

# **Ciência e Reflexões sobre o Cuidar em Pandemia COVID-19**

**Science and reflections on care in the  
COVID-19 pandemic**

Cadernos de Disseminação



## FICHA TÉCNICA / COPYRIGHT PAGE

### TÍTULO / TITLE

CIÊNCIA E REFLEXÕES SOBRE O CUIDAR EM PANDEMIA COVID-19  
SCIENCE AND REFLECTIONS ON CARE IN THE COVID-19 PANDEMIC

### EDITOR / PUBLISHER

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem  
(UICISA: E)  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

### RESPONSABILIDADE DOS CADERNOS DE DISSEMINAÇÃO CIENTÍFICA / RESPONSABILITY FOR THE SCIENTIFIC DISSEMINATION NOTEBOOKS

João Luís Alves Apóstolo, *Coordenador Científico da Unidade  
de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola  
Superior de Enfermagem de Coimbra*

António Fernando Amaral, *Presidente da Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra*

### COORDENAÇÃO CIENTÍFICA / SCIENTIFIC COORDINATION

António Ferreira, *Enfermeiro Especialista, CHUC - NIE*

Andréa Marques, *Professora Adjunta, ESENfC*

Ricardo Ferreira, *Investigador, ESEL*

António Marques, *Enf. Gestor com funções de Direção e  
Coordenador do NIE, CHUC*

### ISBN

978-989-53364-3-2

### EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

Andréa Marques

Ricardo Ferreira

António Marques

Eduardo Santos

Mariana Marques

Luís Loureiro

Sofia Meneses

Fernanda Duarte

Lígia Fonseca

Liliana Sousa

Madalena Cunha

Georgina Pimentel

Rui Gonçalves

Liliana Figueiredo

Olivério Ribeiro

Ana Maria Pinho

Jorge Façanha

Filipa Homem

Helena Oliveira

João Filipe Fernandes

Elisabete Santos

Goreti Almeida

João Filipe

Nuno Correia

Luís Mendes

Sandra Areias

Maria do Carmo Messias

Rafael Bernardes

Célia Laranjeiro

La Salete Fernandes

Patrícia Martins

Sara Godinho

Elisa Dias de Melo

Carlos Fernandes

Cármem Nogueira

### COPYRIGHT

© 2023 Unidade de Investigação em Ciências da Saúde:  
Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra (ESENfC)

### REVISÃO TÉCNICA / TECHNICAL EDITING

Andréa Marques, António Marques, António Ferreira, Bertina  
Lopes, Cármem Nogueira, Dulce Carvalho, Eduardo Santos,  
Frederico Domingues, Liliana Escada Ribeiro, Liliana Ferraz, Lisa  
Nunes, Marco Gonçalves, Maria do Céu Nunes, Ricardo Ferreira  
e Telma Vidinha.

### REVISÃO FINAL / COPY EDITING

Margarida Sofia Antunes, *UICISA: E/ESENfC*

Mirla Ferreira Rodrigues, *UICISA: E/ESENfC*

### REVISÃO DOCUMENTAL / REFERENCES REVISION

Serviço de Documentação da Escola Superior de Enfermagem  
de Coimbra

### MAQUETIZAÇÃO E PAGINAÇÃO / LAYOUT & DTP

Marina Salvado, *UICISA: E/ESENfC*

### APOIO TÉCNICO / TECHNICAL SUPPORT

Cristina Da Costa Louçano, *Secretariado da UICISA: E/ESENfC*

### ANO DE PUBLICAÇÃO / YEAR OF PUBLICATION

2023

### COMO SE CITA O CADERNO (Normas APA 7ª edição) / HOW TO CITE THE NOTEBOOK (APA – 7th edition):

Ferreira, A., Marques, A., Ferreira, R. & Marques, A. (Coord.).  
(2023). *Ciência e Reflexões sobre o Cuidar em Pandemia COVID-19*.  
Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde:  
Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra (ESENfC)

### COMO SE CITA UM CAPÍTULO (Normas APA 7ª edição) / HOW TO CITE A CHAPTER (APA – 7th edition):

Santos, E., Ferreira, R., Marques, A. & Marques, A. (2023). Os  
profissionais de saúde que não estão na linha da frente são mais  
frequentemente portadores da doença por coronavírus 2019:  
A experiência de um hospital central e universitário português.  
In A. Ferreira, A. Marques, R. Ferreira & A. Marques (Coord.)  
*Ciência e Reflexões sobre o Cuidar em Pandemia COVID-19* (pp.  
7-14). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde:  
Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra (ESENfC). (Reimpresso de "Health Care Workers not in  
the frontline are more frequently carriers of Coronavirus Disease  
2019: The experience of a tertiary portuguese hospital", 2020.  
*Infection Prevention in Practice*, 2[4], Article 100099, [https://doi.  
org/10.1016/j.infpip.2020.100099](https://doi.org/10.1016/j.infpip.2020.100099))

O conteúdo científico é da responsabilidade dos autores. / The  
scientific content is the responsibility of the authors.

# ÍNDICE

1. PREFÁCIO.....	2
------------------	---

2. INTRODUÇÃO.....	4
--------------------	---

<b>CAPÍTULO I: IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>6</b>
---	----------

1. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE NÃO ESTÃO NA LINHA DA FRENTE SÃO MAIS FREQUENTEMENTE PORTADORES DA DOENÇA POR CORONAVÍRUS 2019: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL E UNIVERSITÁRIO PORTUGUÊS.....	7
<i>EDUARDO SANTOS, RICARDO FERREIRA, ANDRÉA MARQUES E ANTÓNIO MARQUES</i>	

2. SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PRIMEIRA VAGA COVID-19.....	15
<i>MARIANA MARQUES, RICARDO FERREIRA, LUÍS LOUREIRO, SOFIA MENESES, FERNANDA DUARTE, ANTÓNIO MARQUES E LÍGIA FONSECA</i>	

3. IMPACTO PSICOLÓGICO DA COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE PREVALÊNCIA.....	21
<i>LILIANA SOUSA, MADALENA CUNHA E EDUARDO SANTOS</i>	

4. VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PRIMEIRA VAGA COVID-19.....	27
<i>GEORGINA PIMENTEL, RICARDO FERREIRA, ANDRÉA MARQUES, MARIANA MARQUES, SOFIA MENESES, RUI GONÇALVES, LUÍS LOUREIRO E ANTÓNIO MARQUES</i>	

5. VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS COM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA COVID-19.....	34
<i>LILIANA FIGUEIREDO, OLIVÉRIO RIBEIRO E EDUARDO SANTOS</i>	

6. STRESS OCUPACIONAL DOS ENFERMEIROS PERANTE A COVID-19: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE SERVIÇOS COVID E NÃO COVID.....	40
<i>ANA MARIA PINHO E JORGE FAÇANHA</i>	

**CAPÍTULO II: IMPORTÂNCIA DA GESTÃO E DA LIDERANÇA NA ORGANIZAÇÃO DE CUIDADOS PARA RESPONDER À PANDEMIA COVID-19.....51**

7. IMPACTO DA LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NOS COMPORTAMENTOS DE SUPORTE E RESILIÊNCIA GRUPAL EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19.....52  
*FILIPA HOMEM E HELENA OLIVEIRA*

8. ANÁLISE DE CUSTOS DA PRIMEIRA VAGA DA PANDEMIA COVID-19 NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NUM HOSPITAL PORTUGUÊS.....66  
*EDUARDO SANTOS, RICARDO FERREIRA, ANDRÉA MARQUES, LILIANA SOUSA E ANTÓNIO MARQUES*

9. ORGANIZAÇÃO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO COVID-19 NO CHUC – DESCRIÇÃO DE UM ESFORÇO CONJUNTO.....74  
*JOÃO FILIPE FERNANDES, ELISABETE SANTOS E ÁUREA ANDRADE*

10. FOLLOW-UP TELEFÓNICO DE APOIO A ENFERMEIROS E ASSISTENTES OPERACIONAIS DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA DURANTE O ISOLAMENTO POR COVID-19.....80  
*GORETI ALMEIDA, JOÃO FILIPE, ELISABETE SANTOS E ÁUREA ANDRADE*

**CAPÍTULO III: TOMADA DE DECISÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA COVID-19.....92**

11. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM PNEUMONIA SECUNDÁRIA A SARS-COV-2: UM ESTUDO DE CASO .....93  
*NUNO CORREIA, LUÍS MENDES, SANDRA AREIAS, MARIA DO CARMO MESSIAS E RAFAEL BERNARDES*

12. EFETIVIDADE DA *AWAKE PRONE POSITIONING* NA PESSOA PORTADORA DE PNEUMONIA SECUNDÁRIA À INFEÇÃO POR SARS-COV-2.....109  
*CÉLIA LARANJEIRO, LA SALETE FERNANDES, PATRÍCIA MARTINS E SARA GODINHO*

13. DOCUMENTAÇÃO DOS FOCOS/DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NAS PESSOAS HOSPITALIZADAS COM COVID-19.....117  
*ELISA DIAS DE MELO, CARLOS FERNANDES, CÁRMEN NOGUEIRA*

# 1. PREFÁCIO

Estimados Leitores e Estimadas Leitoras,

É com grande satisfação que escrevo o prefácio desta publicação, que contém uma coleção de textos, comentários e experiências sobre a pandemia COVID-19, que podem constituir aprendizagem importante para o futuro.

Enquanto enfermeira diretora do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), congratulo-me ao constatar que a maioria dos estudos decorreram neste Centro Hospitalar.

Neste âmbito, importa salientar a importância que o Núcleo de Investigação em Enfermagem (NIE) do CHUC teve no sucesso das publicações, não apenas na fase imediata em revistas de relevância, mas também persistindo no esforço de organizar e concluir o presente compêndio.

Só com uma estrutura consolidada como o NIE, que comemorou recentemente o seu 10.º aniversário, é possível termos produtos e resultados científicos que promovem a qualidade dos cuidados ao cidadão.

Para esta obra contribuíram não apenas enfermeiros, mas também especialistas de diversas áreas da saúde, que colaboraram para aumentar o nosso conhecimento sobre a pandemia COVID-19 e evidenciar como nos podemos antecipar na preparação para fazer face a novas pandemias no futuro. Esta multidisciplinaridade foi patente tanto nos autores como nas pessoas estudadas.

Sou particularmente sensível às publicações que documentam as dificuldades e a capacidade de resposta e adaptação que os profissionais de saúde do CHUC, concretamente dos enfermeiros, face a um período tão assustador e imprevisível na vida de todos.

Também me congratulo muito positivamente ao ler em vários textos o destaque dado pelos autores à importância do papel assumido pelos líderes de enfermagem na gestão de equipas, no fornecimento de orientações claras e precisas, e na garantia de recursos adequados para a prestação de cuidados de saúde.

A gestão da pandemia COVID-19 e a organização da campanha de vacinação no CHUC são um bom exemplo do esforço e da capacidade de organização de equipas.

Fiquei muito sensibilizada pelo reconhecimento e valorização dados à disponibilização do suporte emocional proporcionado por enfermeiros especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica aos enfermeiros e assistentes operacionais, que se encontravam em isolamento por terem contraído COVID-19, ajudando-os a lidar com o stresse e a fadiga associados à situação que estavam a vivenciar. Se o suporte emocional se revelou muito importante para os enfermeiros e assistentes operacionais que estavam na chamada “linha da frente”, não foi menos importante para todos os que davam suporte em todas as linhas da “retaguarda”.

A este respeito, sublinho a relevância de equipas de suporte menos visíveis, mas essenciais, como o Gabinete de Crise, a Unidade de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos, os Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados e Logística, que garantiram as condições e a disponibilidade de materiais e medicamentos indispensáveis à prestação de cuidados, a resposta muito célere na efetivação das mobilidades operacionalizadas no terreno, uma vez que a rapidez e a quantidade de enfermeiros e assistentes operacionais que era preciso mobilizar, às vezes de um dia para o outro, assim o exigia.

Todos assumiram enormes responsabilidades, tendo sido dada as condições necessárias ao desempenho de cada função.

Como tivemos oportunidade de vivenciar, qualquer profissional, e em qualquer momento, foi chamado a desempenhar uma atividade que marca profundamente a vida de quem servimos, sejam doentes, sejam profissionais.

Apesar de poder parecer que a COVID-19 já passou e que os temas abordados nestes cadernos de disseminação já não são tão urgentes, é muito importante deixar estes textos para memória futura, que a história se encarregará de valorizar.

O impacto da pandemia na sociedade e na saúde pública não estará ainda totalmente clarificado, e as lições aprendidas são valiosas para a preparação para futuras crises de saúde pública, humanitárias ou outras.

Estou certa de que a leitura destas páginas permitirá uma compreensão mais profunda dos desafios enfrentados durante a pandemia, inspirando-nos a criar e implementar esforços colaborativos para enfrentar os desafios que enfrentamos como sociedade.

Agradeço a todos os editores, autores e revisores por contribuírem para esta obra. Mas a última palavra é sem dúvida para os profissionais de saúde, cuja experiência, resiliência, inteligência e abnegação são aqui demonstradas de diferentes formas. Eles são verdadeiros líderes em cada uma das suas áreas e as suas contribuições são imprescindíveis e inestimáveis.

***Enf.ª Áurea Andrade***

*Enfermeira Diretora do*

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

## 2. INTRODUÇÃO

O Núcleo de Investigação em Enfermagem do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (NIE-CHUC) foi fundado em 2012 e constituiu-se Núcleo da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) em 2018. É composto, atualmente, por 21 investigadores.

A estrutura da presente publicação é norteada pelos objetivos que orientam a investigação deste Núcleo: promover a investigação em enfermagem nas áreas prioritárias do CHUC, produzir a sua própria investigação em Enfermagem e implementar a evidência na prática clínica. Assim, foi neste enquadramento que a coordenação dos cadernos de disseminação “Ciência e Reflexões sobre o Cuidar em Pandemia COVID-19” decidiu compilar um conjunto de publicações resultantes de investigação realizada pelo NIE e convidar os profissionais do CHUC a apresentar os seus estudos ou a comentar a produção científica desenvolvida.

Num enquadramento temático, relembramos que em março de 2020 a OMS declarou a doença COVID-19 como pandemia. A 3 de agosto de 2022, globalmente, foram reportados à OMS 57.7018.226 infeções por SARS-CoV-2 e 6.401.046 mortes. Especificamente, em Portugal, foram registados 5.349.005 casos e 24.638 óbitos. A doença COVID-19 disseminou-se de forma frenética mundialmente e desencadeou gravíssimas repercussões para os indivíduos, sociedade, política e, em particular, para os sistemas de saúde de todo o mundo. Esta pandemia exigiu, assim, de todos os profissionais de saúde e decisores de políticas de saúde, uma robusta capacidade de adaptação e resiliência.

Esta doença e o seu impacto rapidamente se tornaram alvo de estudos científicos. Finalizado o ano 2020, na Pubmed existiam já 79.765 registos com a expressão “COVID-19” pesquisada no título e resumo, e à data de 3 de agosto de 2022 eram identificados 245.046 registos, evidenciando-se assim a explosão de produção científica sobre esta problemática. É no mesmo enquadramento que este Núcleo de Investigação decidiu concorrer a uma chamada da Fundação para a Ciência e Tecnologia, iniciando um programa de investigação transdisciplinar com quatro projetos no âmbito do impacto da COVID-19 e estimulando outros a investigar também.

Como resultados desta atividade, esta publicação integra resumos alargados de estudos já publicados sobre a temática e comentários reflexivos aos mesmos, assim como textos de perspetiva e de investigação não publicados. O conjunto destes documentos incorporados nesta obra tem como objetivos dar a conhecer a investigação publicada e não publicada, sobre vivências de profissionais de saúde, utentes e familiares em contexto COVID-19, sobre a efetividade das intervenções no âmbito do cuidar e da gestão neste âmbito, assim como sobre a análise de fatores contextuais que influenciaram a tomada de decisão clínica transdisciplinar. Este documento lança ainda um convite à reflexão e análise sobre as temáticas recém-enunciadas.

Este olhar reflexivo e visionário de uma era pós-pandémica contribuirá para a formulação de implicações futuras para a saúde e, especialmente, para a Enfermagem.

Posto isto, cremos que esta publicação vai ao encontro dos objetivos acima retratados, atribuindo realce à investigação desenvolvida em contexto pandémico COVID-19.

***Enf.º António Marques***

*Enf.º Supervisor no CHUC e Coordenador  
do Núcleo de Investigação em Enfermagem  
da UICISA: E - CHUC*

## **CAPÍTULO I**

### **IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

# 1. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE NÃO ESTÃO ALINHADOS ÀS FRENTES SÃO MAIS FREQUENTEMENTE PORTADORES DA DOENÇA DE CORONAVÍRUS 2019: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL CENTRAL E UNIVERSITÁRIO PORTUGUÊS

**Eduardo Santos**<sup>1,2,3</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-0557-2377>

**Ricardo Ferreira**<sup>2,3,4</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2517-0247>

**Andréa Ascensão Marques**<sup>1,2,3</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2026-9926>

**António Marques**<sup>2,3</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-8777-943X>

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal.

<sup>3</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Núcleo de Investigação em Enfermagem, Coimbra, Portugal.

<sup>4</sup> Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

## Resumo

### O que já se sabia sobre o assunto?

Os profissionais da saúde têm lutado com sucesso contra o surto da doença de Coronavirus 2019 (COVID-19), enfrentando um risco substancial de infeção pelo SARS-CoV-2, com enormes sacrifícios pessoais e profissionais (J. Lai et al., 2020; Li et al., 2020; Tan et al., 2020; Zhang et al., 2020). As transmissões assintomáticas podem aumentar ainda mais o risco de superdisseminação nos hospitais (Cho et al., 2016) e, devido à exposição, os profissionais da saúde são uma população particularmente em risco.

Atualmente, vários estudos determinaram a prevalência, informação de exposição, apresentação clínica desta infeção nos profissionais de saúde e apontam para uma taxa global de infeção de 0,89 a 11,1% (Barrett et al., 2020; CDC, 2020; Kluytmans-van den Bergh et al., 2020; Lahner et al., 2020; X. Lai et al., 2020; Suárez-García et al., 2020; Zheng et al., 2020) e para uma taxa de mortalidade de 0,69% (Zheng et al., 2020). Ainda assim, existem contextos, nomeadamente o nacional, no qual a informação sobre estes dados é escassa.

### Qual foi o objetivo do estudo?

O objetivo foi avaliar a incidência e prevalência da infeção por COVID-19 entre os profissionais de saúde e analisar os fatores de risco e as características clínicas dos profissionais de saúde afetados.

Foi comparado particularmente o risco entre os profissionais de saúde que estavam ou não na linha da frente dos cuidados.

### **O que é que este estudo adicionou ao que já se conhecia?**

Do estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico, cujos dados foram recolhidos de 1 de março a 30 de junho de 2020, apurou-se que 211 (2,63%) dos 8037 profissionais de saúde foram diagnosticados com COVID-19. A incidência acumulada dos profissionais de saúde infetados foi de 2,66%, com uma taxa de incidência de 0,007 profissionais de saúde por mês e uma morbidade média de 1,48%. Não foram observadas mortes. A maioria das infeções ocorreu durante a fase inicial do surto da doença. Entre os profissionais de saúde infetados, apenas 20,9% (n=44) eram da linha da frente. Tanto os profissionais de saúde da linha da frente como os que não estão na linha da frente foram expostos principalmente a doentes infetados (48,6% em ambos os grupos), mas os que não são da linha da frente foram significativamente mais infetados por colegas (10,8% vs 24,8%,  $p=0,04$ ). Os profissionais de saúde da linha da frente realizaram mais isolamento familiar do que os restantes (88,9% vs 82,5%,  $p>0,05$ ) e presumivelmente menos membros da família foram infetados no primeiro grupo (19,4% vs 26,3%,  $p>0,05$ ). A proporção de profissionais de saúde com infeção assintomática foi estatística e significativamente menor na linha da frente (2,4% vs 19,9%,  $p=0,05$ )\*. As três comorbilidades mais comuns entre todos os profissionais de saúde infetados foram doenças respiratórias (18,6%), hipertensão (13,4%) e doenças cardiovasculares (4,7%). Os seis sinais e sintomas pós-infeção mais comuns foram astenia (64,2%), mialgias (61,5%), anosmia (53,9%), cefaleias (53,4%), tosse (50,7%) e ageusia (50%). Não houve diferença entre profissionais de saúde da linha da frente e que não estão na linha da frente nos subgrupos das comorbilidades, a maioria dos sinais e sintomas [exceto tosse, mais frequente na linha da frente (66,7% vs 46,6%,  $p=0,02$ )], fatores de risco, ou critérios de severidade. A média de dias com sinais e sintomas foi de 23,19 dias (DP=16,9), sendo significativamente mais elevada nos profissionais de saúde da linha da frente [M=30,4, DP=18,2 vs M=21,5, DP=16,2,  $p=0,01$ ]. Globalmente, todos os profissionais de saúde foram seguidos pelo serviço de saúde ocupacional, 11,6% referiram um acompanhamento adicional pelo seu médico de família, 13,2% exigiram uma admissão no serviço de urgência e 2,3% foram hospitalizados/ internados. Nenhum dos profissionais de cuidados de saúde foi admitido nas unidades de cuidados intensivos e não foram observadas mortes. Os profissionais de saúde da linha da frente deslocaram-se ao serviço de urgência com mais frequência do que os profissionais de saúde que não estão na linha da frente (24,3% vs 10,2%,  $p=0,05$ ).

---

\* Esta notícia foi dada à estampa a partir dos resultados do nosso estudo, disponibilizados à comunicação social pelo Gabinete de Comunicação e imagem do CHUC.

## Que implicações se podem retirar para a prática e futuros desenvolvimentos?

Este estudo permitiu concluir que a taxa de infeção (2,63%) foi muito semelhante às relatadas em estudos internacionais anteriores, que relataram taxas entre 0,89 a 2,94%. Além disso, os resultados também mostraram que os profissionais de saúde da linha da frente estavam menos infetados do que os profissionais de saúde não pertencentes à linha da frente (0,55 vs 2,08%, respetivamente), justificando uma atenção e intervenções específicas dirigidas a este grupo. As ações de prevenção e controlo implementadas foram eficazes na atenuação da pandemia da COVID-19, cujas infeções ocorreram principalmente nas fases iniciais.

