conhecimento e atitudes positivas, as práticas descritas são frequentemente incorretas. Isto faz-nos refletir acerca de outros fatores que poderão estar na génese da prática profissional dos enfermeiros. Como descrito no capítulo do enquadramento teórico, vários têm sido os estudos que têm abordado a temática da perceção de risco (Abdel Wahed et al., 2020; Bettinsoli et al., 2020; Nahidi et al., 2021), pelo que, este poderá ser também um fator que condiciona as práticas e foi uma das variáveis por nós estudada.

A perceção de risco dos participantes foi moderada, com uma média que variou entre 4,5 e 6,2 em 10. Na análise dos vários itens, verificou-se que a maior perceção de risco estava relacionada com o medo da possibilidade de os familiares serem infetados, resultado encontrado também por Abdel Wahed et al. (2020). Neste estudo 83,1% dos participantes referiam ter medo de ficarem infetados com COVID-19 e uma percentagem ainda superior (89,2%), considerou estar mais suscetível para desenvolver infeção por SARS-CoV-2, comparativamente com as outras pessoas; no que se reporta aos familiares, destaca-se o medo de transmitir o vírus aos mesmos e emerge a alta transmissibilidade da doença; o facto do EPI nem sempre ser o mais adequado e as pessoas não se comprometerem efetivamente com as medidas preventivas, são os fatores mais referidos no que toca à perceção de maior suscetibilidade à doença (Abdel Wahed et al. (2020).

Em virtude do contexto de exercício profissional e pelas funções exercidas, consideramos que no âmbito dos cuidados de saúde, os enfermeiros são dos profissionais mais expostos à COVID-19, pressuposto também defendido por Bettinsoli et al. (2020), que destaca expressamente duas classes profissionais, os enfermeiros e os médicos. Para além do contacto com doentes infetados com COVID-19, os autores realçam o risco potencial no

contacto com os colegas de trabalho, que se traduz numa maior perceção de risco por parte dos profissionais (Bettinsoli et al., 2020). Nahidi et al. (2021) também denotam a preocupação que os enfermeiros sentiam perante a possibilidade de serem com infetados com COVID-19, o que remete para resultados sobreponíveis aos estudos referidos anteriormente.

O serviço onde profissional de saúde exerce funções e mesmo a região do país onde se encontra, parecem ser aspetos que podem relacionar-se com a perceção de risco. Por exemplo, Bettinsoli et al. (2020), observaram que nas zonas de Itália onde a infeção por COVID-19 era mais elevada, os profissionais de saúde relatavam maiores níveis de perceção de risco, o que poderá eventualmente acontecer no contexto português, embora não tenha sido alvo da nossa análise, pelo que, em estudos futuros este aspeto poderá ser também contemplado.

No contexto nacional, no estudo realizado por Peres et al., (2020), foram comparados dois grupos, os profissionais de saúde e a população em geral, em termos da perceção de risco, e os autores relatam que os profissionais apresentam uma perceção de maior risco de infeção, sendo que uma percentagem elevada considerava que os serviços de saúde estavam mal preparados para responder à pandemia, desta forma, para além da perceção de maior risco de exposição ao vírus, os próprios serviços de saúde são apontados como contextos de risco acrescido para além do esperado.

Outros estudos vão ao encontro destes resultados, a título de exemplo podemos referir Aladul et al., (2020), em que os profissionais relataram degradação das infraestruturas dos sistemas de saúde, um número insuficiente de profissionais e escassez de EPI.

O contexto laboral de prestação de cuidados dos enfermeiros durante a pandemia deve ser tido em conta, visto que no nosso estudo emergiram resultados semelhantes, nomeadamente, 15,3% dos enfermeiros referiu restrições face ao EPI e uma percentagem ainda superior identificou fatores de risco no seu contexto laboral. Os participantes, tal como nos estudos anteriores, mencionaram especificamente as condições das infraestruturas e falta de ventilação dos espaços, salientaram ainda falhas na organização e dinâmicas dos serviços, na liderança das equipas, na higienização dos espaços e equipamentos, e no cumprimento dos circuitos das áreas limpas e contaminadas, bem como, a desinformação existente.

Um outro aspeto que avaliamos foi a perceção de proteção, nomeadamente relacionada com o uso de EPI. Constatamos que a perceção de proteção mais baixa se refere ao item apoiar o banho de chuveiro utilizando como EPI a máscara cirúrgica, as luvas e a bata resistente a fluidos, com uma média situada entre o nada protegido e pouco protegido. Por outro lado, a perceção de proteção mais elevada foi no item da entubação nasogástrica utilizando como EPI a máscara N95, os óculos de proteção e a bata resistente a fluidos, com um resultado médio situado no nível protegido.

Destes resultados emergem dois aspetos fundamentais. A perceção de proteção dos enfermeiros depende em grande parte do procedimento que vão realizar, na medida em que este pode ser de maior ou menor exposição ao vírus e, por outro lado, do tipo de EPI disponibilizado, que lhes garante maior ou menor proteção face ao risco de exposição.

Acrescentamos ainda a perceção de proteção em função do local onde os enfermeiros se encontram. Verificamos que os mesmos se sentem mais protegidos no seu local de trabalho do que na comunidade. O mesmo resultado foi encontrado por Abdel Wahed et al. (2020), em que os profissionais não confiavam nos comportamentos preventivos da população em geral, o que acarretava inseguranças fora do seu contexto laboral.

Estes resultados aparentemente parecem traduzir alguma contradição, uma vez que os mesmos profissionais que identificam o seu local de trabalho como mais seguro, também identificam diversas condições de risco nos contextos, nomeadamente, a nível das infraestruturas, higiene ambiental e gestão organizacional.