O texto integral deste resumo pode ser consultado em:

Santos, E. J., Ferreira, R. J., Batista, R., Pinheiro, V., Marques, A. A., Antunes, I., & Marques, A. (2020). Health Care Workers not in the frontline are more frequently carriers of Coronavirus Disease 2019: The experience of a tertiary portuguese hospital. *Infection Prevention in Practice*, 2(4), Article 100099. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2020.100099>

## Referências Bibliográficas

- Barrett, E. S., Horton, D. B., Roy, J., Gennaro, M. L., Brooks, A., Tischfield, J., Greenberg, P., Andrews, T., Jagpal, S., Reilly, N., Blaser, M. J., Carson, J. L., & Panettieri, R. A. (2020). *Prevalence of SARS-CoV-2 infection in previously undiagnosed health care workers at the onset of the U.S. COVID-19 epidemic*. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.04.20.20072470>
- Center for Disease Control and Prevention. (2020). Characteristics of health care personnel with COVID-19 - United States, February 12-April 9, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(15), 477-481. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>
- Cho, S. Y., Kang, J.-M., Ha, Y. E., Park, G. E., Lee, J. Y., Ko, J.-H., Lee, J. Y., Kim, J. M., Kang, C.-I., Jo, I. J., Ryu, J. G., Choi, J. R., Kim, S., Huh, H. J., Ki, C.-S., Kang, E.-S., Peck, K. R., Dhong, H.-J., Song, J.-H., ... Kim, Y.-J. (2016). MERS-CoV outbreak following a single patient exposure in an emergency room in South Korea: An epidemiological outbreak study. *Lancet*, 388(10048), 994–1001. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30623-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30623-7)
- Kluytmans-van den Bergh, M. F., Buiting, A. G., Pas, S. D., Bentvelsen, R. G., van den Bijllaardt, W., van Oudheusden, A. J., van Rijen, M. M. L., Verweij, J. J., Koopmans, M. P., & Kluytmans, J. A. (2020). Prevalence and clinical presentation of health care workers with symptoms of coronavirus disease 2019 in 2 Dutch hospitals during an early phase of the pandemic. *JAMA Network Open*, 3(5), e209673. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9673>
- Lahner, E., Dilaghi, E., Prestigiacomo, C., Alessio, G., Marcellini, L., Simmaco, M., Santino, I., Orsi, G. B., Anibaldi, P., Marcolongo, A., Annibale, B., & Napoli, C. (2020). Prevalence of Sars-Cov-2 Infection in health

workers (HWs) and diagnostic test performance: The experience of a teaching hospital in Central Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), Article 12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124417>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lai, X., Wang, M., Qin, C., Tan, L., Ran, L., Chen, D., Zhang, H., Shang, K., Xia, C., Wang, S., Xu, S., & Wang, W. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-2019) infection among health care workers and implications for prevention measures in a tertiary hospital in Wuhan, China. *JAMA Network Open*, 3(5), e209666. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9666>

Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., Bi, J., Zhan, G., Xu, X., Wang, L., Zhou, Q., Zhou, C., Pan, Y., Liu, S., Zhang, H., Yang, J., Zhu, B., Hu, Y., Hashimoto, K., ... Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 916–919. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>

Suárez-García, I., Martínez de Aramayona López, M. J., Sáez Vicente, A., & Lobo Abascal, P. (2020). SARS-CoV-2 infection among healthcare workers in a hospital in Madrid, Spain. *The Journal of hospital infection*, 106(2), 357-363. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.07.020>

Tan, B. Y., Chew, N. W., Lee, G. K., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L., Zhang, K., Chin, H.-K., Ahmad, A., Khan, F. A., Shanmugam, G. N., Chan, B. P., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J., Paliwal, P. R., Wong, L. Y., Sagayanathan, R., Chen, J. T., ... Sharma, V. K. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*, 173(4), 317–320. <https://doi.org/10.7326/M20-1083>

Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F., & Wang, H. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Zheng, L., Wang, X., Zhou, C., Liu, Q., Li, S., Sun, Q., Wang, M., Zhou, Q., & Wang, W. (2020). Analysis of the infection status of healthcare workers in Wuhan during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *Clinical Infectious Diseases*, 71(16), 2109–2113. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa588>

## 1.1 Comentário

### Manuel Gameiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Núcleo de Investigação em Enfermagem, Coimbra, Portugal.

Antes de mais, devemos felicitar os autores (Santos et al., 2020) pelo sentido de urgência do conhecimento ainda no início do enfrentamento de uma doença infecciosa que se apresentava como um enigma nas suas origens, com especial virulência e letalidade, sem registos na memória das experiências vividas dos contemporâneos e sem precedentes na história recente. Situações idênticas eram longínquas na história, evocando especialmente as terríveis pestes medievais.

A situação epidemiológica mais próxima, já com relatos de natureza jornalística e científica e que parecia aparentada era a epidemia designada por gripe pneumónica (Spanish influenza), que ocorreu nos anos 1918-1919, com características também pandémicas e que terá tido origem igualmente na Ásia. Esta doença de etiologia viral dizimou, segundo alguns autores, mais de 50 milhões (em Portugal, para cima de 130 mil mortes) – a maior tragédia do século XX (Sobral & Lima, 2018).

Nestas circunstâncias de sentido elevado risco, de enorme imprevisibilidade e dificuldade de controlo, é relevante que os agentes da ciência, incluindo os enfermeiros, se mobilizem na procura de conhecimento que facilite a tomada de decisões mais esclarecidas nas melhores evidências. Especialmente os enfermeiros, no sentido de conseguir um equilíbrio entre o humanístico e o sanitarismo, por vezes difícil nos contextos, mas que não pode ser relegado pelos profissionais do cuidado.

Neste quadro em que o sentido de gravidade era muito elevado e o de controlo reduzido, ambicionando que a situação se resolvesse, que evoluísse para condições de maior previsibilidade, como é próprio dos seres humanos, começou a falar-se numa “nova normalidade”. A equacionar-se uma nova realidade futura, diferente da que se estava a viver, portanto.

Em conformidade, hoje sabemos que estávamos a viver uma realidade transitória. Nestas condições de efemeridade, no momento em que se avalia algo, este já se alterou, já mudou para algo distinto na conjuntura de uma realidade nova, o que, se essa nova realidade for também transitória, como já avisava Platão, torna impossível o conhecimento.

O conhecimento será impossível no sentido em que a transitoriedade do real em observação inviabiliza a possibilidade de validade externa, de generalização, de representação e controlo de uma realidade em que queremos intervir – a lógica comum da ciência. Mas será válido como memória de uma realidade pregressa, o que não deixa de ser importante... porque acreditando que a história se repete, não devemos desperdiçar as lições do passado.

É nesta perspetiva que me dediquei à análise do texto. Preocupado com a sua validade interna (até que ponto os resultados refletem a realidade estudada) e, igualmente, com a interpretação e implicações desses resultados.

A realidade em observação a que se referem os dados do estudo situa-se nos primeiros quatro meses da pandemia em Portugal (de 1 de março a 30 de junho de 2020), tendo sido obtidos do conjunto dos profissionais de saúde de um grande centro hospitalar terciário e universitário

português (n= 8037). O propósito do estudo foi avaliar a incidência da infecção COVID-19 entre os profissionais da saúde desse centro hospitalar, analisando os fatores de risco (com especial atenção à comparação entre os trabalhadores da linha da frente e os restantes), bem como caracterizar os quadros clínicos daqueles que tinham sido infetados.

Este centro hospitalar terá características idênticas a outros da mesma tipologia, nacionais ou estrangeiros, permitindo assim que, na leitura dos resultados, estes não tenham forçosamente de ser considerados restritos e peculiares.

O primeiro resultado a que devemos prestar atenção é a incidência acumulada de COVID-19 nos profissionais do centro hospitalar – 2,66%. Este valor é muito superior ao que se registou na população portuguesa em geral até ao final da 17.ª semana após o primeiro caso registado (final de junho) – cerca de 0,36% (Escola Nacional de Saúde Pública (UNL), 2022). O hospital constituiu, pois, um foco especialmente relevante de transmissão da infecção para o seu interior e, naturalmente também, para a comunidade que servia, sobretudo na primeira fase da pandemia, em que as medidas preventivas e de proteção ainda eram escassas e de utilização pouco estabelecida.

Outro resultado que me interroga é a discrepância da incidência acumulada entre enfermeiros (3,70%) e os outros profissionais, nomeadamente os médicos (1,99%) e os assistentes operacionais (2,75%). Como assinala o texto, as enfermeiras e enfermeiros, representando 37,3% da força de trabalho, contabilizaram mais de metade dos infetados no período em análise (52,6%). Como se explica? Pela maior e mais demorada proximidade com os utentes? Como sugerem os autores; ou por condições de proteção individual menos efetivas? E/ou por uma atitude de prevenção menos rigorosa? Especialmente no contacto entre colegas?

A interrogação torna-se acintosa quando se verifica que as diferenças por sexo não são tão acentuadas (mulheres: 2,7%; homens: 2,1%). O que faz a diferença parece ser mesmo pertencer ou não ao grupo dos profissionais de enfermagem.

Contudo, podem ser importantes outros fatores que importa indagar, nomeadamente um especial sentido ético no cuidar, de humanidade, que impele os enfermeiros a “aliviarem” as práticas de afastamento social, em especial na relação com os utentes carentes de contacto.

A maioria dos casos de infecção entre os profissionais de saúde, registados no estudo, ocorreu durante a fase inicial (março e abril). Nos dois meses seguintes o número de casos registados de infecção diminui drasticamente, fazendo crer que as medidas institucionais e os cuidados preventivos eram robustos quanto à sua eficácia e que assim a situação mais crítica teria sido ultrapassada.

Na comunidade em geral, a situação também se apresentava como crítica, levando ao confinamento geral e à instituição do Estado de Emergência. A semana com o maior número de casos registados foi a de 30 de março a 5 de abril, com 5316 casos acumulados e acima de 30 mortes diárias.

Porém, a partir daí, a curva de incidência começou a baixar, levando o governo a optar por um plano de desconfinamento, com a reabertura progressiva da atividade económica, dos comércios locais e das grandes superfícies. Em junho, mantinha-se a situação aparentemente estável.

Contudo, a situação voltou a agravar-se no início do outono de 2020, confrontando-se a população com a segunda vaga, sendo o momento mais crítico da pandemia em Portugal vivido em janeiro de 2021. Seguiram-se mais vagas (os especialistas contam seis até ao momento), mas, entretanto, o vírus sofreu mutações e tornaram-se dominantes determinadas variações com transmissibilidade, infecciosidade e letalidade diferente. A vacinação em massa entretanto realizada ajudou a diminuir incidência e a gravidade da doença na maioria dos infetados. A ideia é que a COVID-19 passou a ser uma doença endémica e a atitude preventiva deve assemelhar-se ao que se recomenda em situações de gripe.

Mas os números são esmagadores, à data. Em julho de 2022, em Portugal, já se registam mais de cinco milhões de infetados e perto de 24 mil mortos (Escola Nacional de Saúde Pública (UNL), 2022).

Os serviços de saúde, naturalmente, foram os contextos em que a atividade foi mais dramaticamente alterada e em que os trabalhadores sofreram mais pressão, pelo elevado sentido de risco, pela sobrecarga de trabalho, chegando a condições de exaustão, pelo grande número de infetados, com sintomatologia pesada, muitos com sequelas e até mortes, entre outros fatores de *stress* (Chemali et al., 2022; Tom & Miriam, 2021).

É, portanto, de realçar o envolvimento precoce, descrito no texto, do Departamento de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar onde foi realizada a investigação, revelando a preocupação da organização em cuidar de quem cuida. Como foi sublinhado no princípio, e como se verificou pelo rumo que a pandemia tomou ao longo destes dois anos, a realidade vivida e estudada no seu início era enganadora, fugaz, não facilitando uma leitura de previsibilidade efetiva, mesmo pelos maiores infeciologistas, virologistas, epidemiologistas.

Mas podemos reter alguns conhecimentos e, sobretudo, olhar para as questões novas que se colocaram... e que se continuam a insinuar nas nossas mentes preocupadas com a qualidade dos cuidados no sentido humanístico e tecnológico. Não podemos deixar de nos questionar e de questionar a realidade, de pôr em causa, de procurar melhores alternativas.

O artigo indicia que entre os profissionais de saúde, em que os enfermeiros se englobam, tende a prevalecer os que estão atentos e anseiam pelas evidências científicas para orientar as suas intervenções.

Mas sabem que, como a realidade epidemiológica, todo o conhecimento é também de validade transitória e o mais importante é a sua natureza dinâmica e cumulativa: mais conhecimento, novas questões emergentes, sentido reforçado de necessidade de continuar o esforço investigativo.

## Referências Bibliográficas

- Chemali, S., Mari-Sáez, A., El Bcheraoui, C., & Weishaar, H. (2022). Health care workers' experiences during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Human Resources for Health, 20*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00724-1>
- Escola Nacional de Saúde Pública. (2022a). *Epidemiologia da COVID-19*.  
<https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/epidemiologia-da-covid-19/letalidade-e-mortalidade-das-regioes-em-portugal/>
- Escola Nacional de Saúde Pública. (2022b). *Epidemiologia da COVID-19*. <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/epidemiology-of-covid-19/interactive-epidemiology-of-covid-19/>
- Sobral, J. M., & Lima, M. L. (2018). A epidemia da pneumónica em Portugal no seu tempo histórico. *Ler História, 73*, 45-66.
- Santos, E. J., Ferreira, R. J., Batista, R., Pinheiro, V., Marques, A. A., Antunes, I., & Marques, A. (2020). Health care workers not in the frontline are more frequently carriers of Coronavirus disease 2019: The experience of a tertiary portuguese hospital. *Infection Prevention in Practice, 2*(4), Article 100099. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.infpip.2020.100099>
- Tom, W., & Miriam, T. (2021). *COVID-19: 2020 was horrendous for health workers – early 2021 was even worse*. Epistemonikos.  
<http://www.epistemonikos.org/documents/65dbf2b0bac85fb762dfe0b019137e0c3a822285>

## 2. SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DURANTE A PRIMEIRA VAGA COVID-19

**Mariana Marques** <sup>1,2,3</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7856-280X>

**Ricardo Ferreira** <sup>5,6,7</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2517-0247>

**Luís Loureiro** <sup>4,5</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2384-6266>

**Sofia Meneses** <sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-6643-355X>

**Fernanda Duarte** <sup>1,2</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-6272-1776>

**António Marques** <sup>5,6</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2026-9926>

**Lúgia Fonseca** <sup>1,2</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-6603-501X>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Psicologia Clínica - Consulta Externa, Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup> Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), Coimbra, Portugal.

<sup>3</sup> Serviço de Psicologia Médica (SPM), Coimbra, Portugal.

<sup>4</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

<sup>5</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal.

<sup>6</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Núcleo de Investigação em Enfermagem, Coimbra, Portugal.

<sup>7</sup> Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

### Resumo

#### O que já se sabia sobre o assunto?

A 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou o novo coronavírus como pandemia (World Health Organization, 2020). Uma situação de pandemia coloca diversos desafios aos profissionais de saúde (PS), sendo conhecidos, em outras pandemias, os efeitos psicológicos, como o medo de ser infetado e de infetar as famílias, amigos e colegas, medo do estigma, e níveis elevados de sintomas de *stress*, ansiedade e depressão (e.g. Lee et al., 2007). Lai et al. (2020) enfatizaram, no caso da pandemia SARS-CoV-2, que o número cada vez maior de casos de infeção e de mortes, a ausência de equipamento de proteção individual e de uma vacina, a cobertura exaustiva dos media, a sobrecarga profissional e os sentimentos de apoio inadequado podiam contribuir para a sobrecarga mental dos PS, colocando-os numa posição de maior vulnerabilidade,

gerando sofrimento psicológico e, potencialmente, doença mental. Os autores confirmaram, na China, percentagens de 50,4%, 44,6% e 71,5% de sintomas de depressão, ansiedade e *distress*. A revisão sistemática e meta-análise de Pappa et al. (2020) revelou elevadas prevalências de ansiedade (23,2%), depressão (22,8%) e insónia (38,9%) em PS, durante esta pandemia. A taxa de prevalência de ansiedade e depressão foi maior entre o sexo feminino e as estimativas de ansiedade e depressão (comparativamente a profissionais médicos) maiores entre os profissionais de enfermagem. Na revisão sistemática de Vizheh et al. (2020) o grupo do/a(s) enfermeiro/a(s), as mulheres, os PS que trabalharam na linha da frente, médico/a(s) mais jovens e profissionais trabalhando em áreas onde as taxas de infeção foram maiores, revelaram maior gravidade em todos os sintomas (do que outros PS). Na revisão sistemática com meta-análise de Da Silva et al. (2021), os PS que lutam/lutaram com a pandemia (de uma forma mais direta) foram/são mais gravemente afetados por perturbações psiquiátricas, *stress* e trauma indireto, do que outros grupos profissionais. Alguns estudos confirmaram o aumento do *distress* aquando do trabalho com doentes COVID e a importância de manter uma atitude positiva como fator protetor quanto ao *distress* (Babore et al., 2020; Da Silva et al., 2021). Importa, claramente, conhecer, no nosso país, o impacto que a COVID-19 teve na saúde mental de PS.

### **Qual foi o objetivo do estudo?**

Pretendeu-se avaliar a saúde mental (níveis de sintomas de depressão, ansiedade e somatização; qualidade de vida) e a perceção de *stress* dos PS do Centro Hospital e Universitário de Coimbra (CHUC), durante a primeira vaga da pandemia COVID-19, explorando se variáveis sociodemográficas, contextuais e profissionais impactam nos resultados. Assim, foi realizado um inquérito a todos os PS do CHUC. Estes forneceram consentimento informado e a recolha ocorreu em julho de 2020.

### **O que é que este estudo adicionou ao que já se conhecia?**

Em 680 PS, as mulheres expressaram maior *stress* percebido, ansiedade e somatização. Apenas os enfermeiros e assistentes operacionais apresentaram maior somatização do que os médicos, mas não em relação a outros profissionais. Os PS que trabalharam em serviços COVID relataram maior somatização e ansiedade. Os que fizeram teste COVID apresentaram menor qualidade de vida e maior ansiedade e somatização. Os que tiveram de ficar em quarentena ou isolamento relataram maior ansiedade e somatização e os que ficaram infetados relataram menor qualidade de vida, maior ansiedade, somatização e depressão. Entre os PS, 87,2% considerou que a experiência teve aspetos positivos (e estes PS experienciaram, então, menor *stress* percebido, ansiedade e somatização, comparativamente aos que não identificaram aspetos positivos). Entre os PS, 45% considerou que a experiência pessoal-familiar, quer profissional “difícil”, “muito difícil” ou “extremamente difícil”, por oposição a 55% que a considerou “neutra” ou “difícil, mas suportável”. Os PS apresentando uma apreciação “neutra” ou “difícil, mas suportável” experienciaram menor

*stress*, ansiedade, depressão e somatização e maior qualidade de vida. Quanto maior a percepção de *stress* entre os PS, menor a qualidade de vida e maior a ansiedade, depressão e somatização. Quanto maiores os níveis de todos os sintomas, menor a qualidade de vida dos PS. Quanto maior a idade dos PS, maior a percepção de *stress*. Verificou-se que 23,7% dos PS sentiu não ter tido apoio emocional do CHUC, quando necessário.

### **Que implicações se podem retirar para a prática e futuros desenvolvimentos?**

São apresentados alguns dos primeiros dados nacionais sobre o impacto da pandemia COVID-19 em PS. Os grupos profissionais que apresentaram maior somatização foram os que tiveram contacto mais direto com doentes, certamente pelo medo de ficarem infetados e de infetarem familiares, amigos e colegas, necessidade de afastamento consequente da família e *stress* desencadeado pelo uso de equipamento de proteção individual. Também pelo maior contacto com doentes, estes PS podem ter vivenciado maior grau de somatização, porque o medo de infeção pode ter gerado a vivência psicossomática de sintomas. Os enfermeiros e assistentes operacionais apresentaram maior somatização do que profissionais médicos, provavelmente pelo contacto direto, continuado e próximo com doentes, podendo o mesmo ter aumentado o medo de infeção, gerando, em alguns PS, psicossomatização. Verificou-se a importância de uma atitude positiva face às exigências impostas pela pandemia. A percepção da experiência (pessoal-familiar e profissional) como “neutra” ou “difícil, mas suportável” teve impacto na sintomatologia vivenciada, percepção de *stress* e qualidade de vida. As mulheres, nomeadamente no grupo dos enfermeiros, apresentaram maior ansiedade, somatização e *stress* percebido. Este é o grupo que mais intensa e diretamente contacta com doentes. Encontrou-se maior *stress* percebido em PS com mais idade. Os PS que foram testados, estiveram infetados, em isolamento e que tiveram de realizar quarentena apresentaram maior ansiedade, depressão e somatização, menor qualidade de vida e maior *stress* percebido. Estas circunstâncias associam-se ao medo de estigma e de infetar familiares, doentes e colegas e ao *stress* presente face um maior isolamento social.

Este estudo veio mostrar que, em circunstâncias semelhantes, importa que os governos reconheçam o papel dos PS (fornecendo condições facilitadoras do trabalho e autocuidado, como a redução das horas de trabalho) e que as instituições de saúde rastreiem aqueles que estejam a necessitar de apoio e/ou apresentem somente níveis ligeiros de sintomas, para garantir um apoio mais efetivo. Os profissionais de suporte emocional, como psicólogos e médicos psiquiatras, podem rastrear sintomas em PS pertencentes a grupos profissionais particulares. Importa apoiar os PS a desenvolver abordagens/estratégias de *coping* face ao *stress* que foquem os recursos existentes (e.g. apoio através de pares) e a importância de manter uma atitude positiva. O apoio oferecido não deve esquecer a expressão emocional (e.g. apoio através de linha telefónica). Aos PS que tiverem de ser testados e ficarem em isolamento/quarentena, importa garantir o apoio e contacto social, para redução dos sentimentos de isolamento, que podem contribuir para os sintomas psicopatológicos.

O texto integral deste resumo pode ser consultado em:

Marques, M., Ferreira, R., Loureiro, L., Meneses, S., Duarte, F., Marques, A., & Fonseca, L. (2021). Saúde mental de profissionais de saúde, durante a primeira vaga COVID-19. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(3), 778-788. <https://doi.org/10.15309/21psd220301>.

## Referências Bibliográficas

- Babore, A., Lambordi, L., Viceconti, M.L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M. . . Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-19 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatric Research*, 293, 113366. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>
- Da Silva, F.C. & Neto, M.L.R. (2021). Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 104. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110057>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y, Cai, Z., Hu, J., Wei, N. . . Hu, S. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lee, A.M., Wong, J.G., McAlonan, G.M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P.C. . . Chua, S.E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V.G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S.M., Muhidin, S., Javanmard, Z. & Esmaili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19(2), 1967-1978. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9>
- World Health Organization. *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005). Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. Publicado em 30 de Janeiro, 2020. Acedido em 26 fevereiro de 2021. [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

## 2.1 Comentário

**Aida Cruz Mendes**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

É sabido que todas as pessoas têm uma capacidade-limite para lidar com o *stress*, dependendo das suas condições biológicas, da sua personalidade e das condições contextuais em que está inserida, de maior ou menor apoio social. Os estudos destas variáveis, tanto nas situações de stress agudo como nas de *stress* crónico, e da sua influência na eclosão de perturbação comportamental e sofrimento mental, têm vindo a mostrar que todos possuímos um determinado grau de vulnerabilidade que nos coloca em risco de adoecimento mental. Simultaneamente, os mesmos estudos mostram como em situações extremas algumas pessoas conseguem, apesar de tudo, superar-se e desempenhar papéis de liderança e de enfrentamento, ainda que em alguns casos durante períodos limitados no tempo.

Considerando o conhecimento já existente sobre as situações de crise ou de *stress* intenso e os efeitos deletérios que estas podem ter nas pessoas e nas organizações, impunha-se conhecer e monitorizar os efeitos de uma crise como aquela que a pandemia de COVID-19 provocou.

A rápida difusão da doença, que cedo se tornou pandémica, a gravidade do adoecimento com muitos desfechos de morte, o desconhecimento e impreparação social para fazer face a este acontecimento, reunia todos os ingredientes para que fosse esperado que um número elevado de pessoas pudesse vir a necessitar de apoio emocional, e as organizações e sociedades deveriam estar preparadas para tal.

O estudo de Marques et al. (2021), de que agora se divulga um resumo alargado, dá resposta a esta necessidade emergente.

Tal como esperado, e em consonância com outros estudos realizados durante este período em contextos similares, mas noutros países onde a epidemia se havia iniciado, e consolidado pelas primeiras revisões sistemáticas realizadas sobre o tema, o estudo realizado pela equipa do CHUC mostrou importantes diferenças individuais e de estatuto profissional. Os grupos profissionais mais expostos ao contacto direto com os doentes mostraram maiores respostas de somatização e aqueles que trabalharam em unidades de COVID, mais somatização e ansiedade. Este resultado é importante para que as organizações possam, no prazo imediato, organizar os recursos disponíveis para onde são mais necessários.

Por outro lado, o mesmo estudo mostrou diferenças relacionadas com o nível educacional e com a percepção da crise nas respostas emocionais estudadas. Ora, em situações de grande incerteza e imprevisibilidade o domínio da informação, a capacidade de pensar sobre factos e a utilização do conhecimento são das formas mais eficazes de diminuir o grau de incerteza e de manter um sentido de coerência nos acontecimentos vividos. Estas competências, que são objeto de desenvolvimento no ensino superior, embora possuam uma base disposicional individual podem e devem ser treinadas e desenvolvidas ao longo da vida.

Para que se possam tomar boas decisões organizacionais em situações de crise é importante perceber como as pessoas que compõem a organização respondem a essas situações excecionais. Compreender quem fica em maior risco e quem pode ter um papel de liderança face à(s) crise(s), conhecer o que pode influenciar as respostas mais (des)adaptativas e como estas podem influenciar o grupo e a organização são instrumentos essenciais para a boa gestão organizacional. Os resultados gerados mostram que algumas medidas devem ser tomadas de imediato, durante o decurso da crise e com o sentido de a conter e limitar os seus efeitos deletérios; outras são de maior longo prazo e devem ser desenvolvidas entre crises, como forma de tornar as organizações mais robustas para futuras ameaças.

O estudo divulgado é um importante contributo para esta finalidade.

## Referências Bibliográficas

Marques, M., Ferreira, R., Loureiro, L., Meneses, S., Duarte, F., Marques, A., & Fonseca, L. (2021). Saúde mental de profissionais de saúde, durante a primeira vaga COVID-19. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(3), 778-788. <https://doi.org/10.15309/21psd220301>.

### 3. IMPACTO PSICOLÓGICO DA COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE PREVALÊNCIA

**Liliana Sousa**<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-6445-0236>

**Madalena Cunha**<sup>2,3</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

**Eduardo Santos**<sup>3,4</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-0557-2377>

1 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Urgência, Coimbra, Portugal.

2 Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.

3 Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal.

4 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

## Resumo

### O que já se sabia sobre o assunto?

O surto da doença de Coronavírus de 2019 (COVID-19) levou os sistemas de saúde à beira da falência em todo o mundo e colocou os profissionais de saúde sob um volume de trabalho e *stress* extenuantes (Lai et al., 2020). Em particular, os profissionais de saúde que cuidam de doentes com COVID-19 foram colocados sob exigências extremas que ameaçam a sua resiliência profissional. Os conflitos emocionais nestas circunstâncias surgiram da sobrecarga de trabalho, falta de proteção pessoal e outros equipamentos, separação prolongada da família, aumento da prevalência do número de infeções e mortes por COVID-19, a pressão das notícias e das redes sociais e da exposição ao risco de infeção, entre muitos outros. Todos estes fatores contribuíram de algum modo para a ocorrência de diversos *outcomes* psicológicos e de saúde mental (Lai et al., 2020; Tan et al., 2020; Zhang et al., 2020) que ainda têm pouca expressão científica. Como a evidência se encontra dispersa, procurou-se sintetizar a prevalência de resultados psicológicos e de saúde mental dos profissionais de saúde que tratam doentes com COVID-19.

### Qual foi o objetivo do estudo?

O objetivo foi sintetizar a prevalência dos *outcomes* psicológicos e de saúde mental dos profissionais de saúde que tratam doentes com COVID-19. Para o efeito foi formulada a seguinte questão de investigação: Quais são os impactos psicológicos que manifestam os profissionais de saúde que estiveram diretamente envolvidos com doentes com COVID-19?

### **O que é que este estudo adicionou ao que já se conhecia?**

Da revisão sistemática da literatura com meta-análise (Munn et al., 2020) apurou-se que a prevalência global para a depressão foi de 27,5%, para a ansiedade de 26,8%, para a insónia de 35,8% e de 51,9% para o *stress*. Adicionalmente três dos estudos incluídos aportam que os profissionais de saúde relataram: níveis de trauma vicariante importantes, sintomas de *stress* pós-traumático, somatização e sintomas obsessivo-compulsivos.

### **Que implicações se podem retirar para a prática e futuros desenvolvimentos?**

Este estudo permitiu concluir que a pandemia da COVID-19 apresenta um impacto psicológico muito significativo nos profissionais de saúde, assumindo importantes prevalências de depressão, ansiedade, insónia e *stress*. Os profissionais de saúde que tratam doentes com COVID-19 são uma população particularmente vulnerável pelo que carecem de especial intervenção.

É recomendado que sejam amplamente disponibilizadas e implementadas intervenções psicológicas, através de consultas presenciais ou teleconsultas, com o objetivo de proteger esta força de trabalho essencial e, com isso, garantir que eles possam continuar a satisfazer as extenuantes exigências que lhes são impostas em prol da saúde pública. A disponibilização destas intervenções deve ser precoce e visar a promoção da saúde mental e resiliência e, se necessário, tratamento psicológico.

O texto integral deste resumo pode ser consultado em:

Sousa, L., Albuquerque, J. M., Cunha, M., & Santos, E. J. (2021). Psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: Prevalence systematic review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE00377. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR03775>

## **Referências bibliográficas**

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976-e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Munn, Z., Moola, S., Lisy, K., Riitano, D., & Tufanaru, C. (2020). Chapter 5: Systematic reviews of prevalence and incidence. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-06>
- Tan, B. Y., Chew, N. W., Lee, G. K., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L., Zhang, K., Chin, H.-K., Ahmad, A., Khan, F. A., Shanmugam, G. N., Chan, B. P., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J., Paliwal, P. R., Wong, L. Y., Sagayanathan, R., Chen, J. T., ... Sharma, V. K. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*, 173(4), 317-320. <https://doi.org/10.7326/M20-1083>
- Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F., & Wang, H. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom*, 89(4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

## 3.1 Comentário

**Alfredo Lourenço**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

O objetivo desta revisão foi avaliar o impacto psicológico nos profissionais de saúde do cuidado a pessoas com Covid-19 e determinar a prevalência de alterações de saúde mental destes mesmos profissionais. Esta revisão sistemática permitiu identificar resultados muito relevantes que se realçam como alterações de saúde mental mais prevalentes a depressão, ansiedade, *stresse* e insónia. Por outro lado, são também descritas outras alterações como sintomas de *stresse* pós-traumático, somatização e sintomas obsessivo-compulsivos.

Estes resultados permitem colocar em discussão a importância do cuidado aos profissionais de saúde e da intervenção dirigida para garantir o seu bem-estar. A evidência mais recente sugere que a provisão precoce de intervenções psicológicas de promoção de saúde mental é determinante para prevenir e minimizar os impactos negativos de curto e longo prazo de eventos traumáticos na saúde mental dos profissionais de saúde, particularmente nos primeiros meses após a exposição a estas situações (World Health Organization, 2019). Para colmatar a lacuna de conhecimento sobre intervenções psicológicas precoces dirigidas ao cuidado dos profissionais de saúde, a investigação futura deve centrar-se sobre as mesmas (Hooper et al., 2021; Prado et al., 2020).

## Referências bibliográficas

- Hooper, J. J., Saulsman, L., Hall, T., & Waters, F. (2021). Addressing the psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: Learning from a systematic review of early interventions for frontline responders. *BMJ Open*, 11(5), e044134. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044134>
- Prado, A. D., Peixoto, B. C., Silva, A. M., & Scalia, L. A. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: Uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 46, e4128. <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>
- World Health Organization. (2019). *Mental health in emergencies*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- Sousa, L., Albuquerque, J. M., Cunha, M., & Santos, E. J. (2021). Psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: Prevalence systematic review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE003775. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR03775>

## 3.2 Comentário

**Lisa Nunes**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

A pandemia COVID-19 afetou não só a saúde física, como também a saúde mental da população. De entre os vários grupos de risco, os profissionais de saúde encontraram-se em posição de maior risco para o desenvolvimento de morbilidade psiquiátrica devido à maior probabilidade de exposição ao vírus e às condições laborais a que foram sujeitos, com relatos internacionais a documentar sintomas de ansiedade, depressão e perturbação pós-stresse traumático nestes profissionais.

A procura de conhecimento sobre a saúde mental dos profissionais, a par das outras medidas adotadas, continua a ser uma prioridade para facilitar a tomada de decisão esclarecida nas melhores evidências e implementar estratégias para prevenir ou minimizar o impacto da pandemia. Este estudo, ao sintetizar a prevalência de resultados psicológicos e de saúde mental dos profissionais de saúde que tratam doentes COVID-19 demonstrou que estes constituem um grupo particularmente suscetível para desenvolver problemas como a depressão, ansiedade, insónia e stress. Adicionalmente, veio robustecer a necessidade de implementar estratégias para melhorar a saúde mental dos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, cujos níveis de depressão e ansiedade já eram mais elevados do que a população em geral, mesmo antes da pandemia COVID-19 (Sampaio et al., 2020).

Para a reflexão sobre os achados deste estudo e a sua apropriação para a prática clínica foi importante clarificar alguns conceitos que emergiram deste estudo.

As perturbações depressivas são caracterizadas por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. A depressão pode ser duradoura ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de uma pessoa funcionar no trabalho ou lidar com a vida diária (Direção Geral da Saúde, 2017). Na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio (Pereira & Saraiva, 2014). De entre as características clínicas, o humor deprimido é o sintoma mais prevalente, podendo ocorrer em mais de 90% dos casos (Pereira & Saraiva, 2014). Adicionalmente, existem outras características clínicas como a anedonia, as alterações na atividade motora, a falta de energia, as alterações do sono, as alterações do apetite, distorções cognitivas, alterações cognitivas e ideação suicida que devem ser exploradas. Existe uma diferença de género, sendo que a depressão é duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens (Pereira & Saraiva, 2014). Neste estudo, ser do género feminino pode ser um fator de risco de psicopatologia antevendo a necessidade de intervenções dirigidas a este grupo.

A maioria das pessoas deprimidas experiencia alterações do sono. A apresentação clássica é acordar cedo e ser incapaz de voltar a adormecer (insónia terminal), mas ter um sono agitado (insónia

intermédia) é igualmente comum. Dificuldades em adormecer no início da noite (insónia inicial) observam-se, geralmente, quando a ansiedade está presente. Em contraste, a hipersónia pode ser um sintoma de depressão, mas que tem habitualmente características atípicas (Pereira & Saraiva, 2014). Embora as queixas de sono tenham sido consideradas características fundamentais de uma depressão, há evidência crescente que as alterações do sono são marcadores, antecedem o início da depressão ou preveem uma recaída (Pereira & Saraiva, 2014). Este estudo identifica a insónia com uma prevalência de 35%, sendo importante clarificar se este resultado é uma característica clínica da depressão, cuja prevalência encontrada foi de 27%, ou se poderá ser um marcador do início de um episódio depressivo.

No que alude às perturbações de ansiedade, estas referem-se a um grupo de distúrbios mentais caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo, incluindo perturbação de ansiedade generalizada (PAG), perturbação de pânico, perturbações fóbicas, incluindo a fobia social, perturbação obsessiva-compulsiva (POC) e perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT). Tal como na depressão, os sintomas podem variar de ligeiros a graves. A duração dos sintomas tipicamente experienciados por pessoas com perturbações de ansiedade torna-a mais uma doença crónica do que episódica (Direção Geral da Saúde, 2017). Contudo, distinguindo os conceitos, o medo consiste numa resposta emocional a uma ameaça iminente, por outro lado a ansiedade relaciona-se, na maioria das vezes, com a antecipação de uma ameaça futura, sendo frequente a existência de sintomas somáticos (palpitações, hiperventilação, tonturas e tremor) e não somáticos (incapacidade de concentração, inquietação, preocupação) (American Psychiatric Association, 2013). Os resultados deste estudo apresentam prevalência de 26,8% para a ansiedade e de 51,9% para o *stress* mas, adicionalmente, aportam que os profissionais de saúde relataram níveis de trauma vicário importantes, sintomas de *stress* pós-traumático, somatização e sintomas obsessivo-compulsivos.

Estes achados sublinham, uma vez mais, a necessidade de dar atenção à saúde mental dos profissionais de saúde, e que, aos sintomas relatados pelos próprios profissionais de saúde, é fundamental a sua avaliação por profissionais especializados em saúde mental. A doença psiquiátrica, se não for devidamente reconhecida e tratada, pode ser umas das causas de incapacidade laboral, pelo que é fundamental identificar os primeiros sintomas, de forma a melhorar o seu prognóstico e impedir as consequências nefastas (Pereira & Saraiva, 2014).

No que se refere à procura de cuidados de saúde mental, há profissionais, que dependendo do modo como foram afetados, procuravam aprender estratégias para aliviar o sofrimento psicológico de outros colegas; outros manifestaram desejo de procurar ajuda especializada, através do recurso a psicólogos e psiquiatras (Kang et al., 2020) e outros, que apesar do impacto negativo na saúde mental, não expressaram desejo de receber ajuda profissional (Muller et al., 2020). Esta variabilidade pode estar relacionada com os níveis de literacia em saúde mental.

Até ao momento, as recomendações para a prática são unânimes na necessidade de apostar em estratégias para minimizar o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental dos profissionais

de saúde. É necessária investigação adicional acerca da eficácia das estratégias passíveis de serem adotadas para minimizar o impacto da pandemia na saúde mental ou a sua prevenção em futuros surtos de doenças infecciosas ou outros eventos traumatizantes. Só assim será possível implementar estratégias e realizar intervenções com base em evidência científica, para serem implementadas tanto a nível individual quanto ao nível das organizações.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., Stroobants, S., Van de Velde, S., & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Pereira, S. & Saraiva, C. (2014). Perturbações depressivas. In C. Saraiva & J. Cerejeira (Eds.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 205-221). Lidel.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses' mental health during the Covid-19 outbreak: A cross-sectional study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 62(10), 783–787. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001987>
- Sousa, L., Albuquerque, J. M., Cunha, M., & Santos, E. J. (2021). Psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: Prevalence systematic review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE003775. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR03775>

## 4. VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PRIMEIRA VAGA COVID-19

**Georgina Pimentel** <sup>1,4,5</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5467-3399>

**Ricardo J. O. Ferreira** <sup>1,2,3</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2517-0247>

**Andréa Marques** <sup>2,3,4,5</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2026-9926>

**Mariana Marques** <sup>6,7,8</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7856-280X>

**Sofia Meneses** <sup>6</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-6643-355X>

**Rui Gonçalves** <sup>2,5</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-70861776>

**Luís Loureiro** <sup>3,5</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2384-6266>

**António Marques** <sup>2,3</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-8777-943X>

<sup>1</sup> Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal.

<sup>3</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Núcleo de Investigação em Enfermagem, Coimbra, Portugal.

<sup>4</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Reumatologia, Coimbra, Portugal.

<sup>5</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>6</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Psicologia Clínica - Consulta Externa, Coimbra, Portugal.

<sup>7</sup> Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), Coimbra, Portugal.

<sup>8</sup> Serviço de Psicologia Médica (SPM), Coimbra, Portugal.

### Resumo

#### O que já se sabia sobre o assunto?

A crise global espoletada no início de 2020 pela disseminação galopante do vírus SARS-CoV-2 e pela grave Pandemia de doença COVID-19 continua a evoluir e a afetar o nosso quotidiano.

Um dos aspetos centrais para o futuro é a forma como as equipas de saúde irão superar e reajustar-se a este desafio sem precedentes. De que forma as suas vivências os marcarão? Como se irão reorganizar em termos de trabalho? Que novos processos de trabalho terão vindo para ficar? O “Cuidar” ficará diferente? Como será o trabalho de equipa? Muitas perguntas estão, ainda, por

responder. O período vivido está em permanente mutação e sabe-se que os contextos de cada país, de cada região e de cada unidade de saúde são particulares e influenciaram, de alguma forma, a vivência específica do fenómeno, quer pelos cidadãos, quer, muito em particular, pelos profissionais de saúde (PS) (Joo & Liu, 2021; Skegg et al., 2021).

Apesar de a grande maioria das publicações sobre o impacto da Pandemia COVID-19 ser de cariz quantitativo, existem já várias publicações qualitativas e fenomenológicas. Quase todos os estudos usaram o método fenomenológico e entrevistaram apenas enfermeiros, sendo que apenas dois incluíram também médicos (Kim et al., 2020; Liu et al., 2020). A maioria dos estudos incluiu entre os 10 e os 14 participantes (Joo & Liu, 2021). Não se identificaram estudos que incluíssem participantes infetados em contexto de trabalho.

### **Qual foi o objetivo do estudo?**

O estudo teve como objetivo descrever as vivências dos PS de um hospital universitário, que foram infetados com SARS-CoV-2 ou que tiveram contactos de alto risco durante a sua atividade profissional, aquando da primeira vaga da Pandemia, descrevendo os fatores facilitadores e dificultadores da sua atividade profissional. Para isso, realizou-se um estudo qualitativo de abordagem fenomenológica (Loureiro, 2006).

Participaram no estudo 23 profissionais de saúde (15 enfermeiros, 4 médicos e 4 assistentes operacionais) de um hospital universitário, maioritariamente do sexo feminino (n=15), com idades entre os 27 e os 53 anos. Destes, 10 testaram positivo para SARS-CoV-2 e 13 trabalharam em serviços COVID-19.

A descrição das vivências dos PS durante a primeira vaga da Pandemia facilitou o mapeamento da evolução no entendimento que construímos enquanto sociedade, retirando as devidas aprendizagens. Por outro lado, esta descrição permitirá comparar com as fases subsequentes da pandemia. Existem diferentes formas de registar as consequências para os PS, desde logo pela determinação das taxas de infeção e mortalidade e fatores associados (Santos et al., 2020), mas importa, também, analisar as respostas sociais e compreender os impactos individuais e coletivos desta perturbação pública. A sublimação do discurso na primeira pessoa, de quem viveu o fenómeno mais intensamente, no “lado de cá da barricada”, é aquela que importará mais relevar, nacional e internacionalmente.

### **O que é que este estudo adicionou ao que já se conhecia?**

Os relatos dos participantes permitiram identificar estratégias de ajuste/mecanismos de *coping* às diversas adversidades, em constante mutação, mais ou menos facilitadas pela organização e pela liderança. A comunicação foi um aspeto muito valorizado em todos os âmbitos, seja na

relação com o utente e sua família, seja com a equipa, ou com a família, nomeadamente em tempos de isolamento forçado ou afastamento “voluntário”. Mas um dos aspetos em destaque emerge pela negativa, e relaciona-se em alguns momentos com a deficiente comunicação e apoio institucional, sentidos relativamente à realização da testagem, comunicação dos resultados e perceção de apoio. Tratam-se claramente de aspetos contextuais/organizacionais.

A saliência progressiva da pandemia, o “chegar aqui”, é geradora de medo e angústia pelo desconhecido, cujos *mass media* ampliam de modo quase trágico. Este quotidiano é todo ele questionado, no sentido de permitir o processo de cuidar de si e dos outros. Emerge destes achados uma visão dos profissionais de saúde como homens e mulheres individuais e concretos, na sua singularidade e autonomia. Aqueles a quem a pandemia também faz tomar consciência das suas fragilidades e dos seus medos no momento em que cuidam de outros “como eles”.

Este entendimento permite analisar os profissionais de saúde como gente que se projeta a partir do imediato, do vivido, da experiência pessoal. Aí é que fazem sentido e aparecem os fenómenos negativos, a finitude, a angústia, o fracasso. A realidade pessoal de cada um destes profissionais, destas pessoas, é uma realidade radical de alguém a quem a pandemia vem provocar o medo da “aniquilação” e a ideia perseverante da “transformação”. Dos achados parece que o dia-a-dia assume uma tripla forma: por um lado, um medo irremediável do que “está aí” – a pandemia, e da necessidade de viver com ela no quotidiano (uma atitude como que de “neutralidade”); uma certa resignação de quem faz dos dias, dias; e, por outro lado, um certo desespero inconformado, fazendo do dia-a-dia uma luta em prol de si e dos outros.

A pandemia leva a questionar também a existência, o que são as novas condições “normais” da existência na perspetiva dos profissionais, questionando-se acerca da finalidade de quem são (“heróis/combatentes na linha da frente”) e o que fazem (“salvam vidas”), a incerteza de não saber o que virá do futuro (“nada será como antes”), o medo da solidão, do “não comunicar”, de estar só quando rodeado de pessoas num hospital.

### **Que implicações se podem retirar para a prática e futuros desenvolvimentos?**

Os profissionais de saúde entrevistados mostraram-se muito resilientes, apesar de todas as adversidades. Valorizaram mais o aspeto emocional e psicológico da experiência, do que o sofrimento físico. Esta experiência marcou-lhes as vidas, não apenas na esfera profissional e do cuidar, mas sobretudo na valorização da vida e da família. O verdadeiro impacto na sua própria saúde, física e mental, em especial naqueles que foram infetados, está ainda por determinar. A ética profissional foi um valor superior. O futuro é visto com otimismo, porque se confia nos colegas de equipa. No entanto, denota-se alguma amargura com alguns aspetos particulares da instituição.

O texto integral deste resumo pode ser consultado em:

Ferreira, R., Marques, A., Marques, M., Meneses, S., Pimentel, P., Gonçalves, R., Loureiro, L. & Marques, M. (2021). Vivências de profissionais de saúde durante a primeira vaga covid-19. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(3), 789-801. <https://doi.org/10.15309/21psd220302>

## Referências Bibliográficas:

Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2021). Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: A qualitative systematic review. *International Nursing Review*, 68(2), 202-213. <https://doi.org/10.1111/inr.12648>

Kim, S., Shin, H. A., Hong, K., & Kim, S. (2020). Exploring the experience of health professionals who cared for patients with coronavirus infection: Hospitalised isolation and self-image. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15-16), 5357-5368. <https://doi.org/10.1111/jocn.15455>

Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study. *Lancet Global Health*, 8(6), e790-e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)

Loureiro, L. M. (2002). Orientações teórico-metodológicas para aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(8), 5-16.

Loureiro, L. M. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem – crítica, estratégias e possibilidades. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(2), 21-32.

Santos, E. J., Ferreira, R. J., Batista, R., Pinheiro, V., Marques, A. A., Antunes, I., & Marques, A. (2020). Health care workers not in the frontline are more frequently carriers of Coronavirus disease 2019: The experience of a tertiary portuguese hospital. *Infection Prevention in Practice*, 2(4), Article 100099. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2020.100099>

## 4.1 Comentário

### Isabel Maria Lucas dos Santos 1; Virginie Fernandes Mateus 1

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Urgência, Portugal.