Por outro lado, dentro do local de trabalho, aparece como espaço de maior risco a copa onde os profissionais realizam as refeições. Este resultado pode estar relacionado com as infraestruturas deste espaço que podem não permitir uma distância segura entre as pessoas, ou com as atitudes dos próprios profissionais, que não cumprem as regras de segurança, ou ainda, com a dificuldade de gerir a ocupação do espaço, em virtude do número de profissionais no serviço, da sobrecarga de trabalho e do tempo de pausa para as refeições, que podem levar a momentos de grande afluência à copa. Esta será provavelmente outra área importante a considerar no planeamento das medidas de prevenção da propagação da doença e prevenção da exposição ocupacional, nos contextos de saúde.

Discutir estas variáveis *per si* é importante, mas refletir sobre a relação entre as mesmas traz ainda mais compreensão dos resultados encontrados. Serão primeiramente discutidas as relações entre variáveis sociodemográficas e profissionais com as variáveis principais.

Em relação ao conhecimento, no presente estudo foi apenas verificado que os participantes que prestavam ou já tinham prestado cuidados a doentes COVID-19 apresentavam melhores níveis de conhecimento, o que é confirmado também no estudo de Abdel Wahed et al. (2020). Os autores referem ainda a associação entre o conhecimento, a idade e as habilitações académicas, isto é, os participantes mais novos e com mais habilitações, apresentam melhores conhecimentos, resultado que não se verifica no nosso estudo.

Kamacooko et al. (2021) dividiu a amostra em dois grupos, os profissionais clínicos e não clínicos, sendo que os clínicos apresentavam melhores níveis de conhecimento; acresce ainda que os profissionais que previamente se voluntariaram para participar no estudo tinham também melhores níveis de conhecimento, resultado que nos parece intuitivo, uma vez que, quem demonstra disponibilidade, será provavelmente, quem já está mais envolvido e interessado na resolução das questões inerentes à pandemia.

Embora no nosso estudo a amostra seja constituída apenas por enfermeiros, é importante referir que vários estudos relatam que os médicos apresentam um maior nível de conhecimento sobre a COVID-19, comparativamente com os outros profissionais de saúde, exemplo disso são os estudos de Abdel Wahed et al. (2020), Giao et al. (2020), Bhagavathula et al. (2020) e Aladul et al. (2020). Este resultado leva-nos a questionar sobre possíveis razões, por exemplo, se é uma questão de formação, de interesse e envolvimento, de acesso a informação credível, de sobrecarga de trabalho para aqueles que mantêm mais tempo de contacto com os doentes, entre outras possíveis razões, mas que não foi possível aplicar no estudo por nós desenvolvido, apenas de salientar que 40,5% dos participantes do nosso estudo não teve formação em relação ao uso de EPI, quando a literatura aponta para a importância da formação neste item em especial e se percebe a necessidade de garantir a gestão e utilização adequada do EPI (DGS, 2020e; DGS, 2020g).

Direcionando agora a nossa discussão para as atitudes, foi verificado que quanto maior a idade e maior o tempo de exercício profissional, mais positivas são as atitudes dos profissionais. Relativamente à faixa etária, os mesmos resultados foram encontrados no estudo de Kamacooko et al. (2021), em que os participantes com mais de 35 anos, faixa etária mais elevada, apresentavam uma atitude mais positiva face à contenção da doença. Este resultado revela-se interessante, na medida em que nos mostra que a maior experiência por parte dos profissionais de saúde promove uma atitude mais positiva, mesmo em relação a uma doença que desenvolveu uma situação pandémica nunca antes vista. Atendendo que com o avançar da idade surgem mais doenças crónicas e a gravidade da doença à priori tende a aumentar, poderia ser expectável que este resultado se apresentasse exatamente no sentido inverso.

Ainda em relação às atitudes, quando analisadas as duas dimensões, prevenção da doença e EPI, o tempo de exercício profissional relaciona-se com atitudes mais positivas face à prevenção da COVID-19. Uma vez que não encontramos outros estudos com esta diferenciação no domínio das atitudes, não nos é possível comparar o resultado encontrado.

Verificamos ainda que, quem prestou ou prestava cuidados a doentes COVID-19 apresentava uma atitude mais positiva em relação aos EPI. Este facto poderá expressar uma maior experiência na prestação de cuidados a este tipo de doentes, nomeadamente, uma prática mais regular de utilização de EPI e, eventualmente, acesso mais facilitado a informação ou mesmo, a pesquisa intencional dessa informação, que possibilitou esclarecimento, aspetos essenciais para ganhar confiança e segurança face aos EPI.

De acrescentar que na literatura, o estudo das relações entre o conhecimento e as variáveis sociodemográficas foi realizado de forma mais exaustiva quando comparado com o estudo da relação das atitudes com essas mesmas variáveis, assim como com a perceção de risco. Este facto poderá estar relacionado, por exemplo, com a maior dificuldade na avaliação das

atitudes e da percepção de risco, áreas possivelmente mais complexas do que o conhecimento e a sua avaliação.

No que concerne à percepção de risco, não foram encontradas associações com significado estatístico entre esta variável e as variáveis sociodemográficas e profissionais. Já no estudo de Bettinsoli et al. (2020), foi verificado que a profissão de enfermeiro ou médico se associa a uma maior percepção de risco e que a região do país onde o profissional trabalha também interfere com a percepção de suscetibilidade à doença.

Por fim, em relação à percepção de proteção, verificou-se que quanto maior o número de elementos do agregado familiar melhor é a percepção de proteção que os enfermeiros sentem relativamente à permanência em diferentes espaços físicos. Apesar desta relação não ser muito forte, ela é estatisticamente significativa e merece ser discutida, até porque nos parece pouco esperada ou contraintuitiva. Se pensarmos em agregados familiares mais alargados, à partida pensaríamos que a percepção de proteção seria menor, primeiro porque existindo maior número de pessoas, o risco de um dos elementos ficar infetado é maior e, por outro lado, a possibilidade de algum dos elementos do agregado familiar ter um fator de risco para adquirir COVID-19 e a mesma se desenvolver de forma severa, seria também mais provável.