A investigação qualitativa ainda é, muitas vezes, considerada o “parente pobre” na área da investigação. Apesar de um crescente reconhecimento, a tendência de valorizar mais o que é quantificável em unidade de medida, teima em prevalecer na comunidade científica. No entanto, nas ciências humanas, como é o caso da enfermagem, a sensação de que os números não traduzem o essencial, não abordam a verdadeira essência das questões, surge muitas vezes e “... hoje, é largamente reconhecido que as componentes ontológicas da enfermagem não podem ser

adequada e suficientemente compreendidas pela via do uso exclusivo dos métodos quantitativos, ...”(Gameiro, 2003, p. 13). Este facto estará relacionado com as características da essência humana, pois somos muito mais do que carne e osso, estamos dotados de sensibilidade que é influenciada pelas nossas vivências, características bioquímicas, carga genética, entre outros aspetos que fazem de nós únicos e com respostas, muitas vezes, imprevisíveis. Perante estes factos, só a abordagem de cada um, em momentos específicos, sujeito a condições particulares, pode ajudar-nos a compreender fatores que os números da investigação quantitativa não explicam, por si só.

Quando pensamos no impacto da COVID-19, facilmente surge na nossa mente o impacto na economia, na vida social, no emprego e na saúde. Ao nível da resposta dos sistemas de saúde, é evidente que, entre as primeiras prioridades, teria que estar a garantia da existência de recursos materiais e humanos para fazer face ao aumento vertiginoso de procura de cuidados de saúde. É expectável que os profissionais de saúde respondam com prontidão aos desafios que o combate a uma pandemia acarreta. Espera-se uma resposta que trate os enfermos, reduza a mortalidade, a morbilidade e o risco epidemiológico, prevenindo novas infeções. A população está receosa e precisa acreditar que os profissionais de saúde resolverão o problema, para que possa retomar a vida, tal como a conhecia antes. No entanto, os profissionais de saúde estão, também eles, inseridos na mesma sociedade e partilham os mesmos receios, por eles próprios e pelos seus. Estes receios existem, mas o seu compromisso ético e deontológico precisa prevalecer para que possam cumprir o seu dever.

É neste contexto que, quando um grupo de investigadores escolhe como tema do seu trabalho “As vivências de profissionais de saúde no contexto da pandemia por COVID-19” (Ferreira et al., 2020), deve ser parabenizado, pois revela sensibilidade para a necessidade de cuidar de quem cuida. Trata-se de uma área da gestão das unidades de saúde que nem sempre é devidamente valorizada, mas que tem um peso determinante na capacidade de resposta de todo o sistema de saúde.

Relativamente ao estudo propriamente dito, parte de uma base que enriquece os resultados, pois conta com investigadores experientes e de áreas distintas e incluiu um número significativo de participantes das profissões mais representativas a nível hospitalar. Também o método científico utilizado está, claramente, descrito no texto, e os resultados foram validados pelos participantes. Todos estes fatores metodológicos conferem validade aos resultados. Para além desta, podem também contar com a validação dos resultados por parte de “quem esteve do lado de cá da barricada”, como é referido no texto, porque é emocionante ler os resultados e, tão imediatamente, identificarmo-nos com os temas que emergiram o “eu-pessoa/profissional”, “eu e os outros como eu (equipa)”, “eu e os outros (doentes e familiares)”, as dificuldades associadas aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), as barreiras na comunicação, o medo, a sensação de abandono, a importância das chefias e da liderança.

Apesar dos dilemas do risco para a segurança dos próprios e dos seus familiares, os profissionais de saúde demonstraram um grande sentido de ética e responsabilidade profissional, entregando-

se ao combate à pandemia com sentido de missão. “A maioria dos trabalhadores considerou estar pronto para responder à pandemia, e (...) esta prontidão era superior entre as pessoas que estavam na “linha da frente” (Leão et al., 2022, p. 44). Este aspeto é também evidenciado no texto, quando os profissionais referem o sentimento de culpa quando ficavam doentes, pois sentiam que estavam em falha com o serviço, com os colegas e com a sociedade.

Entre os profissionais de saúde envolvidos na resposta à pandemia COVID-19, saiu reforçada a importância do conceito de equipa. A Equipa Multidisciplinar, em analogia com a Cadeia de Sobrevivência, “parte pelo elo mais fraco”, pelo que todos os elos têm a mesma força. Numa Equipa Multidisciplinar, existem várias pessoas com funções diferentes, mas é fundamental que todos estejam orientados para o mesmo objetivo. Uma crise pode estimular a cooperação entre elementos de uma equipa, levando a ignorar desacordos anteriores para enfrentar novos desafios, no entanto, mesmo quando a intenção de cooperar está presente, o *stress* incessante presente durante uma crise torna significativamente mais difícil para as equipas manter um desempenho coordenado ao longo do tempo (Tannenbaum et al., 2021). Este facto implica a necessidade de uma liderança forte, na qual os profissionais percebam claramente qual o seu papel na resposta a uma crise de saúde pública e que entendam que a sua atuação é importante para resolver o problema. A liderança é determinante a todos os níveis, desde as chefias de serviço, aos conselhos de administração hospitalares, às ARS e aos elementos do governo.

Estudos indicam que a motivação dos trabalhadores hospitalares é fortemente influenciada pela sensação de proteção, tanto pelos seus hospitais como pelas autoridades locais e nacionais (Karimi Dehkordi et al., 2021; Leão et al., 2022).

Em Portugal, a pandemia confirmou as fragilidades do sistema de saúde. A nível privado, algumas instituições optaram por não participar na resposta à pandemia e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) revelou carência de recursos materiais e humanos a vários níveis, como são exemplos o número de camas de cuidados intensivos e a falta de enfermeiros. Estes problemas foram sendo colmatados à custa de várias estratégias políticas a nível nacional, europeu e mundial e à custa de rentabilização máxima dos recursos pré-existentes, recorrendo a trabalho extraordinário e a aquisições e contratações de última hora, bem como acordos entre o SNS e os hospitais privados.

A importância da comunicação e da literacia em saúde que levou a população portuguesa a aderir em massa à vacinação, à utilização da máscara e ao distanciamento social também foram aspetos positivos que ajudaram a reduzir o impacto da pandemia em Portugal. A nível hospitalar, saiu reforçada a importância das comissões de apoio técnico na área da Prevenção e Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e de Resistência aos Antimicrobianos e da Saúde Ocupacional. Quanto à redução de outras áreas de atividade assistencial durante a pandemia, é fundamental uma reflexão séria acerca do seu impacto e a adoção de estratégias que evitem a sua repetição.

A COVID-19 veio lembrar que as pandemias não são problemas do passado, bem pelo contrário,

pois o efeito da globalização e das alterações climáticas podem agravar a propagação de doenças a nível mundial. A consciencialização destes factos alavanca a importância de políticas que levem a uma maior a cooperação entre países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento, que aumentem a acessibilidade aos serviços de saúde, que valorizem os recursos humanos, que aumentem a literacia das populações em saúde, que tornem os sistemas de saúde mais eficazes e mais eficientes, para que mais facilmente previnam as crises e, quando não as conseguirem prevenir, que sejam mais eficazes e eficientes na sua resolução.

## Referências bibliográficas

- Ferreira, R., Marques, A., Marques, M., Meneses, S., Pimentel, P., Gonçalves, R., Loureiro, L. & Marques, M. (2021). Vivências de profissionais de saúde durante a primeira vaga COVID-19. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(3), 789-801. <https://doi.org/10.15309/21psd220302>
- Gameiro, M. G. H. (2003). A enfermagem ciência e arte... e a investigação. *Referência* 10, 5-15.
- Dehkordi, N. K., Abbasi, A. F., Lord, M. R., Soleimanpour, S., & Goharinezhad, S. (2021). Interventions to improve the willingness to work among health care professionals in times of disaster: A scoping review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 00469580211059959. <https://doi.org/10.1177/00469580211059959>
- Leão, T., Duarte, G., & Gonçalves, G. (2022). Preparedness in a public health emergency: Determinants of willingness and readiness to respond in the onset of the COVID-19 pandemic. *Public Health*, 203, 43–46. <https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2021.11.021>
- Tannenbaum, S. I., Traylor, A. M., Thomas, E. J., & Salas, E. (2021). Managing teamwork in the face of pandemic: Evidence-based tips. *BMJ Quality & Safety*, 30(1), 59–63. <https://doi.org/10.1136/BMJQS-2020-011447>

## 5. VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS COM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA COVID-19

**Liliana Figueiredo**<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7296-3004>

**Olivério Ribeiro**<sup>2,3</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-7396-639X>

**Eduardo Santos**<sup>3,4</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-0557-2377>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar De Trás-Os-Montes E Alto Douro, E.P.E., Vila Real, Portugal.

<sup>2</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

<sup>3</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Portugal.

<sup>4</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

### Resumo

#### O que já se sabia sobre o assunto?

Inicialmente o conhecimento da doença de Coronavírus de 2019 (COVID-19), patogenicidade, forma de transmissão e tratamento, não estava disponível, o que aumentou o nervosismo e falta de confiança em lidar com a doença, obrigando à aquisição de conhecimentos e novas competências nos procedimentos prestados a estes doentes num curto espaço de tempo (Liu et al., 2020). Os profissionais de saúde passaram a utilizar equipamentos de proteção individual (EPI) como meio de barreira para prevenir a infeção (designada de SARS-CoV-2) dado que a transmissão do vírus é causada principalmente através de gotículas (via aérea) (Cook, 2020).

A literatura dá especial destaque ao desafiante uso de EPI pelos profissionais que cuidam de doentes com COVID-19 reportando consequências negativas na prestação de cuidados de saúde, no relacionamento interpessoal, comunicação verbal e não-verbal, e na saúde e bem-estar dos profissionais de saúde (Tabah et al., 2020). São relatados vários sintomas relacionados com o calor, com o *stress* térmico e com a fadiga, que se revelam prejudiciais no desempenho físico (existem dificuldades na execução de punções venosas, ressuscitação cardiopulmonar e na realização de avaliações dos doentes) e cognitivo (Davey et al., 2021). Adicionalmente a utilização prolongada de EPI conduziu ao aparecimento de dermatites de contato e lesões por pressão na região facial e irritação ocular (Tabah et al., 2020; Liu et al., 2020).

A pandemia COVID-19 está associada a vários fatores que influenciam o comportamento dos profissionais de saúde e aceder às experiências vividas pelos mesmos representa o único meio de se compreender em profundidade as suas vivências e o significado atribuído às mesmas.

### **Qual foi o objetivo do estudo?**

O objetivo foi descrever as vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual, num serviço de urgência COVID-19. Para o efeito foi formulada a seguinte questão de investigação: Quais as vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual, num serviço de urgência COVID-19?

### **O que é que este estudo adicionou ao que já se conhecia?**

Da análise qualitativa fenomenológica-hermenêutica (van Manen, 2016), emergiram várias categorias: dificuldades e obstáculos, implicações na utilização, duração da utilização e atitudes dos doentes e familiares.

As principais dificuldades e obstáculos mencionados pelos participantes foram: o desconforto físico, causado pelo calor excessivo sentido, sudorese intensa e dificuldade em respirar; a dificuldade na realização de procedimentos de enfermagem/prestação de cuidados devido às dificuldades de visão, falta de sensibilidade e à mobilidade reduzida; dificuldades na comunicação (profissional-doente, e entre profissionais); o cansaço físico e emocional; o distanciamento entre o profissional e o doente, e entre profissionais.

As implicações da utilização dos EPI identificadas foram: a exaustão física e emocional sentida devido à reorganização do método de trabalho, ansiedade, *stress* e frustração; problemas de pele e desidratação; rouquidão por utilização de tons de voz mais elevados para que a comunicação fosse efetiva.

Na duração da utilização dos EPI as experiências 7 a 8 horas e 6 horas foram as mais relatadas. Ainda assim foram relatadas utilizações de 12 horas.

As principais atitudes dos utentes e familiares relativamente à utilização dos EPI foram: o medo da doença, a falta de compreensão relativamente aos procedimentos utilizados, a recusa do diagnóstico, o reconhecimento do esforço dos profissionais, a ansiedade e *stress*, o reconhecimento do afastamento na relação profissional-doente devido ao uso de EPI, a pressão exercida sobre os profissionais, a estigmatização dos profissionais pelo risco de infeção e a recusa em realizar tratamentos.

### **Que implicações se podem retirar para a prática e futuros desenvolvimentos?**

Este estudo permitiu concluir que os profissionais de saúde se encontram física e emocionalmente esgotados em resposta à necessidade extenuante imposta pela COVID-19. Nesse sentido é fundamental desenvolver políticas que salvaguardem o bem-estar dos enfermeiros e a prestação de cuidados aos doentes, com qualidade e segurança. A avaliação precoce do bem-estar psicológico e a implementação de estratégias de suporte emocional revelam-se de extrema importância neste âmbito. Para além disso devem ser propostas modificações nos EPI ou alteradas as suas políticas de utilização de modo a minimizar os efeitos do *stress* por calor, melhorar o desempenho, a segurança e o bem-estar dos profissionais com impacto positivo nos cuidados prestados.

Os enfermeiros reconhecem a importância da utilização dos EPI para sua segurança e para a prevenção da contaminação, apesar de serem admitidas “falhas” na sua utilização. Assim, emerge a importância da formação em serviço e de procedimentos normalizados, que assegurem o cumprimento escrupuloso das normas de utilização, que permitam alívio dos efeitos adversos sentidos e potenciem um desempenho no trabalho mais seguro e eficaz.

O texto integral deste resumo pode ser consultado em:

Figueiredo, L., Ribeiro, O., & Santos, E. (2021). Experiences of nurses with the use of personal protective equipment in a COVID-19 emergency department. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(9), 63–72. <https://doi.org/10.29352/mill029e.24925>

## Referências bibliográficas

Cook, T. M. (2020). Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic: A narrative review. *Anaesthesia*, 75(7), 920-927. <https://doi.org/10.1111/anae.15071>

Davey, S. L., Lee, B. J., Robbins, T., Randeva, H., & Thake, C. D. (2021). Heat stress and PPE during COVID-19: Impact on health care workers' performance, safety and well-being in NHS settings. *Journal of Hospital Infection*, 108, 185-188. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.11.027>

Liu, Q., Luo, D., Haase, J., E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8(6), e790-e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)

Tabah, A., Ramanan, M., Laupland, K. B., Buetti, N., Cortegiani, A., Mellinghoff, J., Conway Morris, A., Camporota, L., Zappella, N., Elhadi, M., Pova, P., Amrein, K., Vidal, G., Derde, L., Bassetti, M., Francois, G., Ssi Yan Kai, N., De Waele, J. J., & PPE-SAFE contributors (2020). Personal protective equipment and intensive care unit healthcare worker safety in the COVID-19 era (PPE-SAFE): An international survey. *Journal of critical care*, 59, 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.06.005>

Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Routledge.

## 5.1 Comentário

**Celínia Miguel Antunes <sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal.

O estudo *“Vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual num serviço de urgência COVID-19”* (Figueiredo, Ribeiro & Santos, 2021) teve como principal objetivo descrever as vivências dos enfermeiros com a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), num serviço de urgência COVID-19, de modo a compreender aquele que foi um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde durante a pandemia, na prestação de cuidados aos doentes.

Embora a utilização de EPI tenha sido uma das medidas mais utilizadas para proteção de profissionais de saúde e doentes, considerada um mecanismo de proteção barreira para prevenção e controlo de infeção/transmissão cruzada, a sua utilização na prática clínica estava longe de se encontrar normalizada, segundo as recomendações existentes.

A falta de apropriação dos normativos relativamente à sua utilização, a incapacidade de decisão do que utilizar e em que circunstâncias, segundo as vias de transmissão, criaram insegurança e medo. Por outro lado, a ausência regular de processos de capacitação e treino da colocação e retirada dos EPI promoveu em si dificuldades e ansiedade evidenciadas nos resultados do estudo.

Este estudo demonstra várias categorias vivenciais relativas à utilização de EPI, sobre as quais importa refletir: dificuldades e obstáculos, implicações na utilização, duração da utilização.

No que concerne a dificuldades e obstáculos, foram encontrados achados relacionados com desconforto físico/calor, cansaço, dificuldade na realização de procedimentos, na comunicação entre profissionais e com os doentes. Relativamente à duração de utilização de EPI, emerge como condicionante negativa a sua utilização ininterrupta, muitas vezes relacionada com a perceção de falta de material, insegurança relacionada com o medo de contaminação no momento da remoção do EPI e/ou falta de profissionais.

Vários estudos referem a utilização prolongada de EPI como causadora de sintomatologia física, associada ao facto deste equipamento ser impermeável, provocando sensação de calor intenso, sudorese e conseqüente desidratação. O estudo de Ünver, Yildirim, e YeniÇün (2022) abordou as principais causas da sintomatologia e efeitos adversos relacionados com a utilização de EPI, no sentido de perceber quais as medidas de prevenção que poderiam ser implementadas. As conclusões apontam como medidas de prevenção destes efeitos adversos a utilização ininterrupta de EPI por um período inferior a duas horas, estabelecendo momentos de pausa para alívio de pressão e suprimento de necessidades básicas, como hidratação, alimentação, eliminação e para a seleção criteriosa do tipo/qualidade do EPI, procurando materiais mais ergonómicos. Os feedbacks

dos enfermeiros sobre prevenção e tratamento das alterações cutâneas alertam para a necessidade de melhorar a qualidade “dermatológica” dos materiais selecionados para a produção de EPI e o seu “*design*”, de modo a dar preferência aos produtos qualificados como hipoalergénicos e com características de prevenção de lesões cutâneas.

Relativamente à categoria implicações na utilização dos EPI, emergiram subcategorias relacionadas com a exaustão física, problemas de pele, desidratação e exaustão emocional.

Segundo Ehrenzeller et al. (2022), um dos fatores influenciadores da exaustão emocional é a perceção de segurança dos profissionais de saúde durante a prestação de cuidados. Níveis elevados de confiança dos profissionais, relativos a estratégias consistentes da utilização de EPI e de prevenção e controlo de infeções (PCI), foram relacionados com níveis mais baixos de exaustão emocional. Este procurou identificar ações institucionais, estratégias e políticas relacionadas com a perceção de segurança dos profissionais. Foram identificados como fatores preponderantes para a perceção de segurança dos profissionais, medidas como: a transparência e clareza das informações, comunicação sobre a disponibilidade de EPI, consistência e uniformização das diretrizes relativas às medidas de prevenção e controlo de infeções. Os profissionais valorizaram neste processo a divulgação de procedimentos e orientações escritas e publicadas, contudo, consideraram a troca direta de informação com especialistas de PCI por telefone ou reuniões regulares como muito úteis para esclarecer dúvidas sobre as medidas de PCI, aumentando significativamente a sensação de segurança.

Segundo Hoernke et al. (2020) os profissionais da “linha da frente” para cuidar de doentes COVID-19 precisam de fornecimento adequado de EPI, treino e capacitação na sua utilização e orientações consistentes e abrangentes, aumentando a capacidade e desempenho e a sua perceção de segurança. Também Hoernke et al. (2020) referem que a utilização de EPI para proteção contra SARS-CoV-2, em ambientes de alta exposição, necessita de preparação, e que o treinamento de habilidades para a sua utilização em ambientes de alta complexidade deve ser realizado de forma regular e intensiva.

De facto, compreender as vivências dos enfermeiros relativamente à utilização de EPI promove a correção de potenciais falhas, sendo que o conhecimento produzido revela potenciais áreas de ação críticas, que podem influenciar uma melhoria no planeamento, ao nível organizacional, em situações futuras.

Assim, o estudo de Figueiredo, Ribeiro e Santos (2021) evidencia a importância da formação e da existência de procedimentos normalizados que assegurem o cumprimento escrupuloso das normas de utilização, que permitam alívio dos efeitos adversos sentidos e potenciem um desempenho no trabalho mais seguro e eficaz.

Atrevo-me a acrescentar que emerge a necessidade de existirem profissionais especializados em PCI, com intervenção estruturada e consistente para trabalhar estas matérias a nível institucional, junto dos profissionais de saúde, sendo que o seu envolvimento no planeamento ao nível das dotações das equipas e da organização do trabalho pode ser benéfico.

## Referências bibliográficas

- Ünver, S., Yildirim, M., & Yeniğün, S. (2022). Personal protective equipment related skin changes among nurses working in pandemic intensive care unit: A qualitative study. *Journal of tissue viability*, 31(2), 221–230. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.01.007>
- Ehrenzeller, S., Durovic, A., Kuehl, R., Martinez, A. E., Bielser, M., Battegay, M., von Rotz, M., Fringer, A., & Tschudin-Sutter, S. (2022). A qualitative study on safety perception among healthcare workers of a tertiary academic care center during the SARS-CoV-2 pandemic. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 11(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01068-0>
- Figueiredo, L., Ribeiro, O., & Santos, E. (2021). Experiences of nurses with the use of personal protective equipment in a COVID-19 emergency department. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(9e), 63–72. <https://doi.org/10.29352/mill029e.24925>
- Hoernke, K., Djellouli, N., Andrews, L., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Martin, S., Vanderslott, S., & Vindrola-Padros, C. (2020). Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: A rapid qualitative appraisal. *BMJ Open*, 11(1): e046199. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046199>.
- Chen, F., Zang, Y., Liu, Y., Wang, X., & Lin, X. (2021). Dispatched nurses' experience of wearing full gear personal protective equipment to care for COVID-19 patients in China-A descriptive qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 30(13-14), 2001–2014. <https://doi.org/10.1111/jocn.15753>

## 6. STRESS OCUPACIONAL DOS ENFERMEIROS PERANTE A COVID-19: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE SERVIÇOS COVID E NÃO COVID

Ana Maria Pinho<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-4377-6733>

Jorge Façanha<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7065-7214>

<sup>1</sup> Administração Regional de Saúde do Centro, Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego, Unidade de Cuidados na Comunidade de Soure, Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Unidade de Reabilitação do Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria, Coimbra, Portugal.

### Resumo

**Introdução:** O *Stress* Ocupacional (SO) resulta da incapacidade de lidar com fontes de pressão no trabalho, repercutindo-se em problemas a nível físico e mental. Afeta trabalhadores e organizações, sendo frequente na área da saúde, sobretudo na Enfermagem (Souto, 2021; Rego, Cunha, Gomes, Cunha, Cabral-Cardoso & Marques, 2015). A Pandemia COVID-19 aumentou os níveis de SO e teve impacto na saúde mental dos Enfermeiros (Souza, et al., 2021). A resiliência pode ser um pilar no alcance do equilíbrio psicológico (Teixeira, Gomes e Queirós, 2021).

**Objetivos:** Descrever os níveis de *stress* psicológico e capacidade de resiliência em Enfermeiros que exerceram funções em Serviços COVID (ESC) e em Serviços Não COVID (ESNC); analisar a existência de relação entre os níveis de *stress* e a capacidade de resiliência em ESC e ESNC em contexto de Pandemia COVID-19.

**Metodologia:** Estudo descritivo-correlacional, numa amostra por conveniência (n=30). Colheita de dados realizada através de questionário eletrónico composto por três partes: Parte I – Dados sociodemográficos. Parte II – Kessler Psychological Distress Scale (K10); Parte III – Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR). Realizada análise estatística com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 24.

**Resultados:** 50% dos enfermeiros desempenharam funções em serviços COVID; 67% da amostra são do sexo feminino com média de idades de 39,9 anos. Os ESC apresentaram níveis de *stress* moderado e os ESNC níveis de *stress* elevado. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Não se verificou correlação entre o nível de *stress* e a capacidade de resiliência.

**Conclusão:** Este estudo demonstrou que o impacto da Pandemia não se refletiu apenas nos serviços COVID, sendo notável em todos os serviços e em todos os enfermeiros. Estes profissionais apresentaram capacidade de resiliência que permite superar as adversidades decorrentes do seu

trabalho. O investimento em políticas de gestão eficiente destes recursos poderá contribuir para melhorar o seu desempenho e, conseqüentemente, os resultados da organização.