Passando agora a associação entre as variáveis principais, a única relação encontrada foi entre os conhecimentos e as atitudes, que se traduz da seguinte forma, quanto maior o nível de conhecimento sobre a COVID-19, mais positivas parecem ser as atitudes face à prevenção da doença. Esta mesma associação foi verificada nos estudos de Abdel Wahed et al. (2020) e Kamacooko et al. (2021).

A percepção de risco e percepção de proteção não demonstram relação com o conhecimento e atitudes neste estudo, não tendo também sido encontrada qualquer evidência na literatura neste sentido. Assim, importa pensar que variáveis poderão estar relacionadas com a percepção de risco e de proteção, e seria interessante, através de uma amostra talvez mais representativa da população confirmar estas conclusões, uma vez que, caso se confirmem, será desejável voltar as atenções da investigação para outro tipo de fatores, talvez de predomínio psicossocial.

Borges et al. (2020), de forma inovadora estudaram os aspetos que podem influenciar o desempenho dos enfermeiros. Deste estudo de abordagem qualitativa emergiram três grupos de fatores: as experiências vivenciadas, as estratégias adotadas e as expectativas futuras. Através do estudo do processo adaptativo dos enfermeiros a esta situação pandémica, poderá ser possível perceber qual a melhor forma de apoiar estes profissionais no futuro, tornando o seu desempenho mais eficaz e diminuindo, quem sabe, a sua percepção de risco, o que se trabalhado, poderia trazer mais valias para estes profissionais e para os próprios doentes alvo dos cuidados.

Como aspetos positivos do presente trabalho, podemos afirmar que os seus resultados trazem contributos acerca do conhecimento, das atitudes e da perceção de risco e de proteção, dos enfermeiros durante a pandemia por COVID-19. Os resultados encontrados poderão servir de ponto de partida para o desenvolvimento de mais investigação, com uma amostra mais representativa da população portuguesa, permitindo o estudo mais aprofundado destas variáveis e, possivelmente, a identificação dos fatores que as influenciam. Os resultados são ainda importantes, na medida em que possibilitaram a identificação de aspetos a contemplar em futuros planos de formação em serviço e formação contínua, que enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, teremos oportunidade de implementar e divulgar.

CONCLUSÃO

A COVID-19, inicialmente circunscrita a uma determinada área geográfica, na Ásia, rapidamente evoluiu para um grave problema de saúde pública global. O vírus que até então era desconhecido, ultrapassou fronteiras e representa atualmente uma pandemia sem antecedentes (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2020). Face ao exposto este estudo representa o interesse numa temática atual, que suscita interrogações e incertezas junto dos profissionais de saúde.

Os resultados do estudo indicam que os enfermeiros detêm um conhecimento globalmente satisfatório acerca da COVID-19, tendo sido identificadas como áreas de menor conhecimento as relativas ao período de incubação da doença, a transmissão vertical do vírus durante a gravidez, os grupos de risco, em que estavam incluídas as grávidas e a taxa de letalidade do SARS-CoV-2 comparativamente ao vírus influenza e restantes coronavírus.

De salientar que os conhecimentos no âmbito da COVID-19 estão em constante atualização, fruto do esforço que a comunidade internacional fez para encontrar as melhores respostas no combate à pandemia, pelo que, facilmente se percebe que as questões aplicadas podem rapidamente deixar de ser adequadas ou pertinentes e a leitura dos resultados deve-se remeter para o período de tempo específico em que este trabalho se realizou.

As atitudes dos enfermeiros foram maioritariamente positivas relativamente à prevenção da doença e ao uso de EPI, aspeto também retratado na literatura.

Quanto à perceção de risco, conclui-se que a maioria dos participantes apresentava uma perceção de risco moderada, sendo que os valores mais elevados se centravam no medo face à possibilidade de os familiares serem infetados.

Conclui-se também que a perceção de proteção dos enfermeiros relaciona-se em grande medida com o tipo de procedimento a realizar e com a confiança na eficácia do EPI disponibilizado.

De referir ainda que os participantes identificaram particularidades do seu contexto laboral relativos à estrutura e à organização dos serviços, que podem facilitar a transmissão da doença e dificultar a prestação de cuidados seguros, por exemplo, as condições das infraestruturas, que com frequência não possibilitavam a ventilação adequada, nem o distanciamento físico recomendado; a pouca formação a que tiveram acesso, mesmo os

enfermeiros que prestaram cuidados em áreas COVID; os défices na higiene ambiental; as falhas ocasionais nos stocks de materiais e EPI, particularmente as máscaras FFP2.

No estudo de associação das variáveis verificou-se que os participantes que prestaram cuidados a doentes COVID-19 apresentavam um maior nível de conhecimento e uma atitude mais positiva. Também o nível de conhecimento sobre a COVID-19 se relaciona com atitudes mais positivas face à prevenção da doença. De realçar que, o estudo da relação das variáveis perceção de risco e perceção de proteção, não revelou associação com significado estatístico com nenhuma das outras variáveis estudadas.

É importante dar continuidade à investigação com foco nas atitudes e perceção de risco, dada a possível relação destas variáveis com os conhecimentos e a implementação de práticas que garantam mais segurança para os doentes e para os próprios profissionais de saúde, uma vez que, a literatura nestes domínios ainda é reduzida. No entanto, a investigação durante a pandemia e tendo esta como objeto de estudo, tem aumentado intensamente a nível internacional e atualmente encontraríamos com certeza muito mais estudos publicados.

Entre as limitações impostas a este estudo figura a própria pandemia. Desenvolver um trabalho de investigação quando as exigências laborais cresciam dia após dia é sem dúvida um trabalho de superação diária. Talvez também o número de participantes pudesse ter sido superior, caso os profissionais não estivessem numa fase de tanta pressão e cansaço, despoletados pela pandemia, que diminuiu a sua disponibilidade para participarem e não permitiu resultados mais representativos.