**Palavras-chave:** Resiliência psicológica; COVID-19; *Stress* ocupacional; Enfermagem; Gestão da mudança

## Introdução

O *Stress* Ocupacional (SO) é um problema de origem perceptiva que resulta da incapacidade de lidar com fontes de pressão no trabalho, repercutindo-se na saúde física e mental. Pode ainda instigar insatisfação no trabalho, afetando o indivíduo e as organizações (Souto, 2021).

O *stress* no trabalho é considerado a segunda maior ameaça à saúde na Europa, afeta 22% dos trabalhadores e pode acarretar custos económicos anuais de cerca de 20 milhões de euros. É mais frequente nos empregados por conta de outrem, sobretudo na área da saúde (Rego, Cunha, Gomes, Cunha, Cabral-Cardoso & Marques, 2015).

Cerca de metade dos trabalhadores europeus considera o *stress* uma situação comum no local de trabalho, contribuindo para cerca de 50% dos dias de trabalho perdidos. Portugal foi considerado o sétimo país europeu com maior prevalência de *stress*, com uma taxa de incidência de SO de 59% (Agência Europeia para a SST como referido por Souto, 2021).

As causas do SO podem ser variadas estando relacionadas com as condições de trabalho e fatores organizacionais como a comunicação, cultura organizacional, estilo de liderança e políticas institucionais (Rego, Cunha, Gomes, Cunha, Cabral-Cardoso & Marques, 2015). A sobrecarga de trabalho, a pressão do tempo, a frustração, os conflitos ou as condições económicas e financeiras são algumas das razões que podem aumentar o *stress* profissional (Machado, 2020).

No que diz respeito à profissão de Enfermagem, são vários os estudos que referem que estes profissionais enfrentam fatores que potencializam o aumento dos seus níveis de *stress* no trabalho (Lo, Chien, Hwang, Huang & Chiou, 2018). As principais fontes de *stress* estão relacionadas com problemas a nível organizacional, conflito trabalho-família, sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos (Teixeira, Gomes & Queirós, 2021), podendo ainda contribuir para o aparecimento de problemas relacionados com a saúde mental e física (Barbosa et al., 2020).

A *American Psychological Association* (2011) define a resiliência como um processo de adaptação bem-sucedido em resposta a experiências ameaçadoras adversas, stressantes. Cosenza (2021) acrescenta que a resiliência está relacionada com a capacidade de lidar com positividade perante problemas, mudanças e adversidades. A resiliência é importante tanto a nível pessoal (quem é mais resiliente consegue encarar as adversidades com mais otimismo e tranquilidade) como a nível profissional (o dia-a-dia de trabalho exige adaptação e capacidade de encarar desafios).

No ambiente corporativo a resiliência pode ser vista como a capacidade de superar desafios e transformá-los em oportunidades (Accenture, 2010).

A Pandemia COVID-19 trouxe para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, novos desafios para os quais não estavam preparados. A mortalidade elevada, o uso de equipamentos de proteção individual, a pressão inerente ao sentido profissional de dever para com os doentes, o medo do contágio, os dilemas éticos relacionados com o acesso a ventiladores e outros materiais essenciais (Serrão & Duarte, 2020), as novas políticas e procedimentos, o stress da equipa e dos doentes (Wu et al., 2020) e o equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal (Kannampallil et al., 2020) fizeram parte das vivências diárias destes profissionais. Estes desafios tiveram impacto na saúde, particularmente ao nível da saúde mental dos Enfermeiros, aumentando os níveis de SO (Souza, et al., 2021).

Perante a vulnerabilidade a que estão sujeitos importa que sejam criadas estruturas de apoio e suporte psicológico (Xiang et al., 2020). O stress e a ansiedade são efeitos colaterais de adversidades enfrentadas no trabalho e serão melhor geridos por indivíduos resilientes (Cosenza, 2021).

As organizações, em particular os gestores e os enfermeiros gestores, poderão ter um papel ativo na prevenção do SO, na promoção da resiliência contribuindo assim para uma melhor promoção de bem-estar laboral e pessoal.

De acordo com Oswaldo (2018) existem estratégias de prevenção do SO que podem ser aplicadas a nível organizacional, tais como: proporcionar condições favoráveis para o trabalho; utilizar técnicas/estratégias para promover a saúde mental dos trabalhadores; promover a assertividade e bons relacionamentos interpessoais; planear de forma eficaz as tarefas a desenvolver; evitar horários de trabalho prolongados e sem pausas.

Concomitantemente, é importante que os colaboradores de uma organização possam ter suporte para o desenvolvimento da resiliência humana no ambiente de trabalho. Segundo Cosenza (2021) as empresas podem contribuir para o desenvolvimento da resiliência através da implementação de várias medidas, tais como: oferecer psicoterapia como benefício corporativo, criar uma cultura de feedback, fomentar uma cultura flexível e positiva.

De Brier et al. (2020) referem que o apoio organizacional e social, a comunicação clara e o desenvolvimento do autocontrolo foram fatores importantes na mitigação de resultados adversos de saúde mental entre profissionais de saúde durante epidemias. Vários estudos sugerem que o apoio organizacional imediato é necessário para superar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na linha da frente (Kannampallil et al., 2020).

A adequada formação, a utilização de recursos e a disseminação da informação também se revelaram eficazes. Para a segurança de todos os envolvidos neste processo algumas organizações definiram circuitos dentro das unidades, foram estabelecidas novas formas de comunicação, de partilha de conhecimentos e de experiências vivenciadas (Oliveira, Pacheco, Marques, Santos & Neiva, 2021).

A literatura evidencia que a Pandemia COVID-19 intensificou os níveis de *stress* dos enfermeiros devido às suas condições de trabalho e sugere-nos a existência de uma correlação entre *stress* psicológico e capacidade de resiliência. Contudo, verificou-se um número reduzido de estudos realizados em Enfermeiros em Portugal. Face ao exposto foram objetivos deste estudo:

- Descrever os níveis de *stress* psicológico em Enfermeiros que exerceram funções em Serviços COVID (ESC) e em Enfermeiros que exerceram funções em Serviços Não COVID (ESNC) em contexto de Pandemia COVID-19;
- Descrever a capacidade de resiliência em ESC e em ESNC em contexto de Pandemia COVID-19;
- Analisar a existência de relação entre os níveis de *stress* e a capacidade de resiliência em ESC e ESNC em contexto de Pandemia COVID-19.

## **Metodologia**

Estudo quantitativo de carácter descritivo-correlacional, com o intuito de responder às seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de *stress* em ESC e em ESNC em contexto de Pandemia COVID-19?
- Qual a resiliência dos ESC e dos ESNC em contexto de Pandemia COVID-19?
- Existe relação entre o nível de *stress* e a capacidade de resiliência em ESC e ESNC em contexto de Pandemia COVID-19?

## **População e amostra**

Estudo realizado numa população de enfermeiros que exerceram funções durante a Pandemia COVID-19 em Portugal. O método de amostragem utilizado foi o não-probabilístico, tendo sido selecionada uma amostra por conveniência, com recurso aos seguintes critérios de inclusão: exercer a profissão em Portugal em ambiente hospitalar em serviços COVID e serviços Não COVID, ter exercido funções durante a Pandemia e aceitar participar voluntariamente no estudo.

Todos os participantes foram informados, através de uma declaração de consentimento informado, que a participação era voluntária e confidencial, bem como da possibilidade de poderem desistir a qualquer momento.

A amostra foi constituída por 30 enfermeiros que exerceram funções durante o mês de março de 2021. A colheita de dados foi realizada de 1 a 14 de abril de 2021.

## **Instrumentos de colheita de dados**

O instrumento de colheita de dados é composto por um questionário eletrónico constituído por três partes. A Parte I é relativa a dados sociodemográficos: idade, sexo e serviço onde exerceu

funções (COVID/Não COVID), a Parte II inclui o *Kessler Psychological Distress Scale* (K10) e a Parte III é composta pela Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR).

A Escala de *Distress* Psicológico de Kessler (K10) foi desenvolvida por Kessler et al, (2002) e a versão Portuguesa foi validada por Pereira et al. (2017). Apresenta um Alpha de Cronbach de 0,91.

Apresenta-se como uma ferramenta breve e de rápida aplicação, altamente confiável para avaliar sintomas não específicos de *distress* psicológico durante os últimos 30 dias.

É composta por 10 itens de autorresposta numa escala tipo Likert com cinco níveis de 1 (“Nenhum dia”) a 5 (“Todos os dias”). A pontuação total pode variar entre 10 e 50, não existindo itens com cotação invertida. Os resultados mais elevados no K10 indicam níveis mais altos de *distress*. As seguintes pontuações de corte foram sugeridas por Andrews e Slade (2001) para estimar o impacto psicológico ao nível do *distress*: 10 a 15 pontos “baixo”, 16 a 21 pontos “moderado”, 22 a 29 pontos “alto” e 30 a 50 pontos “muito alto”. Os indivíduos com uma pontuação total superior a 22 encontram-se em risco de desenvolver uma perturbação mental.

A Escala Breve de *Coping Resilient* (EBCR) é um instrumento unidimensional que avalia a capacidade de resiliência. Foi desenvolvida por Sinclair & Wallston (2004) e a versão portuguesa foi validada por Ribeiro & Morais (2010). Os dados psicométricos apresentam valores de consistência interna baixa (0,53) enquanto a versão original apresenta um Alpha de Cronbach de 0,68.

É uma escala de autorresposta, constituída por quatro itens que visam perceber a capacidade para lidar com o *stress* de uma forma adaptativa. A resposta aos itens é dada numa escala ordinal, tipo Likert, de cinco posições, em que 5 corresponde a “Quase sempre” e 1 corresponde a “Quase nunca”.

A pontuação total da escala varia entre 4 e 20. Não existem itens com cotação invertida. Valores inferiores a 13 são indicativos de baixa resiliência e pontuações superiores a 17 correspondem a uma forte resiliência.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa IBM® SPSS® Statistics 24. Foram efetuadas estatísticas descritivas e inferenciais. Testou-se a normalidade das variáveis dependentes recorrendo ao teste de Shapiro-Wilk, tendo-se obtido  $p > 0,05$  para ambas (K10=0,199 e EBCR=0,267) que revela uma distribuição normal. Realizado teste t para amostras independentes para analisar as diferenças entre ESC e ESNC, seguindo-se a análise de correlações, através do coeficiente de Pearson das variáveis em estudo.

## Resultados

Apresenta-se na Tabela 1 a estatística descritiva para as variáveis sociodemográficas.

Relativamente à distribuição por serviço, 50% dos enfermeiros desempenharam funções em serviços COVID e 50% em serviços Não COVID, sendo que 67% da amostra é do sexo feminino. A média de idades é de 39,9 anos (40,1 anos nos ESC e 39,7 nos ESNC) variando entre 22 e 62 anos.

Tabela 1

*Variáveis Sociodemográficas*

<b>Variáveis</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Serviço	COVID	15	50,0
	Não COVID	15	50,0
Sexo	Masculino	10	33,0
	Feminino	20	67,0
Idade	20-30	6	20,0
	31-40	14	46,7
	41-50	4	13,3
	51-60	5	16,7
	61-70	1	3,3

Os resultados obtidos no K10 (Tabela 2) variaram entre 11 e 34 pontos. Os ESC apresentaram média de 18,3, o que traduz níveis de *stress* moderado. Os ESNC obtiveram média de 22,5, que evidencia um nível de *stress* elevado. As diferenças encontradas nos níveis de *stress* entre os ESC e os ESNC são estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

De realçar que 36,7% dos enfermeiros encontram-se em risco de desenvolver uma perturbação mental (score  $\geq 22$  no K10), sendo que 23,3% desses desempenharam funções em Serviços Não COVID e 13,3% em Serviços COVID. Mais de metade do total dos enfermeiros, 54%, referiram “sentir-se nervosos alguns dias no último mês”.

Verificou-se que a média do K10 foi de 20,0 pontos para o sexo masculino e 20,6 para o sexo feminino, evidenciando um nível de *stress* moderado para ambos, sendo que a diferença não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

Tabela 2

*Resultados do K10 em Enfermeiros Serviços COVID e Enfermeiros Serviço Não COVID*

	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
K10 ESC	18,3	5,3	11	29	-2,19	0,04
K10 ESNC	22,5	5,0	13	34		
K10 Sexo ♂	20,0	7,0	12	34	-0,28	0,78
K10 Sexo ♀	20,6	4,8	11	29		

Os resultados do EBCR (Tabela 3) variaram entre 8 e 20 pontos. A média foi de 13,1 para os ESC e 13,6 nos ESNC o que traduz que tanto os ESC como os ESNC têm capacidade de resiliência, sendo que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de resiliência entre os dois grupos.

Os homens apresentaram baixa resiliência (média de 11,9 pontos) e as mulheres capacidade de resiliência (média 14,05 pontos) contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 3

*Resultados do EBCR em Enfermeiros Serviços COVID e Enfermeiros Serviço Não COVID*

	$\bar{x}$	s	Min.	Máx.	t	p
EBCR ESC	13,1	3,51	8	20	-0,45	0,65
EBCR ESNC	13,6	2,92	9	19		
EBCR Sexo ♂	11,9	2,68	8	16	-1,81	0,08
EBCR Sexo ♀	14,0	3,24	9	20		

Procurou-se analisar a existência de relação entre o K10 e o EBCR nos ESC e ESNC, através da realização do teste de correlação de Pearson (Tabela 4), contudo não se verificou correlação.

Tabela 4

*Correlação entre o K10 e o EBCR por serviço*

	r	p
ESC K10/EBCR	-0,14	0,62
ESNC K10/EBCR	-0,09	0,75
ENF Total K10/EBCR	-0,07	0,69

## Discussão

Os ESC apresentaram níveis de *stress* moderado e os ESNC obtiveram um nível de *stress* elevado. As diferenças encontradas nos níveis de *stress* entre os ESC e os ESNC são estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) o que demonstra que o impacto da pandemia não se refletiu unicamente nos serviços COVID, sendo notável em todos os serviços e em todos os enfermeiros. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos em estudos realizados durante a pandemia COVID-19, que revelaram níveis de *stress* menores nos profissionais de saúde que tratavam diretamente doentes infetados, quando comparado com os profissionais que não estavam diretamente em contacto com doentes COVID-19 (Dinibutun, 2020; Wu et al., 2020).

No que diz respeito à profissão de Enfermagem, vários estudos anteriores à Pandemia, referem que estes trabalhadores enfrentam fatores que potenciam o aumento dos seus níveis de *stress* no trabalho (Lo, Chien, Hwang, Huang & Chiou, 2018).

Ainda em relação ao K10 é de realçar que 36,7% dos Enfermeiros “encontram-se em risco de

*desenvolver uma perturbação mental*". Estes resultados estão de acordo com o que defende Barbosa et al. (2020) quando referem que o trabalho em excesso pode aumentar o SO e contribuir para o aparecimento de problemas relacionados com a saúde mental dos profissionais de Enfermagem. No contexto da pandemia COVID-19 os enfermeiros trabalham em condições altamente desafiadoras, em particular devido ao alto risco de infeção, aumentando o risco do aparecimento de problemas de saúde mental (Gallopini et al., 2020; Greenberg, 2020; Xiang et al., 2020). Alguns estudos revelam que o *stress* foi um dos transtornos psiquiátricos mais comuns nos enfermeiros (Oliveira, Pacheco, Marques, Santos & Neiva, 2021).

Relativamente aos resultados do K10 por sexo verificou-se um nível de *stress* moderado para ambos, contrariando os resultados evidenciados por Cabarkapa et al. (2020), DiTella et al. (2020) e Lai et al. (2020) que apontam que o género feminino está sujeito a níveis de *stress* mais elevados.

No que respeita à resiliência, 66,7% da amostra demonstra capacidade de resiliência (EBCR >13), sendo que 16,7% apresenta forte resiliência (EBCR >17). Estes resultados são concordantes com a literatura que sugere que embora a profissão de Enfermagem seja altamente stressante, causando impacto negativo no estado de saúde psicológica, os enfermeiros apresentam resiliência que lhes permite enfrentar e superar as adversidades causadas pelo trabalho (Hsiao e Tseng, 2020).

Verificou-se que o sexo masculino apresenta baixa resiliência e o sexo feminino evidencia presença de capacidade de resiliência. Embora estes resultados não sejam estatisticamente significativos, vão ao encontro de outros estudos realizados que defendem que as mulheres enfrentam melhor a pressão, têm maior capacidade de resiliência e conseguem adaptar-se melhor a novos desafios do que os homens. Sendo que 71% dos líderes mundiais relatam que a resiliência é extremamente importante para determinar quem devem reter numa organização (Accenture, 2010).

Não se verificou correlação entre o K10 e o EBCR nos ESC e ESNC, não se confirmando neste estudo o que defende Cosenza (2021), quando refere que quem é mais resiliente consegue encarar as adversidades com maior otimismo, positividade e tranquilidade a nível pessoal e em particular a nível profissional.

## **Conclusão**

A Pandemia COVID-19 aumentou o SO dos Enfermeiros. Este estudo demonstrou que o impacto da Pandemia não se refletiu apenas nos ESC mas também nos ESNC.

Ficou demonstrado que estes profissionais apresentam capacidade de resiliência que lhes permite enfrentar e superar as adversidades decorrentes do seu trabalho.

A resiliência favorece a capacidade de resistir ao *stress* e quem é mais resiliente consegue encarar melhor as adversidades pessoais e laborais.

O apoio organizacional, a comunicação de forma clara e objetiva e o desenvolvimento do

autocontrolo são fatores importantes na mitigação de resultados adversos de saúde mental entre profissionais de saúde durante epidemias, o que sugere que o investimento em políticas eficientes na gestão destes recursos, com foco na prevenção, pode minimizar riscos e suas consequências. Oferecer apoio na organização e o reconhecimento dos profissionais são medidas práticas e exequíveis que poderão ajudar.

O capital humano é o bem mais precioso de qualquer organização, por isso, quando uma organização adota políticas promotoras de investimento nos seus profissionais, contribuindo para que estes desenvolvam de forma plena as suas competências, está a investir nela própria e nos seus resultados.

Este estudo apresenta algumas limitações que se prendem com o tamanho da amostra, justificada pela indisponibilidade dos enfermeiros para participar em estudos em plena pandemia. Sugerimos a realização de estudos com amostras maiores para aprofundar esta temática.

## Referências bibliográficas

- Accenture. (2010). *Women leaders and resilience: Perspectives from the C-Suite*. [https://www.accenture.com/\\_acnmedia/accenture/conversion-assets/dotcom/documents/about-accenture/pdf/1/accenture-womens-research-women-leaders-and-resilience3.pdf](https://www.accenture.com/_acnmedia/accenture/conversion-assets/dotcom/documents/about-accenture/pdf/1/accenture-womens-research-women-leaders-and-resilience3.pdf)
- American Psychological Association. (2011). *The road to resilience*. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(6), 494-497. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00310.x>
- Barbosa, D. J., Gomes, M. P., Souza, F. B., & Gomes, A. M. (2020). Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de evidências. *Comunicado em Ciências da Saúde*, 31(1), 31-47. <https://doi.org/10.51723/ccs.v31iSuppl%201.651>
- Bienertova-Vasku, J., Lenart, P., & Scheringer, M. (2020). Eustress and distress: Neither good nor bad, but rather he same?: Czech Republic. *BioEssays Journal*, 42, Article 1900238. <https://doi.org/10.1002/bies.201900238>
- Cabarkapa, S., Nadjidai, S. E., Murgier, J., & Chee, H. N. (2020). The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain, Behavior & Immunity – Health*, 8, 100144. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144>
- Cosenza, B. (2021). *Resiliência humana para gestores e cargos de confiança. Habilidades e Competências*. <https://www.vittude.com/empresas/resiliencia-humana-para-gestores-e-cargos-de-confianca/>
- De Brier, N., Stroobants, S., Vandekerckhove, P., & Buck, E. (2020). Factors affecting mental health of health care

- workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLoS One*, 15(12), e0244052. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244052>
- Dinibutun, S. (2020). Factors associated with burnout among physicians: An evaluation during a period of COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*, (12), 85–94. <https://doi.org/10.2147/JHL.S270440>
- Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., & Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1583-1587. <https://doi.org/10.1111/jep.13444>
- Gallopeni, F., Bajraktari, I. Selmani, E. Tahirbegolli, I., Sahiti, G., Muastafa, A., & Tahirbegolli, B. (2020). Anxiety and depressive symptoms among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in Kosovo: A cross sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 137, Article 110212. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.1102>
- Greenberg, N. (2020). Mental health of health-care workers in the COVID-19 era. *Nature Reviews in Nefrology*, 16, 425-426. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0314-5>
- Hsiao, S., & Tseng, H. (2020). The impact of the moderating effect of psychological health status on nurse healthcare management information system usage intention. *Healthcare*, 8(28). <https://doi.org/10.3390/healthcare8010028>
- Humerez, D., Oh, I. & Silva, M. (2020). Saúde mental dos profissionais de enfermagem do brasil no contexto da pandemia COVID-19: Ação do conselho federal de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 25, e74115. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115>
- Kannampallil, T., Goss, C., Evanoff, B., Strickland, J., McAlister, R., & Duncan, J. (2020). Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PLoS One*, 15(8), e0237301. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237301>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., & Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), Article 203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lo, W., Chien, L., Hwang, F., Huang, N., & Chiou, S. (2018). From job stress to intention to leave among hospital nurses: A structural equation modelling approach. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 677-688. <https://doi.org/10.1111/jan.13481>
- Machado, J. (2020). Aprenda a gerir o stresse no trabalho. *Hospital dos Lusíadas*. <https://www.lusíadas.pt/blog/doencas/sintomas-tratamentos/aprenda-gerir-stresse-trabalho>
- Oliveira, J., Pacheco, A., Marques, F., Santos, J., & Neiva, S., (2021). Enfermagem de reabilitação em contexto de pandemia pela Covi-19. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 695-691). Lidel.
- Oswaldo, Y. (2018). Estresse: Como prevenir e enfrentar. *Instituto Isi Infinity*. <https://isiinfinity.com.br/como-prevenir-e-enfrentar-o-estresse/>

- Pereira, A., Oliveira, C.A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2017). Reliability and factor structure of the 10-item Kessler Psychological Distress (K10) among portuguese adults. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(3) 729-736. <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/confiabilidade-e-estrutura-fatorialda-escala-de-distress-psicologico-de-kessler-de-10-itens-k10-entre-adultosportugueses/16237?id=16237&id=16237>
- Rego, A., Cunha, M., Gomes, J., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. (2015). *Manual de gestão de pessoas e do capital humano* (3ª ed.). Sílabo.
- Ribeiro, J. L., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S164500862010000100001&lng=pt&lng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862010000100001&lng=pt&lng=en)
- Serrão, C., Duarte, I. (2020). *Impacto da COVID-19: O papel da resiliência na depressão, na ansiedade e no burnout em profissionais de saúde*. FMUP, CINTESIS e ESEPP.
- Souto, I. (2021). *Enquadramento stress ocupacional e riscos psicossociais*. Apontamentos da unidade curricular de Saúde Ocupacional. Policopiado. Escola Superior de Saúde Jean Piaget.
- Souza, N., Carvalho, E., Soares, S., Varella, T., Pereira, S., & Andrade, K. (2021). Nursing work in the COVID-19 pandemic and repercussions for workers' mental health. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200225. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>
- Teixeira, S., Gomes, D., & Queirós, C. (2021). Stress e resiliência em enfermeiros: Estudo comparativo Portugal/Alemanha na pandemia COVID-19. *Revista ROL de Enfermería*, 44(11-12), 73-81. <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/11/Stress-e-resiliencia-em-enfermeiros.pdf>
- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A., Bruera, E., Yang, X., Wei, S., & Qian, Y. (2020). A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>
- Xiang, Y., Yang, Y., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)

## **CAPÍTULO II**

### **IMPORTÂNCIA DA GESTÃO E DA LIDERANÇA NA ORGANIZAÇÃO DE CUIDADOS PARA RESPONDER À PANDEMIA COVID-19**

## 7. IMPACTO DA LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NOS COMPORTAMENTOS DE SUPORTE E RESILIÊNCIA GRUPAL EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

**Filipa Homem**<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-1153-1686>

**Helena Oliveira**<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-1321-1443>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Geral, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Geral, Serviço de Cardiologia, Coimbra, Portugal.

### Resumo

**Introdução:** A pandemia COVID-19 criou desafios na reorganização das equipas e contextos de prestação de cuidados. Assim, a liderança transformacional assume importante destaque, capacitando a equipa a ultrapassar as dificuldades, a aprender com as adversidades e a obter os melhores ganhos possíveis durante a crise.

**Objetivo:** Avaliar em que medida os comportamentos da liderança têm impacto na equipa, nomeadamente nos comportamentos de suporte e resiliência grupal.

**Método:** Estudo efetuado num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) COVID (n=60 enfermeiros), com base num questionário que inclui as escalas de Comportamentos de Suporte, Resiliência Grupal, Liderança Transformacional, assim como uma breve caracterização sociodemográfica.

**Resultados:** Utilizando a análise fatorial confirmatória, verifica-se que o modelo de medição da liderança transformacional sobre os comportamentos de suporte e resiliência grupal tem uma qualidade satisfatória de ajustamento ( $\chi^2$  de 119,221;  $\chi^2/g.l$  de 1,548,  $p=.001$ ; RMSEA=0,096; CFI=0,925). Todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados, sendo que a liderança transformacional explica 64% da variância dos comportamentos de suporte da equipa e 40% da variância da resiliência grupal.

**Conclusão:** Uma equipa coesa, competente e motivada, sustentada numa liderança transformacional que demonstre comportamentos de suporte e resiliência, contribui para o sucesso em situações de crise pandémica.

**Palavras-chave:** liderança transformacional, resiliência grupal, comportamento de suporte, enfermagem; pandemia.

## **Introdução**

A crise causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) criou desafios únicos para os sistemas de saúde em todo o mundo, incluindo a forma como os profissionais de saúde prestam os seus cuidados, sendo que a liderança das equipas assume uma especial importância na forma como as equipas respondem à crise.

Um líder eficaz deverá estar alerta e prever as constantes mudanças, de forma a adaptar-se e manter-se competente no processo de liderar. Deve conhecer os diferentes elementos da sua equipa, as suas aspirações e motivações e deve dinamizar os processos comunicacionais, adaptando-se às características do meio, da tarefa e da equipa, exercendo um estilo de liderança adequado à situação.

Neste contexto, e em resposta à crise pandémica vivida em Portugal, foi criada uma equipa de enfermeiros de diferentes unidades com experiência em cuidados intensivos, que se juntou à equipa nativa do SMI para constituir a equipa do Serviço de Medicina Intensiva COVID (SMI-COVID).

De forma a clarificar alguns conceitos, apresentamos a seguir a definição de “crise”, “liderança transformacional”, “resiliência grupal” e “comportamento de suporte” e numa segunda parte, explicamos os métodos utilizados, os resultados e conclusões sobre os mesmos.

## **Crise e Liderança Transformacional**

A palavra crise pode ser definida como um evento imprevisível que potencialmente provoca prejuízo significativo a uma organização, aos seus colaboradores, produtos, condições financeiras, serviços e à sua reputação. É, por isso, fundamental que a organização encare o momento como uma oportunidade de mudança, tornando fulcral o papel da liderança no envolvimento dos colaboradores na solução da crise. A atual pandemia introduziu mudanças significativas. De uma forma geral, as pessoas esperam receber orientações claras que as ajudem a realizar o seu trabalho, e é aqui que os líderes se deparam com um grande desafio: adotar ou mudar o estilo de liderança, adequando-o à situação (Plano de trabalho colaborativo na administração pública, 2020).

Em momentos de crise, é importante que a liderança de enfermagem assuma características específicas como: capacidade de comunicação com informações claras, empatia e diversidade de métodos de comunicação; demonstrar uma clara visão e valores, com promoção de pensamento crítico, bons relacionamentos e formação; e o apoio emocional para líderes e equipa durante e após uma crise (Moore, 2020). Nalin & Cassandre (2016) referem mesmo que, num cenário instável de crise, as organizações que promovem um estilo de liderança transformacional, tendem a obter melhores resultados, sustentados na motivação e relacionamentos baseado na confiança e credibilidade. Este clima de trabalho fomenta a partilha e envolvimento dos membros da equipa na partilha de dificuldades.

Liderança transformacional é definida por Bass & Riggio (2006) como um conjunto de ações transformadoras que o líder exerce na sua equipa, de forma a consciencializar a mesma para a importância do cumprimento das suas atividades, tendo em conta a missão da organização e do cumprimento das metas estabelecidas. Os líderes transformacionais alcançam os objetivos através do seu carisma ou influência idealizada, inspiração ou motivação inspiradora, estimulação intelectual e consideração individualizada. Carless, Wearing & Mann (2000) desenvolveram um modelo baseado no Modelo de Bass, que considera que o líder transformacional deve apresentar os seguintes comportamentos:

- Transmite um conjunto de valores que motiva a equipa para o cumprimento de um objetivo comum;
- Desenvolve a equipa, determinando as necessidades e competências individuais;
- Fornece suporte em situações difíceis e desafiadores, ao fornecer feedback e ao reconhecer as realizações pessoais;
- *Empowerment*, envolvendo a equipa na resolução de problemas e na tomada de decisão num clima participativo e cooperativo;
- É inovador ao usar estratégias não convencionais e ao considerar os erros como uma oportunidade de aprendizagem;
- Lidera pelo exemplo, em conformidade entre crenças e comportamentos;
- Tem carisma, inspirando os liderados a elevados níveis de motivação e desempenho.

Na China, Su, Cheng & Wen (2019) evidenciaram que uma liderança transformacional mais forte melhorou significativamente a qualidade do serviço dos funcionários, tanto individualmente quanto no da organização. Quando a liderança transformacional é elevada, a equipa percebe um forte clima laboral, um elevado comprometimento organizacional, investindo num considerável esforço pessoal na entrega de serviços de alta qualidade, procurando alcançar o objetivo comum da melhoria contínua. Quanto mais o estilo de liderança e tomada de decisão nas organizações de saúde tende para o modo transformacional, mais resultados positivos trazem para a organização, sendo essenciais programas de treino/educação nas organizações para criar e encorajar comportamentos de liderança transformacional.

No sentido de criar uma atmosfera positiva no seio das equipas, as organizações de saúde devem procurar formas de liderança mais ativas, focadas na construção de relacionamentos fortes entre líderes e equipas, fornecendo especial atenção aos sentimentos e necessidades pessoais de cada indivíduo. Quando os enfermeiros gestores reúnem um conjunto de atributos relacionais, eles próprios tornam-se mais capacitados no apoio à equipa e a si próprios, sendo que a comunicação, a partilha da sua visão organizacional, avaliações justas, incentivo à formação com vista à capacitação e promoção do bem-estar na equipa são atributos essenciais. A liderança deve estar capacitada a promover o *empowerment* psicológico da equipa, valorizando a importância do seu trabalho e suas realizações pessoais, permitindo o desenvolvimento da mesma, tendo em conta as necessidades e

competências individuais. Num contexto de atmosfera positiva, a equipa experiencia elevados níveis de segurança psicológica, sendo que os indivíduos se identificam pessoalmente com a organização e exibem comportamentos que conduzem ao desenvolvimento da organização. Neste sentido, são obtidos melhores resultados com o contributo e compromisso da equipa, que se sente mais motivada e com maior sentimento de pertença e autonomia (Hu et al, 2018).

A liderança deve ser desenvolvida com recurso a estratégias de aprendizagem holística, de forma a combinar elevados níveis de apoio e envolvimento das equipas, sendo que os erros devem ser encarados como uma oportunidade de aprendizagem. A mesma autora defende ainda que um tipo de liderança que reconheça as dificuldades e desafios de trabalhar em contextos complexos e repletos de ansiedade, promove melhores níveis de confiança e relações interpessoais de apoio mútuo, promoção da partilha de conhecimento e uma melhor distribuição do trabalho pelos membros da equipa. Neste sentido, os líderes devem garantir a segurança psicológica, justiça organizacional e sistemas de aprendizagem no seio da equipa, para que esta se sinta confiante em expor problemas identificados, ser autónoma e com a responsabilidade de disseminar o conhecimento dentro e entre as organizações. A liderança deve incentivar a equipa a participar e a assumir responsabilidades na melhoria da segurança, aprendendo com o erro, de forma a alcançar uma real cultura de segurança (Gibson, Armstrong, Till & McKimm, 2017).

Os líderes transformacionais também se envolvem na estimulação intelectual, encorajando a equipa a questionar a situação, pensar de forma independente e ser ativamente criativa. Por meio da consideração individualizada, os líderes transformacionais adaptam a sua orientação às características e situações particulares da sua equipa (Su, Cheng & Wen, 2019).

Líderes com carisma obtêm o respeito da equipa, demonstrando fortes crenças e elevados padrões morais, dando o exemplo e incentivando a seguir o seu exemplo. Além disso, os líderes interagem com a equipa para estabelecer metas comuns que podem moldar e fortalecer o sentido de missão. Através da motivação inspiradora, os líderes incentivam e motivam a equipa a ultrapassar os desafios e a alcançar os objetivos propostos, sendo que os líderes com capacidades transformacionais são sensíveis às mudanças e estão cientes das necessidades individuais, permitindo-lhes orientar a colaboração em contextos difíceis e desafiadores (Kumar, 2019).

### **Resiliência Grupal e Liderança Transformacional**

A resiliência grupal é definida por Stephens et al. (2013) como a capacidade dos indivíduos, grupos e organizações de absorver o *stress* que surge das crises/desafios/mudanças, não apenas recuperando o normal funcionamento, como também aprendendo e crescendo com a adversidade. Esta deve ser fomentada na equipa através dos comportamentos dos líderes, sendo que a forma como o líder transformacional converte as crises em desafios de crescimento e mudança demonstra a importância da resiliência enquanto processo de desenvolvimento (Bass & Riggio, 2006).

A resiliência grupal deve ser desenvolvida não apenas em equipas com inúmeros desafios, devendo o líder transformacional ter um papel fundamental, nomeadamente em: garantir o acesso da equipa às corretas ferramentas e documentos que orientem a prática clínica; proporcionar momentos de treino de resiliência (*roleplay*); promover reflexões pós desafio; criar uma cultura organizacional assente na resiliência, permitindo a partilha das experiências e emoções, oferecendo apoio e agradecendo o empenho da equipa (Alliger et al., 2015).

Neste sentido, os líderes de enfermagem devem participar em programas de desenvolvimento de liderança, especificamente *coaching* de liderança, resiliência, comunicação e liderar pelo exemplo, de forma a prepará-los para lidar com os desafios em saúde.

### **Comportamento de Suporte e Liderança Transformacional**

Comportamento de suporte, segundo Aubé & Rousseau (2005, p. 193), é “o grau em que os membros da equipa voluntariamente prestam apoio uns aos outros, quando necessário, durante a realização da tarefa”, quanto ao suporte instrumental (auxiliar nas tarefas complexas) e no emocional (incentivo e *feedback*). Este suporte dentro da equipa promove não só o desenvolvimento profissional do indivíduo, como também a prevenção de ocorrências de incidentes no contexto profissional.

Também a teoria das relações humanas de Elton Mayo evidencia que os membros de uma organização são mais eficientes e satisfeitos com o seu trabalho desde que possam decidir e participar nas decisões da organização, sendo que esta satisfação depende das boas relações na equipa e na sua identificação com o grupo.

Ao demonstrar comportamentos de suporte, o líder transformacional, enquanto modelo, incentiva a equipa a fazer o mesmo, promovendo o espírito de equipa e coesão face às adversidades (Rousseau, Aubé, & Tremblay, 2013). Também o compromisso do líder transformacional com os objetivos organizacionais impele a equipa para o apoio mútuo para a concretização dos mesmos.

Depois de clarificados estes conceitos, surgem as seguintes questões: será que equipas formadas neste contexto têm capacidade de resiliência grupal e de comportamentos de suporte para lidar com uma pandemia? E será que a liderança fornece algum suporte durante este processo?

O estudo que apresentamos, com uma abordagem qualitativa e quantitativa, tem como objetivo avaliar em que medida os comportamentos da liderança podem ter impacto numa equipa recém-formada para responder a uma crise pandémica, nomeadamente nos comportamentos de suporte e de resiliência grupal, contribuindo assim para o desenvolvimento de estratégias futuras que podem ser vantajosas num contexto de crise.

## Método

A população alvo é constituída por todos os enfermeiros que exerceram funções na SMI COVID, entre outubro de 2020 e março de 2021 (N=99). O questionário *online*, respondido entre 19 e 30 de abril de 2021, é constituído por escalas de comportamento de suporte, resiliência grupal, liderança transformacional (tipo *Likert* de 5 pontos “quase não se aplica”, “aplica-se pouco”, “aplica-se moderadamente”, “aplica-se muito” e “aplica-se quase totalmente”), contemplando variáveis sociodemográficas e uma questão aberta sobre os fatores com impacto na forma como a equipa geriu este momento de crise.

Os comportamentos de suporte foram analisados com base na escala unidimensional desenvolvida por Aubé & Rousseau (2005) constituída por cinco itens, adaptada e validada para a população portuguesa por Pessoa (2016). O *Alpha de Cronbach* para a versão portuguesa da escala foi de 0,93.

Para avaliar a resiliência da equipa foi aplicada a escala *Team Resilience* de Stephens et al. (2013) composta por três itens, unidimensional, adaptada e validada para a população portuguesa por Albuquerque (2016), com um *Alpha de Cronbach* para a versão portuguesa de 0,93.

Com o objetivo de fornecer uma avaliação global da liderança transformacional foi utilizada a escala *Global Transformational Leadership* (GTL) (Carless, Wearing & Mann, 2000), validada para a população portuguesa por Beveren (2017). Este instrumento evidenciou bons níveis de validade e de fiabilidade (*Alpha de Cronbach* 0,93).

Para a identificação dos fatores com impacto na forma como a equipa geriu este momento de crise, foi realizada análise de conteúdo, incluindo as diferentes etapas com a respetiva ordem: pré-análise, exploração, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

## Resultados

Dos questionários enviados obteve-se uma taxa de resposta de 60,6%, tendo sido recebidos 60 dos 99 enviados. Relativamente às características da equipa, a maioria é do género feminino (83%), com idades entre os 36 e 45 anos (53,3%), sendo que 35,7% são licenciados e 37,1% com pós-licenciatura de especialização. Dos enfermeiros que responderam ao questionário, a maioria tem entre 11 e 20 anos de experiência profissional (53,3%).

Quando questionados sobre a forma como integraram a equipa da SMI COVID, 58,3% eram provenientes de serviços que encerraram temporariamente e/ou que foram convertidos em serviços COVID.

Relativamente ao tempo que esteve integrado na equipa SMI COVID, 86,7% da equipa esteve mais do que três meses.

Da análise de conteúdo realizada aos fatores considerados relevantes, na forma como a equipa geriu este momento de crise, emergiram três categorias, subdivididas em 18 subcategorias, como se pode verificar na seguinte Tabela 1.

Tabela 1

*Processo de Codificação*

<b>Sub-Categorias</b>	<b>Categorias</b>
Bom acolhimento e apoio	Características da equipa original da SMI
Muita competência e experiência	
Capacidade de ensinar, orientar e supervisionar	
Reflexão após situação de crise	Características da equipa formada
Espírito de equipa, entreajuda, união, coesão e cooperação	
Competências/experiências diferentes (complementaridade)	
Capacidade e vontade de aprender	
Boa disposição/humor	
Motivação	
Resiliência	
Espírito de missão	
Calma nos momentos de crise	Características da liderança
Capacidade de liderar	
Disponibilidade e apoio constante da liderança	
Organização e orientação das equipas (coordenadores)	
Oportunidades de formação proporcionadas	
Motivação da enfermeira gestora	
Preocupação com necessidades individuais e bem-estar (carga emocional)	

A análise estatística utilizada foi a mesma para as três escalas, sendo que a estrutura fatorial foi determinada através do método de análises de componentes principais, com rotação *varimax*, para o conjunto inicial de itens distribuídos pelas dimensões. Depois de determinada a estrutura fatorial das diferentes escalas, realizaram-se estudos de fiabilidade das escalas através de análises de consistência interna pela determinação do *alfa de Cronbach* e da correlação item-escala total.

Relativamente à Escala de Comportamento de Suporte, verificamos que os valores médios, tanto de todas as questões como do valor total, são superiores ao ponto médio de 2 (tabela 2). Verificou-se a adequação da análise fatorial, confirmada através dos índices de  $KMO=0,88$  e do Teste de Esfericidade de Bartlett,  $\chi^2(10) = 163,984$ ,  $p = 0,000$ , sendo que a rotação *varimax* produziu uma estrutura fatorial constituída por cinco fatores que explicam 71% da variância. Apresenta ainda uma boa consistência interna, com um *alfa de Cronbach* de 0,89.

Tabela 2  
Escala Comportamento de Suporte

	n	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão
ECS_1 Ajudamo-nos uns aos outros quando alguém fica para trás no seu trabalho.	60	3	5	4,70	0,497
ECS_2 Cooperamos uns com os outros para cumprir as tarefas.	60	4	5	4,68	0,469
ECS_3 Encorajamo-nos mutuamente para realizarmos um bom trabalho.	60	3	5	4,70	0,497
ECS_4 Reconhecemos e valorizamos as contribuições de cada membro para a realização das tarefas.	60	3	5	4,52	0,624
ECS_5 Preocupamo-nos com os sentimentos e com o bem-estar dos outros membros.	60	3	5	4,57	0,593
Total Escala de Comportamento de Suporte	60	3,4	5	4,63	0,451

Quanto à Escala de Resiliência Grupal, verificamos que os valores médios são superiores ao ponto médio de 2 (tabela 3). Verificou-se a adequação da análise fatorial, confirmada através dos índices de KMO=0,68 e do Teste de Esfericidade de Bartlett,  $\chi^2(3) = 72,802$ ,  $p = 0,000$ . A rotação *varimax* produziu uma estrutura fatorial constituída por três fatores que explicam 75% da variância. Apresenta ainda uma boa consistência interna, com um *alfa de Cronbach* de 0,83.

Tabela 3  
Escala Resiliência Grupal

	n	Mín.	Máx.	Média.	Desvio Padrão
RG_1 Esta equipa sabe como lidar com os desafios.	60	3	5	4,58	0,530
RG_2 Esta equipa é capaz de lidar com os momentos difíceis.	60	4	5	4,55	0,502
RG_3 Sabemos como lidar com situações difíceis, quando as temos que enfrentar.	60	3	5	4,40	0,558
Total Escala Resiliência Grupal	60	3,67	5	4,51	0,457

Quanto à Escala de Liderança Transformacional, verificamos que os valores médios, tanto de todas as questões como do valor total, são superiores ao ponto médio de 2 (tabela 4). Verificou-se a adequação da análise fatorial, confirmada através dos índices de KMO=0,85 e do Teste de Esfericidade de Bartlett,  $\chi^2(21)=308,389$ ,  $p=0,000$ . A rotação *varimax* produziu uma estrutura fatorial constituída por sete fatores que explicam 70% da variância. Apresenta ainda uma boa consistência interna, com um *alfa de Cronbach* de 0,92.

Tabela 4

*Escala Liderança Transformacional*

	n	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão
GTL_1 Comunica uma visão clara e positiva do futuro.	60	3	5	4,33	0,629
GTL_2 Trata os seus colaboradores de forma individualizada, apoia e encoraja o seu desenvolvimento.	60	4	5	4,70	0,462
GTL_3 Encoraja e atribui reconhecimento aos seus colaboradores.	60	3	5	4,65	0,515
GTL_4 Promove a confiança, o envolvimento e a cooperação entre os membros da equipa.	60	3	5	4,62	0,524
GTL_5 Estimula os membros a pensarem novas formas de ver os problemas e questiona as ideias feitas.	60	3	5	4,43	0,563
GTL_6 É claro acerca dos seus valores e pratica o que defende.	60	2	5	4,50	0,676
GTL_7 Incute orgulho e respeito nos outros e inspira-me por ser altamente competente.	60	2	5	4,63	0,610
Total Escala Liderança Transformacional	60	3,29	5	4,55	0,474

Depois de determinada a estrutura fatorial exploratória foram realizadas análises confirmatórias das estruturas fatoriais encontradas, recorrendo-se ao software AMOS 18 para responder ao objetivo da investigação: avaliar em que medida os comportamentos da liderança podem ter impacto numa equipa recém-formada para responder a uma crise pandémica, nomeadamente nos comportamentos de suporte e de resiliência grupal.

O modelo proposto foi avaliado usando o método da máxima verosimilhança aplicado aos itens originais. No ajustamento do modelo utilizou-se uma estratégia com duas fases, em que na primeira ajustou-se o modelo de medida e, na segunda, ajustou-se o modelo estrutural. A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens e a significância das trajetórias causais foi avaliada com um teste Z aos rácios críticos. Para o teste de ajuste do modelo proposto foram analisados os seguintes índices:  $\chi^2$ , CFI (*Comparative Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) e IFI (*Incremental Fit Index*). De acordo com Marôco (2014), os valores  $\chi^2/df < 2-3$ , CFI e GFI  $> 0,9$ , e RMSEA  $\leq 0,05$  indicam um bom ajustamento do modelo.

O modelo de mediação da liderança transformacional sobre os comportamentos de suporte e resiliência grupal, ajustado a 60 participantes de ambos os géneros, revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ( $\chi^2$  de 163,541;  $\chi^2/g.l$  de 1,817,  $p=0,000$ ; RMSEA=0,118; CFI=0,889). Depois de removido o item 2 da escala de comportamento de suporte foi possível obter uma qualidade satisfatória de ajustamento ( $\chi^2$  de 119,221;  $\chi^2/g.l$  de 1,548,  $p=0,001$ ; RMSEA=0,096; CFI=0,925), tendo em conta os critérios acima definidos.

A figura 1 apresenta os valores dos pesos fatoriais estandardizados e a fiabilidade individual de cada

um dos itens no modelo final simplificado. A análise das trajetórias entre os fatores revelou que a trajetória 'Liderança Transformacional > Comportamento de Suporte' é a que apresenta maior peso ( $B_{LidTransf. CompSuporte}=1,337$ ;  $SE=0,168$ ;  $\beta_{LidTransf. CompSuporte}=0,800$ ;  $p=0,000$ ), seguida pela trajetória 'Liderança Transformacional > Resiliência Grupal' ( $B_{LidTransf. ResiliênciaGrupal}=1,179$ ;  $SE=0,228$ ;  $\beta_{LidTransf. ResiliênciaGrupal}=0,630$ ;  $p=0,000$ ). Todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados, sendo que a liderança transformacional explica 64% da variância dos comportamentos de suporte da equipa e 40% da variância da resiliência grupal.