Sumariamente, este trabalho de investigação foi uma mais-valia visto que possibilitou o desenvolvimento de competências na área da investigação, uma das competências contempladas no Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. A reflexão sobre as práticas instituídas desencadeada pela análise dos estudos que fundamentam esta investigação, permitiu ainda uma tomada de consciência sobre as divergências entre a evidência e a prática clínica, bem como, a identificação de áreas sensíveis, por exemplo, a tomada de decisão em relação aos EPI, em que o enfermeiro especialista pode contribuir para a formação contínua dos profissionais de saúde.

Em síntese, o estudo deixa transparecer a necessidade de futuramente dar continuidade ao trabalho de investigação aqui iniciado e investir na formação dos profissionais de enfermagem, fomentando e avaliando os seus conhecimentos e os fatores que lhe estão associados, à luz do paradigma da segurança e qualidade, num esforço pela melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel Wahed, W. Y., Hefzy, E. M., Ahmed, M. I., & Hamed, N. S. (2020). Assessment of Knowledge, Attitudes, and Perception of Health Care Workers Regarding COVID-19, A Cross-Sectional Study from Egypt. *Journal of Community Health*, 45(6), 1242–1251. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00882-0>
- Abdelhafiz, A. S., Mohammed, Z., Ibrahim, M. E., Ziady, H. H., Alorabi, M., Ayyad, M., & Sultan, E. A. (2020). Knowledge, Perceptions, and Attitude of Egyptians Towards the Novel Coronavirus Disease (COVID-19). *Journal of Community Health*, 45(5), 881–890. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00827-7>
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of Attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27–58.
- Aladul, M. I., Kh. Al-Qazaz, H., & Allela, O. Q. B. (2020). Healthcare professionals' knowledge, perception and practice towards COVID-19: A cross-sectional web-survey. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 11(4), 355–363. <https://doi.org/10.1111/jphs.12385>
- Alduraywish, A. A., Srivastava, K. C., Shrivastava, D., Sghaireen, M. G., Alsharari, A. F., Al-Johani, K., & Alam, M. K. (2020). A Countrywide Survey in Saudi Arabia Regarding the Knowledge and Attitude of Health Care Professionals about Coronavirus Disease (COVID-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207415>
- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Recuperado de: [file:///C:/Users/35191/Downloads/livro%20jo%C3%A3o%20ap%C3%B3stolo%20web%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/35191/Downloads/livro%20jo%C3%A3o%20ap%C3%B3stolo%20web%20(1).pdf)
- Associação Portuguesa de Segurança (2021). *Equipamentos de Proteção Individual*. Recuperado de <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/equipamentos-de-protecao-individual/>
- Azevedo-Pereira, J. M. (2020). SARS-CoV-2 e COVID-19: Os Aspetos Viroológicos de uma Pandemia. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 12, 21–26. <https://doi.org/10.25756/rpf.v12i1-2.237>

- Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460–471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Bettinsoli, M. L., Napier, J. L., Di Riso, D., Moretti, L., Delmedico, M., Piazzolla, A., Moretti, B. & Bettinsoli, P. (2020). Mental Health Conditions of Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Disease Outbreak. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1054–1073. <https://doi.org/10.1111/aphw.12239>
- Bhagavathula, A. S., Aldhaleei, W. A., Rahmani, J., Mahabadi, M. A., & Bandari, D. K. (2020). Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among Health Care Workers: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), 1–9. <https://doi.org/10.2196/19160>
- Boechat, J. L., Chora, I., & Delgado, L. (2020). Imunologia da Doença por Coronavírus-19 (COVID-19): Uma Perspetiva Para o Clínico, nos Primeiros 4 Meses da Emergência do SARS-CoV-2. *Medicina Interna*, 27, 87–96. <https://doi.org/10.24950/RSPMI/COVID19/FMUP/S/2020>
- Borges, E. M. N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., & Teixeira, A. A. R. (2021). Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. *Rev Rene*, 22, e60790. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>
- Burattini, M. N. (2016). Doenças infecciosas no Século XXI. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 29(2), III–VI. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600018>
- De Leo, A., Cianci, E., Mastore, P., & Gozzoli, C. (2021). Protective and Risk Factors of Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Pandemic Outbreak: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020453>
- Centers for Disease Control and Prevention (2016a). *Standard Precautions for All Patient Care*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/standard-precautions.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (2016b). *Transmission-Based Precautions*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/transmission-based-precautions.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Using Personal Protective Equipment (PPE)*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/using-ppe.html>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2020). Situação de Emergência de Saúde Pública pela Pandemia Covid-19 - Aspectos Éticos Relevantes. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18012/1585941013_posic-a-o-cnecv-covid19_03_abril_2020.pdf