Modelo de mediação da liderança sobre os comportamentos de suporte e resiliência grupal  
 ---1a. Etapa: Modelo de medida ---  $X^2(77)=119,221$ ;  $p=,001$ ;  $X^2/df=1,548$   
 $CFI=,925$ ;  $GFI=,796$ ;  $RMSEA=,096$ ;  $P(rmsea<0.05)=,021$ ;  $MECVI=3,293$

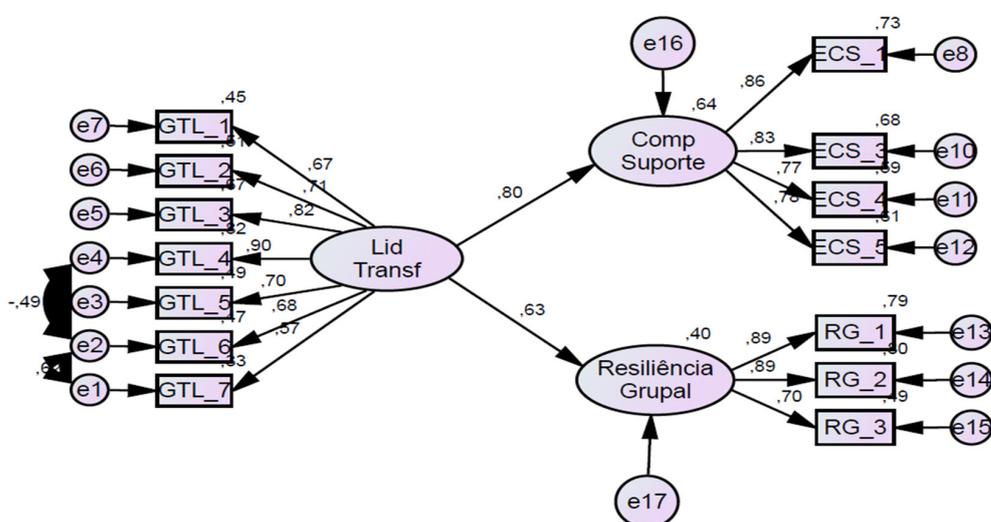


Figura 1. Modelo de mediação da liderança transformacional sobre os comportamentos de suporte e resiliência grupal

## Discussão e conclusões

Com este estudo pretendeu-se avaliar em que medida os comportamentos da liderança podem ter impacto numa equipa recém-formada para responder a uma pandemia, nomeadamente nos comportamentos de suporte e na resiliência grupal.

Os resultados evidenciam elevados níveis de comportamentos de suporte ( $4,63\pm 0,45$ ), de resiliência grupal ( $4,51\pm 0,46$ ) e liderança transformacional ( $4,55\pm 0,47$ ) de uma forma global.

Após a análise de conteúdo dos fatores relevantes com impacto na forma como a equipa geriu este momento de crise, evidenciaram-se três categorias distintas: características da equipa de origem do SMI, características da equipa formada e características da liderança.

A equipa de origem do SMI, uma "equipa de base motivada e competente" (Q58), "muito segura

e acolhedora” (Q6), com uma enorme “disponibilidade para ensinar novos elementos sem experiência” (Q18), que “conversava no final de alguns momentos de situação de crise, com o intuito de melhorarmos as nossas práticas e diminuir a nossa ansiedade (Q53).

A equipa formada para responder à situação pandémica, “uma equipa coesa e onde a entreaduda estava sempre presente” (Q24), que trabalhou “como equipa no verdadeiro sentido da palavra e em união e apoio” (Q21), com “elementos de outros serviços com vontade de aprender e trabalhar em equipa” (Q42), “diversidade de conhecimento detidos por cada membro da equipa” (Q57), onde havia “sentido de humor” (Q23), “boa disposição” (Q10) e “calma como se trabalhava em momentos de crise” (Q56). “A dedicação de todos a esta missão foi excepcional. A cooperação de todos, o espírito de equipa, tornou possível (e agradável) um trabalho demasiado árduo, que em quaisquer outras circunstâncias seria difícil de concretizar” (Q46). Havia “interajuda, sentido de dever e missão mostrado por todos os envolvidos, mesmo os que foram voluntários forçados” (Q15).

Relativamente à liderança, foi caracterizada como “liderança conciliadora e aglutinadora de sinergias” (Q58), “boa liderança, o estar disponível, o apoio constante, mesmo à distância, através de *emails* que sempre eram positivos e estimulantes por parte do enfermeiro gestor” (Q7). “O apoio da enfermeira chefe e a sua preocupação em facilitar-nos a conciliação da vida profissional e familiar, numa altura de confinamento em que as escolas estavam fechadas, foi crucial para manter a sanidade mental” (Q35). “Uma chefe que, para além de proporcionar inúmeros momentos de formação (presenciais e *online*), conseguiu estar atenta às necessidades individuais de cada um, relativamente a questões de horário: adequar o horário à disponibilidade dos cônjuges, para que não houvesse tanta necessidade de trocas; facilitar o horário a quem tinha filhos menores em telescola e até uma particular atenção à carga emocional que estávamos a vivenciar [apesar das horas extraordinárias que tínhamos de fazer, referiu que se alguém se sentisse exausto, cansaço ou sem conseguir dormir bem, para a avisar para reajustar o horário]. Conseguir identificar-se com a nossa exaustão física e emocional motivou-nos para conseguir ultrapassar aquela fase da pandemia (dezembro-fevereiro)]” (Q42). Havia “uma preocupação constante não só com o desempenho profissional, mas também com o bem-estar de cada elemento da equipa por parte da enfermeira gestora. Para além disso, sempre motivou a equipa, ajudou a lidar com os momentos mais complexos e partilhou diversas oportunidades de formação. Todos estes aspetos contribuíram para a motivação e para a coesão da equipa” (Q43). Também os “enfermeiros coordenadores tiveram um papel muito importante na organização e orientação das equipas” (Q8), sendo que a “capacidade de liderança por parte dos enfermeiros coordenadores em cada turno” (Q55) foi fundamental.

Através da interpretação do modelo de mediação da liderança transformacional sobre os comportamentos de suporte e de resiliência grupal desenvolvido neste estudo (fig. 1), verificou-se que a liderança transformacional se mostrou preditora da capacidade de resiliência grupal e comportamento de suporte, ou seja, à medida que aumenta a liderança transformacional, aumenta também o comportamento de suporte e a resiliência grupal da equipa.

Os resultados encontrados são corroborados pelo estudo de Pessoa (2016), que sugere que a ação dos líderes é fundamental na promoção da resiliência e dos comportamentos de suporte, por forma a melhorar a eficácia da equipa. Os líderes transformacionais têm um papel preponderante na resiliência e nos comportamentos de suporte da equipa, assim como estes constituem fatores potenciadores dos resultados da liderança. Para Bass & Riggio (2006) é função dos líderes transformacionais converter crises em desafios que incrementam o desenvolvimento da equipa, demonstrando capacidade de resiliência e suporte na sua prática diária, conferindo vantagem competitiva às organizações de saúde.

No estudo de Asif et al. (2019) tornou-se evidente o papel significativo que a liderança transformacional desempenha na melhoria das condições e ambiente de trabalho, permitindo ao enfermeiro estabelecer boas relações com os utentes e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Sugere ainda que a liderança transformacional pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados numa organização de saúde, aumentando a satisfação profissional.

Analisando os comportamentos que o líder transformacional deve demonstrar, definidos por Carless, Wearing & Mann (2000), é evidente desta análise que a liderança transformacional esteve presente na equipa formada para responder a uma crise pandémica, num ambiente de alta complexidade como são os cuidados intensivos.

Para a superação da equipa num momento de crise é fundamental, da parte do líder, capacidade de demonstrar um conjunto de valores para ultrapassar um desafio; resiliência; atenção às competências e necessidades individuais da sua equipa e comportamentos de suporte à equipa nas situações difíceis e desafiadoras, dando *empowerment* e envolvendo a equipa na resolução de problemas e tomada de decisão num clima participativo e cooperativo. O líder demonstra e inspira a equipa a elevados níveis de motivação e desempenho, liderando pelo exemplo.

Dias (2017) refere que um líder que adote um estilo de liderança transformacional tende a gerar um clima grupal caracterizado pela coesão, a qual influencia positivamente a eficácia grupal, gerando impacto nos resultados de grupo.

A coesão grupal é decisiva para qualquer organização e é fundamental para que se alcancem resultados positivos. Esta aumenta quando a equipa trabalha em prol dos mesmos objetivos, com entrega e dedicação ao trabalho que realizam, sendo que, quanto maior for a confiança e cordialidade transmitida, maior será a coesão e a produtividade da equipa. Uma equipa coesa permite ainda que os seus elementos permaneçam juntos, confiem uns nos outros, sejam leais e se sintam seguros (Dias, 2017).

De facto, para responder com sucesso a uma crise pandémica, recomenda-se que a administração das organizações de saúde fomente comportamentos de liderança transformacional entre os gestores/líderes de enfermagem e que promova ambientes de *empowerment* e autonomia para

apoiar as equipas. Nos contextos de crise é importante haver uma equipa base coesa, competente e motivada, associada a uma liderança transformacional que lidere pelo exemplo, demonstrando comportamentos de suporte e resiliência.

## Referências bibliográficas

- Albuquerque, L. (2016). *Team resilience and team effectiveness: Adaptation of measuring instruments*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade de Coimbra.
- Alliger, G., Cerasoli, C., Tannenbaum, S., & Vessey, W. (2015). Team resilience: How teams flourish under pressure. *Organizational Dynamics*, 44(3), 176–184. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2015.05.003>
- Asif, M., Jameel, A., Hussain, A., Hwang, J., & Sahito, N. (2019). Linking transformational leadership with nurse-assessed adverse patient outcomes and the quality of care: Assessing the role of job satisfaction and structural empowerment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2381), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132381>
- Aubé, C., & Rousseau, V. (2005). Team goal commitment and team effectiveness: The role of task interdependence and supportive behaviors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 9(3), 189-204. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.9.3.189>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bass, B., & Riggio, R. (2006). *Transformational leadership* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Beveren, P., Dimas, I, Lourenço, P., & Rebelo, T. (2017). Psychometric properties of the portuguese version of the Global Transformational Leadership (GTL) scale. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2017.02.004>
- Carless, S., Wearing, A., & Mann, L. (2000). A short measure of transformational leadership. *Journal of Business and Psychology*, 14(3), 389-405. <https://doi.org/10.1023/A:1022991115523>
- Dias, A. (2017). *Liderança transformacional e eficácia grupal: O papel mediador da coesão grupal*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade de Coimbra.
- Gibson, R., Armstrong, A., Till, A., & McKimm, J. (2017) Learning from error: Leading a culture of safety. *British Journal of Hospital Medicine*, 78(7), 402-406. <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.7.402>
- Hu, Y., Zhu, L., Zhou, M., Li, J., Maguire, P., Sun, H., & Wang, D. (2018). Exploring the influence of ethical leadership on voice behavior: How leader-member exchange, psychological safety and psychological empowerment influence employees' willingness to speak out. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 1718. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01718>
- Instituto Nacional de Administração. (2020). *Guia para a liderança em ambientes de crise*.

- Kumar, M. (2019). Championing equity, empowerment, and transformational leadership in (Mental Health) research partnerships: Aligning collaborative work with the global development agenda. *Frontiers in Psychiatry, 10*, Article 99. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00099>
- Marôco, J. (2014). Análise de equações estruturais: *Fundamentos teóricos, software e aplicações* (2ª ed.). Cafilesa.
- Moore, C. (2020) Nurse leadership during a crisis: Ideas to support you and your team. *Nursing Times, 116*(12), 34-37.
- Nalin, R., & Cassandre, M. (2016). A liderança em tempos de crise: A confiança entre líderes e liderados. *Psicologia.pt*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1051.pdf>
- Pessoa, C. (2016). *Liderança transformacional e a eficácia grupal: O papel mediador da resiliência e dos comportamentos de suporte*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade de Coimbra.
- Rousseau, V., Aubé, C., & Tremblay, S. (2013). Team coaching and innovation in work teams: An examination of the motivational and behavioral intervening mechanisms. *Leadership & Organization Development Journal, 34*(4), 344-364. <https://doi.org/10.1108/LODJ-08-2011-0073>
- Stephens, J., Heaphy, E., Carmeli, A., Spreitzer, G., & Dutton, J. (2013). Relationship quality and virtuousness: Emotional carrying capacity as a source of individual and team resilience. *Journal of Applied Behavioral Science, 49*(1), 13–41. <https://doi.org/10.1177/0021886312471193>
- Su, F., Cheng, D., & Wen, S. (2019). Multilevel impacts of transformational leadership on service quality: Evidence from China. *Frontiers in Psychology, 10*, Article 1252. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01252>

## 8. ANÁLISE DE CUSTOS DA PRIMEIRA VAGA DA PANDEMIA COVID-19 NA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NUM HOSPITAL PORTUGUÊS

**Eduardo Santos** <sup>1, 2, 3</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-0557-2377>

**Ricardo J. O. Ferreira** <sup>2, 3, 4</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2517-0247>

**Andréa Ascensão Marques** <sup>1, 2, 3</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2026-9926>

**Liliana Sousa** <sup>5</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-6445-0236>

**António Marques** <sup>2, 3</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-8777-943X>

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Portugal.

<sup>3</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Núcleo de Investigação em Enfermagem, Portugal.

<sup>4</sup> Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Portugal.

<sup>5</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Urgência, Portugal.

### Resumo

#### O que já se sabia sobre o assunto?

A pandemia de coronavírus de 2019 (COVID-19) impôs vários desafios aos sistemas de saúde que, para garantir uma resposta adequada, tiveram de lidar com a escassez de profissionais de saúde, de equipamento de proteção individual (EPI) e de equipamento hospitalar, bem como adequar circuitos e reorganizar as próprias instituições, entre outras necessidades (American Hospital Association, 2020; Kaye et al., 2020; Pak et al., 2020).

Apesar do crescimento do número de serviços dedicados e de todos os esforços desenvolvidos em prevenção e preparação, os aumentos exponenciais do número de doentes testaram os limites de capacidade de resposta dos sistemas de saúde, em particular, dos seus profissionais (Kaye et al., 2020).

A gestão de pessoas em instituições de saúde tem enfrentado provações sem precedentes, exigindo substituições por infeção/ doença e subsequentes períodos de absentismo laboral, a criação de novos serviços, mobilidades e novas contratações de profissionais de saúde, trabalho suplementar, entre outros ajustes (American Hospital Association, 2020; Kaye et al., 2020; Santos et al., 2020). Todas estas dinâmicas têm importantes implicações para a gestão das pessoas e representam verdadeiros desafios económicos. Um relatório, que se limitou ao estudo do impacto

económico de 1 de março a 30 de junho de 2020, estimou a perda de 202,6 mil milhões de dólares em receitas para os hospitais e sistema de saúde americano, ou uma média de 50,7 mil milhões de dólares por mês (American Hospital Association, 2020). No caso de países de baixo e médio rendimento, foi estimado que estes custos poderiam atingir os 52 mil milhões de dólares (equivalente a 8,60 dólares por pessoa) a cada quatro semanas, para fornecer uma resposta eficaz de cuidados de saúde à COVID-19 (American Hospital Association, 2020).

Não existem estudos nacionais e europeus devidamente robustos sobre o impacto económico. Contudo, é perceptível que as receitas hospitalares e dos sistemas de saúde diminuíram drasticamente em resultado da pandemia da COVID-19, nomeadamente com o cancelamento da atividade não urgente. Estas perdas de receitas foram agudizadas com um aumento acentuado dos custos dos hospitais, associados ao maior número de internamentos por COVID-19 em enfermarias e/ou serviços de cuidados intensivos dedicados, cujos elevados custos de tratamento (American Hospital Association, 2020) recebem um financiamento inferior à despesa (Shin et al., 2021). Também os custos do apoio aos profissionais subiram exponencialmente, dos quais se podem salientar os custos de materiais, de rastreio e testes COVID-19, entre outros. Por fim, a falta de preparação e da necessidade acrescida de material específico para profissionais de saúde, como é caso dos EPI e outros equipamentos hospitalares, terá exposto várias deficiências dos sistemas de saúde em todo o mundo, impondo uma criação de novos planos essenciais de preparação para pandemias (Higginson et al., 2020; Kaye et al., 2020; Shukla et al., 2020).

Como a evidência nesta área se mantém escassa, procurámos analisar os custos da primeira vaga da pandemia COVID-19 (de 1 de março a 31 de maio de 2020) com a gestão de recursos humanos num hospital universitário.

### **Qual foi o objetivo do estudo?**

O objetivo foi analisar os custos da primeira vaga da pandemia COVID-19 na gestão de recursos humanos num hospital português. Para o efeito foi formulada a seguinte questão de investigação: Quais são os custos da primeira vaga da pandemia COVID-19 com a gestão de recursos humanos num hospital português?

### **O que é que este estudo adicionou ao que já se conhecia?**

Do estudo económico, retrospectivo e unicêntrico que analisou os custos associados ao absentismo, com novas contratações e trabalho suplementar de 6.994 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica), através das diferenças de custos entre 1 de março e 31 de maio de 2020 e o período homólogo de 2019, apurou-se que se gastaram mais 8.817.199,84 euros com pessoal (absentismo: 6.842.284,64 euros; novas contratações: 363.540,03 euros; trabalho suplementar: 1.611.375,17 euros).

Relativamente ao absentismo, os médicos foram os que apresentam a maior diferença de custo (4.110.824,96 euros), seguidos pelos enfermeiros (1.473.195,36 euros), assistentes operacionais (825.707,52 euros) e técnicos de diagnóstico e terapêutica (432.556,80 euros). Também constatámos que os enfermeiros são o único grupo profissional cujos custos associados ao absentismo são superiores nos casos de Contrato Individual de Trabalho quando comparados com os Contratos de Trabalho em Funções Públicas (824.439,84 euros vs. 648.755,52 euros, respetivamente). O grupo profissional com maior absentismo registado foram os assistentes operacionais, com um total de 33.358 dias úteis de ausência.

Foram contratados mais 47 enfermeiros e 64 assistentes operacionais em comparação com o período homólogo, traduzindo uma diferença de custos de 363.540,03 euros.

Em relação ao custo com o trabalho suplementar, os médicos são o grupo profissional com as maiores diferenças de custo (759.135,83 euros), seguindo-se os enfermeiros (506.883,41 euros), os assistentes operacionais (269.039,30 euros) e, por último, os técnicos de diagnóstico e terapêutica (76.316,63 euros).

### **Que implicações se podem retirar para a prática e futuros desenvolvimentos?**

Este estudo permitiu concluir que a gestão da primeira vaga da pandemia de COVID-19 apresentou um enorme impacto financeiro, com a quase triplicação dos custos globais com profissionais de saúde, representando quase 9 milhões de euros gastos a mais do que no período homólogo de 2019.

Dado que a pandemia da COVID-19 se continua a disseminar globalmente, com sucessivas “vagas”, é expectável que o vírus tenha um efeito insidioso na economia mundial, em especial no setor da saúde. Este facto trará relevantes implicações para a prática, pois os hospitais e os profissionais de saúde são influenciados negativamente, o que pode levar a danos futuros para o sistema de saúde.

É recomendado que sejam promovidas políticas financeiras de apoio que possam ajudar a mitigar o efeito da COVID-19 sobre os sistemas de saúde, tais como a reorganização dos modelos assistenciais hospitalares e das prioridades de saúde pública e, por fim, a preparação de planos de contingência para futuras vagas de COVID-19 e/ou outras respostas pandémicas.

Tendo por base a escassez de estudos de análises de custos e económicos que se debruçaram sobre os efeitos do COVID-19 nos sistemas de saúde recomendamos a realização de mais estudos para que se possam estabelecer comparações/*benchmarking* entre instituições, avaliar o impacto das ações implementadas e concertar políticas salubres reorganizadoras dos modelos assistenciais.

O texto integral deste resumo pode ser consultado em:

Santos, E., Ferreira, R. J., Marques, A. A., Sousa, L., & Marques, A. (2021). Análise de custos da primeira vaga da pandemia COVID-19 na gestão de recursos humanos num hospital português. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(Supl. 8), e21031. <https://doi.org/10.12707/RV21031>

## Referências Bibliográficas

- American Hospital Association. (2020). *Hospitals and health systems face unprecedented financial pressures due to COVID-19*. [www.aha.org](http://www.aha.org)
- Higginson, S., Milovanovic, K., Gillespie, J., Matthews, A., Williams, C., Wall, L., Moy, N., Hinwood, M., Melia, A., & Paolucci, F. (2020). COVID-19: The need for an Australian economic pandemic response plan. *Health Policy and Technology*, 9(4), 488-502. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.017>
- Kaye, A. D., Okeagu, C. N., Pham, A. D., Silva, R. A., Hurley, J. J., Arron, B. L., Sarfraz, N., Lee, H., Ghali, G. E., Gamble, J., Liu, H., Urman, R., & Cornett, E. M. (2020). Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.009>
- Pak, A., Adegboye, O. A., Adekunle, A. I., Rahman, K. M., McBryde, E. S., & Eisen, D. P. (2020). Economic consequences of the COVID-19 outbreak: The need for epidemic preparedness. *Frontiers in Public Health*, 8(241), 1-4. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00241>
- Santos, E. J., Ferreira, R. J., Batista, R., Pinheiro, V., Marques, A. A., Antunes, I., & Marques, A. (2020). Health care workers not in the frontline are more frequently carriers of coronavirus disease 2019: The experience of a tertiary Portuguese hospital. *Infection Prevention in Practice*, 2(4), 100099. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2020.100099>
- Shin, J.-h., Takada, D., Morishita, T., Lin, H., Bun, S., Teraoka, E., Okuno, T., Itoshima, H., Nagano, H., Kishimoto, K., Segawa, H., Asami, Y., Higuchi, T., Minato, K., Kunisawa, S., & Imanaka, Y. (2021). Economic impact of the first wave of the COVID-19 pandemic on acute care hospitals in Japan. *PLoS One*, 15(12), e0244852. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244852>
- Shukla, D., Pradhan, A., & Malik, P. (2020). Economic impact of COVID-19 on the Indian healthcare sector: An overview. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 8(1), 489-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20205741>

## 8.1 Comentário

### Hugo Raimundo <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital da Luz Coimbra

*“A morte prematura deve, de uma forma ou de outra, fazer-se sentir na raça humana”*

**Malthus**

Procurando encontrar respostas para a questão “Quais os custos da primeira vaga da pandemia de COVID-19 com a gestão de recursos humanos num hospital português?”, os autores do estudo “Análise de custos da primeira vaga da pandemia COVID-19 na gestão de recursos humanos num

*hospital português*” (Santos et al., 2021) evidenciam que a primeira vaga da pandemia COVID-19 apresentou, naquela unidade hospitalar, um impacto financeiro com a quase triplicação dos custos com pessoal, acarretando um acréscimo de quase **nove milhões de euros** nos primeiros 3 meses da crise, quando comparado com período homólogo de 2019 (de 1 de março a 31 de maio). Salientam igualmente que, pese embora o presente estudo se ter focado na gestão da primeira vaga, “as estimativas dos custos apenas foram baseadas no custo associado ao absentismo, novas contratações e trabalho suplementar, não considerando o impacto da perda da receita associada a produção não realizada”. Daqui se poderá depreender que, atendendo a que a segunda vaga de COVID-19 se traduziu num “impacto infeccioso” significativo na população portuguesa, numa altura em que a vacinação ainda não estava disponível para a larga maioria da população, projeto que o impacto de custos associado aos níveis de absentismo gerados após a segunda vaga e as consequentes necessidades de contratação, impactaram de forma (provavelmente) ainda mais significativa ao nível de custos nas instituições e sistema de saúde português.