- Diário de Notícias (2021). Covid-19 infetou 27 973 profissionais de saúde e vitimou 19. Recuperado de <https://www.dn.pt/sociedade/covid-19-infetou-27-973-profissionais-de-saude-e-vitimou-19-13400403.html>
- Direcção-Geral de Saúde (2013). *Norma 029/2012 – Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direcção-Geral de Saúde (2020a). *Norma 004/2020 – Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19*. https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Norma_004_2020_act_19_04_2021.pdf
- Direcção-Geral de Saúde (2020b). *Norma 03/2020 – Prevenção e Controlo de Infecção por novo Coronavírus (2019-nCoV)*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direcção-Geral de Saúde (2020c). *Norma 007/2020 – Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Protecção Individual (EPI)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- Direcção-Geral de Saúde (2020d). *Princípios orientadores para comunicação de riscos e crise baseados na perceção de risco – Doença Respiratória Aguda por 2019-nCoV*. <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Principios-Orientadores-Comunicac%CC%A7a%CC%83o-Crise-2020-.pdf>
- Direcção-Geral de Saúde (2020e). *Informação Técnica 14/2020 - Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Principais alterações nos procedimentos e atividades dos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional*. <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/informacoes-tecnicas/informacao-tecnica-n-142020-infecao-por-sars-cov-2-covid-19-principais-alteracoes-nos-procedimentos-e-atividades-dos-servicos-de-saude-e-seguranca-do-trabalhosade-ocupacional-pdf.aspx>
- Direcção-Geral de Saúde (2020f). *Plano Nacional de Preparação e Resposta À Doença por novo coronavírus (COVID-19)*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
- Direcção-Geral de Saúde (2020g). *Orientação 013/2020 – Profissionais de Saúde com Exposição a SARS-CoV-2 (COVID-19)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0132020-de-21032020-pdf.aspx>
- Direcção-Geral de Saúde (2021a). *COVID-19 – Relatório de Situação – 20-04-2021*. https://covid19.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2021/04/414_DGS_boletim_20210420_.pdf

- Direcção-Geral de Saúde (2021b). *COVID-19 – Relatório de Situação – 07-05-2021*. https://covid19.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2021/05/431_DGS_boletim_20210507.pdf
- Direcção-Geral de Saúde (2021c). *COVID-19 – Perguntas Frequentes*. <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2020). Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_5th_update.pdf
- Fernandes, F. S., Toniasso, S. C. C., Leitune, J. C. B., Brum, M. C. B., Leotti, V. B., Filho, F. F. D., Chaves, E. B. M., & Joveleviths, D. (2021). COVID-19 among healthcare workers in a Southern Brazilian Hospital and evaluation of a diagnostic strategy based on the RT-PCR test and retest for SARS-CoV-2. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(8), 3365–3374. https://doi.org/10.26355/eurev_202104_25748
- Ferrito, C. (2007). Enfermagem Baseada na Evidência - Estudo Piloto sobre as Necessidades de Informação Científica para a Prática de Enfermagem. *Revista Percursos*, 3, 36-40.
- Fetansa, G., Etana, B., Tolossa, T., Garuma, M., Bekuma, T. T., Wakuma, B., ... Mosisa, A. (2021). Knowledge, attitude, and practice of health professionals in Ethiopia toward COVID-19 prevention at early phase. *SAGE Open Medicine*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1177/20503121211012220>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Giao, H., Han, N. T. N., Khanh, T. V., Ngan, V. K., & Le An, P. (2020). Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 13(6), 260–265. <https://doi.org/10.4103/1995-7645.280396>
- Guo, Y., Cao, Q., Hong, Z., Tan, Y., Chen, S., Jin, H., ... Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research*, 7(11), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
- Kamacooko, O., Kitonsa, J., Bahemuka, U. M., Kibengo, F. M., Wajja, A., Basajja, V., ... Ruzagira, E. (2021). Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding COVID-19 among Healthcare Workers in Uganda: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137004>
- Lake, E. A., Demissie, B. W., Gebeyehu, N. A., Wassie, A. Y., Gelaw, K. A., & Azeze, G. A. (2021). Knowledge, attitude and practice towards COVID-19 among health professionals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(2), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247204>

- Lebres, C. A. D. e R. (2010). *Atitudes dos Professores de Educação Física do 1º Ciclo face à Inclusão de Alunos com Deficiência em Classes Regulares* (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Coimbra.
- Li, W. Q., Li, L. M. W., Jiang, D., & Liu, S. (2021). Fate control and ingroup bias in donation for the fight with the coronavirus pandemic: The mediating role of risk perception of COVID-19. *Personality and Individual Differences*. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110456>
- Liu, J., Li, S., Liu, J., Liang, B., Wang, X., Wang, H., ... Zheng, X. (2020). Longitudinal characteristics of lymphocyte responses and cytokine profiles in the peripheral blood of SARS-CoV-2 infected patients. *EBioMedicine*, 55. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102763>
- Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., Wu, H., ... Tan, W. (2020). Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*, 395(10224), 565–574. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)
- Lunn, P., Belton, C., Lavin, C., McGowan, F., & Robertson, D. (2020). Using behavioural science to help fight the coronavirus. *Esri*, 656, 1–24. <https://www.esri.ie/publications/using-behavioural-science-to-help-fight-the-coronavirus>
- Maude, R. R., Jongdeepaisal, M., Skuntaniyom, S., Muntajit, T., Blacksell, S. D., Khuenpetch, W., & Maude, R. J. (2021). Improving knowledge, attitudes and practice to prevent COVID-19 transmission in healthcare workers and the public in Thailand. *BMC Public Health*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10768-y>
- McIntosh, K. (2020). COVID-19: *Epidemiology, virology, and prevention*. <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>
- Ministério da Saúde (2008). *Precauções de Isolamento: Manual de Boas Práticas*. Recuperado de http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Precaucoes_de_Isolamento.pdf
- Ministério da Saúde (2010). *Gestão dos Riscos Ocupacionais em Estabelecimentos de Saúde*. Lisboa e Vale do Tejo: Departamento de Saúde Pública.
- Mendes, C. (2009). *Inclusão Escolar de crianças com trissomia 21: atitudes de alunos* (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Algarve.
- Moutinho, K., & Roazzi, A. (2010). Theory of reasoned action and theory of planned action: Relations between intention and behavior. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 279-287. ISSN 1677-0471

- Nahidi, S., Sotomayor-Castillo, C., Li, C., Currey, J., Elliott, R., & Shaban, R. Z. (2021). Australian critical care nurses' knowledge, preparedness and experiences of managing SARS-COV-2 and COVID-19 pandemic. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.008>
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual* (4th ed.) New York: McGraw-Hill.
- Parlakpınar, H., & Gunata, M. (2021). SARS-COV-2 (COVID-19): Cellular and biochemical properties and pharmacological insights into new therapeutic developments. *Cell Biochemistry & Function*, 39(1), 10–28. <https://doi.org/10.1002/cbf.3591>
- Peres, D., Monteiro, J., Almeida, M. A., & Ladeira, R. (2020). Risk perception of COVID-19 among Portuguese healthcare professionals and the general population. *Journal of Hospital Infection*, 105(3), 434–437. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.05.038>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Tematico*(10), 27–39.
- Ralph, R., Lew, J., Zeng, T., Francis, M., Xue, B., Roux, M., & Kelvin, A. A. (2020). 2019-nCoV (Wuhan virus), a novel Coronavirus: Human-to-human transmission, travel-related cases, and vaccine readiness. *Journal of Infection in Developing Countries*, 14(1), 3–17. <https://doi.org/10.3855/jidc.12425>
- Rodrigues, C. (2013). *Infecções Nosocomiais Infecções Nosocomiais* (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Ciências e Tecnologias, Algarve.
- Shi, Y., Wang, Y., Shao, C., Huang, J., Gan, J., ... Melino, G. (2020). COVID-19 infection: the perspectives on immune responses. *Cell Death & Differentiation*, 27, 1451–1454. <https://doi.org/10.1038/s41418-020-0530-3>
- Silva, T., & Rosa, S. (2020). A Necessária Proteção Dos Profissionais Da Saúde Diante Do Contexto Pandêmico: Uma Análise da Vulnerabilidade. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, 6, 1365–1384.
- Syropoulos, S., & Markowitz, E. M. (2021). Prosocial responses to COVID-19: Examining the role of gratitude, fairness and legacy motives. *Personality and Individual Differences*, 171. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110488>
- World Health Organization (2020). *Rational use of personal protective equipment for COVID-19 and considerations during severe shortages*. [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages)

ANEXOS

Anexo I

Instrumento de recolha de dados

A TOMADA DE DECISÃO DOS ENFERMEIROS NA ESCOLHA DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL DURANTE A FASE DE PANDEMIA POR COVID-19

Caracterização Sociodemográfica

Selecione uma opção de resposta.

1. Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Selecione uma opção de resposta.

2. Idade (em anos)

Selecione uma opção de resposta.

3. Estado Civil

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado ou em União de Facto
- ☐ Separado ou Divorciado
- ☐ Viúvo

4. Número de elementos do agregado familiar

Selecione uma opção de resposta.

5. Possui alguma doença crónica?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Selecione uma opção de resposta.

6. Alguém do agregado familiar possui alguma doença crónica?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Selecione as opções de resposta que se verificam no seu caso.

7. Habilitações académicas

- ☐ Licenciatura Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Curso de Pós-licenciatura
- ☐ Curso de Pós-graduação
- ☐ Formação em Controlo de Infecção
- ☐ Outra

7.1- Se selecionou a opção Curso de Pós-licenciatura, Curso de Pós-Graduação ou Formação em Controlo de Infecção especifique.

Selecione as opções de resposta que se verificam no seu caso.

8. Categoria profissional

- ☐ Enfermeiro de cuidados gerais
- ☐ Enfermeiro Especialista
- ☐ Enfermeiro em funções de chefia
- ☐ Enfermeiro Gestor/Chefe
- ☐ Outra

9. Anos ou meses de serviço como enfermeiro

Selecione uma opção de resposta.

10. Presta ou já prestou cuidados de enfermagem em áreas dedicadas ao doente COVID-19?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Selecione uma opção de resposta.

11. Teve acesso a formação sobre o uso de equipamento de proteção individual na sua instituição?

- ☐ Não
- ☐ Sim

11.1- Se sim, especifique.

Selecione uma opção de resposta.

12. Encontra restrições (por exemplo falta de máscaras FFP2) relativamente ao uso de equipamento de proteção individual?

- ☐ Não
- ☐ Sim

12.1- Se sim, especifique.

Selecione uma opção de resposta.

13. Considera que existem fatores que podem aumentar o risco de contrair COVID-19 na sua instituição?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13.1. Se sim, especifique.

Conhecimento

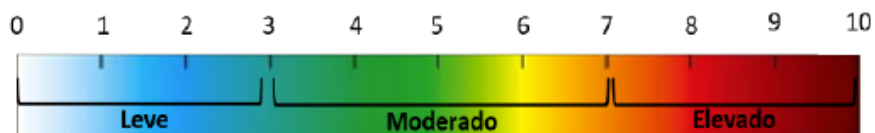
	Verdadeiro	Falso	Tenho Dúvidas
14.1- COVID-19 é conhecido como Sars-CoV-2.	☐	☐	☐
14.2- Doentes com COVID-19 não podem transmitir o vírus para outras pessoas quando não apresentam sinais e sintomas da doença.	☐	☐	☐
14.3- A COVID-19 transmite-se através de gotículas respiratórias, particularmente ao falar ou tossir. Também pode ser transmitida tocando nos olhos, nariz e boca após contacto com objetos ou superfícies contaminadas.	☐	☐	☐
14.4- Todos os resíduos produzidos e resultantes da prestação de cuidados de saúde a doentes com COVID-19 são considerados contaminados, com risco infeccioso associado.	☐	☐	☐
14.5- O contacto ocular com fluidos orgânicos de um doente infetado com SARSCoV-2 é considerado de baixo risco.	☐	☐	☐
14.6- É considerado contacto de alto risco todo o contacto desprotegido em ambiente laboratorial com amostras biológicas de SARS-CoV-2 pelos profissionais de saúde.	☐	☐	☐
14.7- O período de incubação vai de 1 a 14 dias.	☐	☐	☐
14.8- A pessoa pode transmitir a infeção cerca de um a dois dias antes do aparecimento dos sintomas.	☐	☐	☐
14.9- Estima-se que o período infeccioso dure de 7 a 12 dias em casos moderados e em média, até duas semanas em casos graves.	☐	☐	☐
14.10- Estudos recentes mostram que o SARS-CoV-2 se pode manter viável em superfícies como plástico ou metal por um período máximo de cerca de 24 horas e em aerossóis por um período máximo de 3h.	☐	☐	☐
14.11- Está provado que uma mulher grávida com COVID-19 pode transmitir o vírus ao feto ou ao recém-nascido antes e durante parto.	☐	☐	☐
14.12- Anosmia e disgeusia não são potenciais sintomas associados a COVID-19.	☐	☐	☐
14.13- Exemplos de sintomas suspeitos de COVID-19 são a febre, a tosse ou a dificuldade respiratória.	☐	☐	☐
14.14- Após ter contraído a doença COVID-19 é adquirida uma imunidade protetora que não permite uma nova infeção pela doença.	☐	☐	☐
14.15- Os grupos de risco para COVID-19 incluem: as pessoas idosas; as pessoas com doenças crónicas, pessoas com compromisso do sistema imunitário e grávidas.	☐	☐	☐
14.16- A taxa de letalidade da COVID-19 é maior do que a do vírus Influenza mas menor que a dos restantes Coronavírus.	☐	☐	☐
14.17- Uma pessoa com confirmação laboratorial de infeção por COVID-19, independentemente dos sinais clínicos e dos sintomas é um caso confirmado.	☐	☐	☐
14.18- Após a segunda dose da vacina contra a COVID-19 já não é possível contrair a infeção por esta doença.	☐	☐	☐
14.19- Se estiver infetado com COVID-19 não devo realizar a vacina.	☐	☐	☐
14.20- A prevenção da transmissão do COVID-19 exige a adoção das precauções básicas do controlo da infeção, complementadas com as precauções baseadas na via de transmissão.	☐	☐	☐

Atitudes

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
15.1- Os profissionais de saúde devem deter informações atualizadas sobre a COVID-19.	O	O	O	O	O
15.2- Qualquer informação relacionada com a COVID-19 deve ser disseminada entre pares e outros profissionais de saúde.	O	O	O	O	O
15.3- O EPI deve ser usado no contacto com casos confirmados ou suspeitos de COVID-19.	O	O	O	O	O
15.4- A prevalência da COVID-19 pode ser reduzida pela participação ativa dos profissionais de saúde em programas de controlo de infeção.	O	O	O	O	O
15.5- O uso de máscaras N95 ou FFP2 por utentes não diagnosticados é extremamente importante.	O	O	O	O	O
15.6- Durante a pandemia por COVID-19, todos os utentes alvos de cuidados de saúde são potenciais casos positivos da doença.	O	O	O	O	O
15.7- Nos cuidados ao doente com COVID-19, a utilização da cogula garante maior proteção ao profissional do que a touca	O	O	O	O	O
15.8- Nos cuidados a vários doentes com COVID-19, pode ser usado sempre o mesmo respirador (FFP2 ou N95).	O	O	O	O	O
15.9- Os respiradores (FFP3, FFP2 ou N95) mantêm eficácia de filtração de partículas durante 8 a 12 horas de utilização.	O	O	O	O	O
15.10- Em procedimentos invasivos a doentes com COVID-19, usar duplo par de luvas garante maior proteção.	O	O	O	O	O
15.11- Em procedimentos invasivos a doentes com COVID-19, usar duas máscaras sobrepostas (exemplo uma FFP2 e uma máscara cirúrgica) garante maior proteção.	O	O	O	O	O
15.12- Apenas o respirador FFP3 pode ser usado em procedimentos geradores de aerossóis de risco elevado.	O	O	O	O	O
15.13- Estou confiante para prestar cuidados a um caso suspeito de COVID-19.	O	O	O	O	O
15.14- Sou a favor da vacinação de todos os profissionais de saúde contra a COVID-19.	O	O	O	O	O
15.15- Sinto-me preparado para participar numa ação de sensibilização sobre o uso de EPI à equipa de saúde.	O	O	O	O	O

Perceção de Risco

Observe a escala visual que se segue.



16. Com base na escala anterior, classifique de 0-10 a sua percepção pessoal acerca de:
Selecione uma opção de resposta.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.1- Risco de ser infetado.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.2- Risco dos seus familiares serem infetados.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.3- Medo de ser infetado.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16.4- Medo da possibilidade dos seus familiares estarem infetados.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

17. Classifique a sua percepção relativamente ao nível de proteção que sente ao usar os seguintes equipamentos de proteção individual, durante a fase pandémica, assinalando uma opção de resposta.

	Nada protegido	Pouco protegido	Protegido	Muito protegido
17.1- Entubação nasogástrica: máscara N95, óculos de proteção, luvas e bata resistente a fluídos.	O	O	O	O
17.2- Banho a doente no chuveiro: máscara cirúrgica, luvas e bata resistente a fluídos.	O	O	O	O
17.3- Avaliação da temperatura timpânica: máscara cirúrgica.	O	O	O	O
17.4- Higiene oral em doente dependente: máscara cirúrgica, viseira e luvas.	O	O	O	O
17.5- Transferir o doente da cama para o cadeirão: máscara N95.	O	O	O	O
17.6- Administração de medicação via ubcutânea: máscara cirúrgica e luvas.	O	O	O	O

18. Classifique a sua percepção relativamente ao nível de proteção face à COVID-19 em diferentes locais, assinalando uma das quatro opções de resposta.

	Nada protegido	Pouco protegido	Protegido	Muito protegido
18.1- Em casa	O	O	O	O
18.2- Na rua	O	O	O	O
18.3- Em estabelecimentos comerciais	O	O	O	O
18.4- Na instituição onde exerço funções	O	O	O	O
18.5- No serviço onde exerço funções	O	O	O	O
18.6- Na copa do serviço onde faço as Refeições	O	O	O	O

Anexo II

Parecer da Comissão de Ética



Anexo 3 à Ata nº 3 / 2021

COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CE-ESEP

Parecer ao Projeto:

A tomada de decisão dos enfermeiros na escolha do equipamento de proteção individual durante a fase de pandemia por Covid-19

Fluxo: ADHOC_412-2021

Data da submissão: 26-02-2021

Documentos anexos ao pedido de parecer

Modelo 102 - Pedido de apreciação e parecer à comissão de ética
Modelo 92 - Questionário para submissão de projeto de investigação à comissão de ética da ESEP
Modelo 46 - Ficha de apresentação de projetos de investigação
Informação e Consentimento Informado
Curriculum vitae investigador
Declaração das orientadoras
Instrumento de recolha de dados

Título: A tomada de decisão dos enfermeiros na escolha do equipamento de proteção individual durante a fase de pandemia por Covid-19

Investigador proponente: Cátia Vanessa Coelho Martins

Orientador e coorientador: Professora Doutora Celeste Bastos e Professora Doutora Lígia Lima

Natureza e contexto do projeto: Estudo a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto e integrado no projeto de investigação “Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde” do grupo NursID do CINTESIS.

Início do projeto: 2020-12-01 **Data previsível de conclusão:** 2021-09-01

Objetivos da investigação:

Identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão dos enfermeiros na escolha do equipamento de proteção individual durante a fase de pandemia por Covid-19.

Tipo de Estudo: Estudo observacional e descritivo, enquadrado no paradigma quantitativo.

Participantes: os participantes serão enfermeiros a exercer funções a nível hospitalar ou na comunidade, em áreas dedicadas a doentes covid-19 e não dedicadas a doentes covid-19. Critérios de inclusão no estudo: ser enfermeiro; exercer funções enquanto enfermeiro durante a pandemia por covid-19; exercer funções enquanto enfermeiro em instituição de Portugal Continental. Os participantes serão selecionados por amostra “bola de neve”.

Instrumento de recolha de dados desenvolvido pelas investigadoras é um questionário de autopreenchimento, criado com a ferramenta Google Forms (Free Online Surveys for Personal Use) constituído por quatro secções (Caracterização Sociodemográfica; Conhecimento; Atitudes e Percepção de risco).

Procedimento

Os profissionais serão contactados pelo investigador principal através do e-mail pessoal ou através de outras plataformas de divulgação. O pedido de participação no estudo e a apresentação aos potenciais participantes será através de um link de acesso ao questionário, neste consta uma secção com a informação ao participante e o pedido de consentimento livre e informado apenas após a respetivo consentimento o participante acederá ao questionário.

Riscos/benefícios: benefícios imediatos poderão advir para os participantes:

Perceber quais os possíveis fatores que alicerçam a escolha do equipamento de proteção individual, dos enfermeiros irá trazer conhecimentos para a melhoria da segurança dos cuidados prestados contribuindo também para uma mais eficiente racionalização de recursos. Não estão previstos riscos ou incómodos.

Consentimento e confidencialidade da informação:

Segundo o investigador será garantido o anonimato dos dados por via da atribuição de um código de identificação ao questionário, ao qual só os investigadores terão acesso.

As respostas recolhidas são confidenciais e destinadas apenas para fins de investigação.

Na divulgação dos resultados será salvaguardada qualquer associação dos resultados a grupos particulares ou locais de trabalho.

Parecer:

Após análise dos documentos apresentados e considerando:

A relevância do projeto, a participação de forma livre e consentida, a salvaguarda da confidencialidade dos dados expressa nos documentos enviados, considera esta Comissão que nada há a opor à realização da presente investigação.

A relatora,

Elisabete Borges

A Presidente

Teresa Tomé Ribeiro

Assinado por : TERESA CRISTINA TATO MARINHO

DE TOMÉ RIBEIRO MALHEIRO SARMENTO

Num. de Identificação: B1037067184

Data: 2021.03.10 16:27:23+00'00'



Anexo III

Informação aos participantes

Informação Ao Participante

Caro(a) participante,

Chamo-me Cátia Martins e sou enfermeira.

Frequento o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Neste âmbito, estou a realizar um estudo intitulado "A tomada de decisão dos enfermeiros na escolha do equipamento de proteção individual durante a fase de pandemia por COVID-19", para o qual venho solicitar a sua colaboração

A investigação tem como objetivo identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão dos enfermeiros na escolha do equipamento de proteção individual durante a fase de pandemia por COVID-19. O estudo está integrado no projeto de investigação "Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde" (CIACS) do grupo NursID/CINTESIS e foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com a referência ADHOC_412-2021

A informação obtida será utilizada única e exclusivamente neste estudo e serão sempre preservados a confidencialidade e o anonimato dos participantes. A participação no estudo é livre e voluntária.

Caso seja do seu interesse poderá ter acesso aos resultados após a conclusão dos trabalhos, prevista para setembro de 2021.

Pode solicitar informação sobre o estudo ou sobre a sua participação, através do e-mail da investigadora responsável. Agradeço a sua colaboração.

A investigadora responsável Cátia Martins

E-mail: ep5948@esenf.pt

Anexo IV

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Ao aceitar participar no estudo o participante declara que:

Tomou conhecimento do estudo em que será incluído.

Compreendeu a explicação que lhe foi fornecida acerca da investigação.

Aceita participar no estudo e permite a utilização dos dados que de forma voluntária fornece, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação, sendo garantida a confidencialidade e anonimato dos mesmos.

Tem conhecimento da possibilidade de desistir da investigação em qualquer altura, sem prejuízo.

1. Declara que aceita responder ao questionário.

☐ Sim

Anexo V

Consentimento dos Autores para Utilização do Questionário na Elaboração do Instrumento de Recolha de Dados

Consentimento dos Autores para Utilização do Questionário na Elaboração do Instrumento de Recolha de Dados