Questiono-me sobre se estes custos imediatos, relacionados com as respetivas vagas desta pandemia, resultam tão somente das circunstâncias inerentes à evolução da mesma, ou se não incorporam limitações e insuficiências há muito discutidas nas instituições e sistema de saúde e que foram brutalmente expostas na resposta imediata, sendo certo que se manifestarão durante vários anos após o término da pandemia.

Tal como nos descreve Casimiro Cavaco Dias, no livro “Pandemia – Resiliência do Sistema de Saúde” (2021), assistimos e continuaremos a assistir a diferentes níveis de impacto da pandemia na saúde a curto, médio e longo prazo: a primeira onda, em que a resposta imediata passou por assegurar a resposta ao crescente número de pessoas hospitalizadas e em cuidados intensivos; uma segunda onda de doenças crónicas, não COVID-19, que não foram devidamente prevenidas, geridas e tratadas na primeira, e que, em minha opinião, começamos a sentir neste preciso momento, com a constatação dos níveis de mortalidade que nos têm surpreendido (ou não) nos anos de 2021 e 2022; e ainda uma terceira onda de consequências económicas generalizadas por alterações drásticas nas cadeias de abastecimento/distribuição, danos na saúde mental da população e, ainda, um “hiato” formativo transversal nas mais variadas áreas do saber, nomeadamente no setor da saúde.

Vivemos tempos complexos. Certamente não mais nem menos complexos que as gerações antepassadas, mas com certeza de complexidade e velocidades diferentes.

A pandemia da COVID-19, aproveitando-se de forma genial de um mundo em desordem, parou literalmente o dia-a-dia tal qual o conhecemos e virou as nossas vidas do avesso, prosperando por entre as fragilidades dos sistemas de saúde e das desigualdades sociais. Alterou transversalmente a forma como vivemos, trabalhamos, consumimos, ensinamos e aprendemos. De forma repentina a COVID-19 forçou-nos a reavaliar o que é mais importante para todos nós: salvar vidas e proteger a saúde (Dias, 2021).

Controlar o risco de novos surtos infecciosos e de pandemias exige, em primeiro lugar, o funcionamento dos serviços públicos de saúde. Se for possível encontrar e isolar doentes e esterilizar o contacto, a cadeia de infeção quebra-se. É do interesse de todos que cada sistema de saúde garanta o mínimo de cobertura de saúde e de prontidão para respostas epidémicas. Contudo, em 2020, ficámos a saber que o desafio é consideravelmente maior quando há uma doença que pode espalhar-se com facilidade a partir de pessoas que mostram poucos ou nenhuns sintomas.

No entanto, sabemos que o que pode determinar quanto tempo as pessoas conseguirão manter-se distanciadas, e qual o número de pessoas, depende muito da variável “trabalho”. Para alguns trabalhadores afortunados, trabalhar a partir de casa é simples e direto, mas para muitos outros essa é uma situação impossível de realizar. Muitos dos maiores focos de contágio foram os locais de trabalho, entre os quais unidades de transformação agroalimentar, hospitais e lares de idosos. Assegurar apoio financeiro aos que não saem de casa porque não precisam e fornecer equipamento de proteção e formação aos restantes é uma maneira de reduzir o impacto económico e de salvar vidas. Pensar em mecanismos financeiros para acomodar equitativamente os custos dos confinamentos é uma parte vital da preparação para futuras pandemias.

Poderá esta pandemia ser um ponto de viragem para reinventar e criar o futuro de um sistema de saúde e de instituições mais capazes e mais resilientes, não esquecendo e não deixando ninguém para trás?

O desígnio da cobertura universal de saúde não protege apenas as pessoas contra ameaças à saúde, mas também atenua o impacto socioeconómico da(s) pandemia(s). A COVID-19 enfatizou a importância do acesso universal, atendendo a que se alguém fica sem acesso/sem contacto com os serviços de saúde necessários, toda a população ficará em risco. No entanto, a pandemia atrasou o progresso rumo à tão ambicionada cobertura universal, uma vez que conduziu a uma “desenfreada” (embora eventualmente justificada) procura de serviços de saúde, mas que forçou uma realocação, rápida e flexível, de recursos, que descapitalizaram de forma significativa a resposta a outros domínios da saúde.

Voltemos um pouco atrás: na fase inicial do combate à doença COVID-19, muitos países (Portugal foi, talvez, uma das poucas exceções), falharam na estratégia de comunicação em saúde: muitos líderes menosprezaram o risco que o vírus representava (ou pelo menos não valorizaram a opinião dos peritos) tal como a resposta que seria necessário dar, ofereceram maus exemplos quando foi preciso aplicar o distanciamento social e o uso de máscaras. Os hospitais esforçaram-se por lidar com a carga de doentes e queixaram-se (uma vez mais) da falta crónica de unidades de isolamento, de ventiladores e de equipamento básico de proteção individual, incluindo máscaras. As medidas de distanciamento social foram introduzidas demasiado tarde em muitas regiões e levantadas demasiado cedo noutras (atente-se o exemplo de Portugal, no início do inverno de 2020, período em que a vacina ainda não estava disponível). Mesmo assim, em Portugal e em todo

o mundo, as tentativas de limitar o alastramento do coronavírus pela redução do contacto foram de uma dimensão sem precedentes.

Vimos que, por causa da sua escala impressionante (mas muito provavelmente necessária), estas iniciativas acarretaram custos. Hoje sabemos e reconhecemos que poderiam e deveriam ter sido reduzidos e, o mais importante, podiam ter sido poupadas vidas se os países estivessem mais bem preparados.

A propósito da necessidade de criar sistemas de saúde resilientes e a pensar em surtos futuros (que inevitavelmente acontecerão) os governos deviam alargar as reservas de máscaras, equipamento médico básico e medicamentos, assim como, e atendendo ao facto de que os países que mais cedo testaram os cidadãos tiveram melhores resultados, deveria ser criado, em cada país, uma infraestrutura de saúde pública sólida com os equipamentos necessários para assegurar e coordenar a testagem, identificação e isolamento.

De igual forma, e conforme determinado quer por legislação/normas de saúde ou por requisitos em muitos dos sistemas de certificação e acreditação em saúde, todas as unidades de saúde deveriam incorporar nos seus sistemas de governação clínica a capacidade permanente para resposta célere a surtos epidémicos das mais variadas tipologias. Importa por isso alterar o paradigma atual da gestão de surtos, ou seja, também nos surtos epidémicos importa controlar o aumento do peso da doença na comunidade, em vez de apenas assegurar o tratamento das pessoas doentes.

Outra lição fundamental que retiramos da atual pandemia é o quão necessitados estamos de uma verdadeira cooperação global planetária verdadeiramente aperfeiçoada. Se temos doenças globais, precisamos de respostas globais. Importa lembrar que o regulamento sanitário internacional obriga os países a comunicar à OMS, no prazo máximo de 24 horas, qualquer acontecimento que possa constituir uma “emergência de saúde pública de âmbito internacional”. No entanto, esta comunicação não acontece repetidamente dado que muitos dos países membros não têm os requisitos essenciais exigidos para emitir os alertas e responder a esses acontecimentos perigosos (Rosling, Rosling, Rönnlund, 2019).

Repensar a preparação, a prevenção, a deteção e a resposta às emergências de saúde pública, a partir das lições aprendidas com a COVID-19, exige um investimento previsível e sustentável, sendo certo que sistemas de saúde universais, que integram capacidade de saúde pública a todos níveis da governação clínica, serão a nossa maior defesa contra as pandemias (Dias, C., 2012).

Esta pandemia fez aparecer um novo, vasto e multicultural conjunto de heróis na luta contra as doenças infecciosas, de enfermeiros e médicos a repositores e pessoal das entregas. Graças a pessoas como estas sabemos todos que continuaremos a desferir golpes vibrantes na ameaça da morte prematura, como preconizada por Malthus, para a manutenção da espécie humana (Malthus, 2014).

## Referências Bibliográficas

- Malthus, T. (2014). *Ensaio sobre o Princípio da População*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Dias, C. (2012). The future of public health services in Europe: Strategic intersection with healthcare services. *International Journal of Healthcare Management*, 5(2), 69-73(5).
- Dias, C. (2021). *Pandemia: Resiliência do Sistema de Saúde*. (1.ª ed.). Coimbra: Edições Almedina.
- Rosling, H., Rosling, O., & Rönnlund, A. (2019). *Factfulness* (7ª ed.). Círculo de Leitores.
- Santos, E., Ferreira, R. J., Marques, A. A., Sousa, L., & Marques, A. (2021). Análise de custos da primeira vaga da pandemia COVID-19 na gestão de recursos humanos num hospital português. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(Supl. 8), e21031. <https://doi.org/10.12707/RV21031>

## 9. ORGANIZAÇÃO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO COVID-19 NO CHUC – DESCRIÇÃO DE UM ESFORÇO CONJUNTO

### **João Filipe Fernandes<sup>1</sup>**

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Assessor da Enfermeira Diretora

### **Elisabete Santos<sup>1</sup>**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Adjunta da Enfermeira Diretora

### **Áurea Andrade<sup>1</sup>**

Enfermeira Diretora

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

## Resumo

A vacinação contra a COVID-19 surge no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), como resposta organizacional, a par dos esforços dos cuidados de saúde primários em Portugal, tendo como objetivo prevenir a doença grave e suas complicações nos seus profissionais.

Com efeito, foi necessário responder a este desiderato nacional e organizacional, com eficiência, neste inovador processo de vacinação, com fluxos para os profissionais, de modo que, com uma prevalência tão elevada de COVID-19 a vacinação fosse segura. O CHUC respondeu com eficácia neste projeto multiprofissional, cumprindo as normas da Direção Geral da Saúde (DGS) e permitindo que todos os profissionais elegíveis fossem vacinados, apesar das dificuldades inerentes ao processo.

**Palavras-Chave:** Vacinação; COVID-19.

## Preparação da campanha de vacinação

Em dezembro de 2020, em plena segunda vaga da pandemia, numa altura em que o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra tinha mais de 430 camas de enfermaria e 60 camas de cuidados intensivos dedicadas a doentes COVID-19, surgiu mais um grande desafio, que foi a vacinação contra a COVID-19.

Pese embora a enorme pressão assistencial nos serviços de urgência e o número elevado de internamentos, foi com entusiasmo e esperança que foi constituída, pela Senhora Enfermeira

Diretora Áurea Andrade, a equipa de enfermagem que teria como missão vacinar os cerca de 9.000 funcionários do CHUC.

A vacinação sempre foi uma área de excelência dos enfermeiros, pelo que, neste sentido, foram identificados, nos diferentes polos do CHUC, enfermeiros com experiência em vacinação, os quais realizaram formação online nas vésperas do natal de 2020.

Fomos confrontados com a premência de dar a melhor resposta na vacinação de um elevado número de profissionais, cumprindo todas as normas de qualidade e segurança, nomeadamente a organização dos espaços, fluxos, e procedimentos específicos das vacinas (por exemplo, a estabilidade da vacina Comirnaty, da Pfizer). E, ainda, o desconhecimento de eventuais efeitos adversos, o que obrigou a um planeamento rigoroso e inovador que se revelou altamente eficiente.

Com efeito, a vacinação COVID-19 foi um processo que envolveu um conjunto significativo de recursos, onde o trabalho multidisciplinar foi fundamental para atingir com sucesso o objetivo, e no qual ficou patente a forma abnegada como a equipa se dedicou à missão de vacinar todos os profissionais do CHUC elegíveis, segundo as normas da DGS.

Das experiências anteriores de campanhas de vacinação, a mais significativa foi a vacinação contra a gripe sazonal, contudo em nada se podia comparar, uma vez que a vacina já estava preparada e embalada em monodose, sem restrição de pessoas nos espaços, pelo que foi necessário criar um circuito completamente novo.

Assim, foi necessário organizar todo um processo que permitiu o agendamento de 1.000 profissionais por dia, em grupos de cerca de 10 profissionais a cada 10 minutos, com um espaço de recobro que garantia as medidas de segurança. Foi organizado no Hospital Pediátrico de Coimbra, num circuito circular que incluiu secretariado, avaliação médica, posto de enfermagem para administração de vacinas e sala de vigilância pós-administração.

A equipa de vacinação constituiu-se na dependência do Conselho de Administração incluindo:

- Direção de enfermagem (organização das listagens e gestão dos dias de vacinas);
- Serviço de Medicina Ocupacional (organização de listagens, avaliação médica, administração de vacinas);
- Serviço de Imunoalergologia (avaliação médica pré-vacinal);
- Serviço de gestão de doentes (organização das listagens, agendamento da consulta, validação de presenças pré-vacinação);
- Serviços farmacêuticos (preparação e disponibilização das vacinas);
- Equipa de enfermagem de vacinação (composta por enfermeiros dos polos Hospital Pediátrico de Coimbra - HP, Hospital Geral - HG, Hospital Universitário de Coimbra - HUC e Hospital Sobral Cid - HSC);
- Equipa de assistentes operacionais (elementos da equipa móvel);

- Departamento Pediátrico (organização e logística do espaço);
- Serviço de apoio (Serviço de Informática, Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviços Hoteleiros);
- Equipa de emergência (Médico e Enfermeiro da equipa da Viatura Médica de Emergência de Reanimação do CHUC e Ambulância);
- Equipas externas (vigilância e limpeza).

Para além da complexidade logística associada a um novo processo de vacinação, houve a necessidade de criar fluxos para os profissionais, de modo que, com uma prevalência tão elevada de COVID-19, a vacinação fosse segura. Salientamos como uma das maiores dificuldades, a identificação dos profissionais elegíveis. Com efeito, foi necessário criar uma base de dados aglutinadora de todas as dimensões necessárias para a tomada de decisão, que foi evoluindo, adequando-se às normas da DGS. O facto de não haver vacinas suficientes para todos os profissionais requereu um rigoroso trabalho, de forma a cumprir escrupulosamente as normas. Reconhecendo as dificuldades de interoperabilidade existente nos sistemas, a base de dados criada permitiu, em tempo real, ter informação fiável do estado vacinal dos profissionais, possibilitando uma lista ordenada pelos critérios dos profissionais a vacinar, assim como das tomas inoculadas, facto que ajudou no acompanhamento de todos os que, por qualquer circunstância, não puderam cumprir o calendário, serem convocados para um momento vacinal seguinte.

### **Operacionalização da campanha de vacinação**

As 24 fases de campanha de vacinação contra a COVID-19 foram organizadas em dois grandes momentos, a organização da listagem/agendamento de profissionais e os dias de vacinação:

1. A organização das listagens foi realizada segundo as normas vigentes da DGS, culminando na listagem de eleitos para agendamento, que depois foi alvo de confirmação telefónica de forma a validar a presença. Como o pretendido era o máximo de agendamentos por dia, a listagem estava em permanente atualização com a inclusão de suplentes.
2. Os dias de vacinas envolveram mais de 50 profissionais por dia, onde foi necessária uma articulação perfeita entre todos. Com efeito, o facto de as vacinas contra a COVID-19 terem uma validade reduzida após preparação (cerca de 6 horas), obrigou a uma monitorização contínua de todo o processo, de forma a manter o fluxo de vacinados de acordo com o agendamento. O fornecimento regular de vacinas pelos serviços farmacêuticos, o esforço em substituir os profissionais sem condições clínicas para vacinação, e ainda, as faltas do dia, permitiram atingir o objetivo diário do máximo de agendados possíveis. Após 24 fases de vacinação, é com sentimento de dever cumprido que, no CHUC, não houve desperdício de vacinas.

No que reporta à organização dos cuidados de enfermagem, a equipa envolvida na vacinação integrou mais de 40 enfermeiros dos polos HP, HUC, HG e HSC, sendo coordenada pelo Enfermeiro João Filipe (assessor da Enfermeira Diretora), pela Enfermeira Elisabete Santos (adjunta da Enfermeira Diretora) e Enfermeira Eugénia Morais (Enfermeira Gestora em funções de direção no

Departamento Pediátrico). O espaço de vacinação compreendeu 10 postos de trabalho, e cada posto foi constituído por uma equipa de 2 enfermeiros que se foram substituindo ao longo do dia (normalmente de 12 horas). Todas as vacinas administradas foram registadas na plataforma e-VACINAS (integrada no Registo de Saúde Eletrónico). A formação inicial foi promovida pela DGS / SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde). Foram administradas todas as vacinas disponíveis em Portugal, maioritariamente foi a Comirnaty (Pfizer), de seguida a Vaxzevria (AstraZeneca) e em quantidades pouco expressivas a vacina Jansen (Johnson & Johnson) e Spikevax (Moderna).

Até janeiro de 2022 foram administradas no CHUC cerca de 25 mil vacinas, sendo que, para além dos profissionais deste Centro Hospitalar, foram também vacinados profissionais do Instituto de Medicina Legal, Faculdade de Medicina Dentária, Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde, Serviço de Utilização Comum dos Hospitais e Grupo 8 – Segurança, tendo representado cerca de 11% dos vacinados. Foram ainda vacinados os utentes em diálise peritoneal e os utentes da consulta de Imunoalergologia. Embora não vacinados no dispositivo localizado no Hospital Pediátrico, a equipa de vacinação do CHUC acompanhou a vacinação dos utentes em hemodiálise no CHUC e os utentes internados no Hospital Sobral Cid (unidades de internamento de longa duração).

Em termos de horizonte temporal, o dispositivo de vacinação no CHUC esteve em funcionamento por fases, desde o dia 27 de dezembro de 2020 até ao dia 27 de julho 2021. De agosto até outubro de 2021, a vacinação COVID-19 foi realizada no Serviço de Saúde Ocupacional. Com a necessidade de administração da dose de reforço, também designada de 3.<sup>a</sup> dose, foi necessário colocar novamente todo o dispositivo operacional, tendo sido vacinados durante seis dias consecutivos 6.200 profissionais. Foi uma campanha de vacinação sem precedentes, que mereceu o esforço dedicado de toda a equipa, e que permitiu, num curto espaço de tempo, estabelecer todo o circuito e dar novamente um contributo decisivo para a segurança dos profissionais do CHUC, num momento em que voltou a haver um aumento significativo das infeções por SARS-CoV-2.

Tabela 1

*Distribuição de inoculações por proveniência*

<b>Vacinados</b>	<b>n</b>
Profissionais CHUC	22129
Profissionais (Fora CHUC)	1852
Utentes crónicos HSC	261
Utentes Imunoalergologia	514
Utentes Nefrologia	189
<b>Total Geral</b>	<b>24945</b>

Tabela 2

*Distribuição por fase e inoculação*

<b>Fases</b>	<b>1.ª inoculação</b>	<b>2.ª inoculação</b>	<b>Total</b>
1.ª fase	2310	0	2310
2.ª fase	1672	0	1672
3.ª fase	414	2250	2664
4.ª fase	60	1628	1688
5.ª fase	641	1	642
6.ª fase	38	415	453
7.ª fase	1562	67	1629
8.ª fase	16	662	678
9.ª fase	54	0	54
10.ª fase	237	0	237
11.ª fase	13	74	87
12.ª fase	102	0	102
13.ª fase	344	1426	1770
14.ª fase	9	101	110
15.ª fase	151	354	505
16.ª fase	10	3	13
17.ª fase	216	106	322
18.ª fase	191	31	222
19.ª fase	7	21	28
20.ª fase	52	19	71
21.ª fase	11	17	28
22.ª fase	2	9	11
23.ª fase	4	5	9
<b>Total 1ª e 2ª Doses</b>	<b>8.116</b>	<b>7.189</b>	<b>15.305</b>
Terceira Dose (24.ª fase)			<b>6.825</b>
<b>Total Geral</b>			<b>22.130</b>

Tabela 3

*Distribuição de vacinados por categoria profissional*

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Porcentagem</b>
Administrador Hospitalar	88%
Assistente Operacional	88%
Enfermeiro	92%
Assistente Técnico	87%
Médico	78%
Outras Categorias	90%
Farmacêutico	92%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	90%
Técnico Superior de Saúde	94%
Técnico Superior	91%

## Considerações Finais

Dos numerosos momentos de dificuldade, salientamos dois em particular: a elaboração das listas e a gestão do final de cada dia de vacinação. Particularmente na primeira fase, altura em que se fazia sentir a escassez de vacinas e tendo, como princípio, não desperdiçar nenhuma vacina atendendo à sua curta margem de validade, tornava-se muitas vezes um desafio, no final de cada dia, convocar novos profissionais para a vacinação num curtíssimo espaço de tempo.

Muitas são as ilações que se podem extrair do dispositivo montado da vacinação COVID-19, como a importância do trabalho em equipa multidisciplinar, não só relativamente aos profissionais de saúde, mas de todas as estruturas do hospital. Salientamos, ainda, o envolvimento e disponibilidade dos enfermeiros durante toda a pandemia, que evidenciaram a sua capacidade ímpar de responder às novas necessidades, com grande espírito de missão.

Passada a campanha de vacinação COVID-19, enfatizamos o facto do CHUC ter respondido de forma eficaz, com uma taxa de cumprimento vacinal de 90%. Este facto foi determinante para proteger a saúde dos profissionais, mitigando o risco para que estes pudessem responder, com qualidade e segurança, ao grande desafio que foi colocado aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde.

## 10. FOLLOW-UP TELEFÓNICO DE APOIO A ENFERMEIROS E ASSISTENTES OPERACIONAIS DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA DURANTE O ISOLAMENTO POR COVID-19

### **Goreti Almeida<sup>1</sup>**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

### **João Filipe Fernandes<sup>1</sup>**

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Assessor da Enfermeira Diretora

### **Elisabete Santos<sup>1</sup>**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Adjunta da Enfermeira Diretora

### **Áurea Andrade<sup>1</sup>**

Enfermeira Diretora

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

## Resumo

O *follow-up* telefónico de apoio foi realizado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a profissionais (Enfermeiros e Assistentes Operacionais), infetados em contexto profissional com SARS-CoV-2, no sentido de intervir na situação de crise e promover recursos adaptativos necessários à sua recuperação.

Os dados foram recolhidos através da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21 validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al., 2004) e de um guião de orientação do *Follow-up* telefónico, recorrendo aos princípios da Primeira Ajuda em Saúde Mental (Loureiro, 2014; Sequeira, 2016), da Intervenção em Crise (Chalifour, 2007; Sequeira, 2016) e da Terapia de Suporte (Chalifour, 2007).

Foram realizadas 2.046 chamadas telefónicas a 682 profissionais do CHUC. Os resultados evidenciam que os níveis de *stress* e ansiedade moderados corresponderam a 41,3% e 17,4% respetivamente, antes do acompanhamento e intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e de Psiquiatria (EESMP), e apenas 2,6% apresentava depressão. Relativamente às intervenções de enfermagem especializadas, as mais realizadas foram: a escuta ativa, o apoio emocional, identificação de estratégias de *coping*, a promoção de auto perceção positiva e a psicoeducação. Ainda a salientar que os participantes referiram ter sido importante o envolvimento e a ajuda disponibilizada durante o período de maior vulnerabilidade. Os resultados mostraram impacto positivo da intervenção na saúde mental dos profissionais do CHUC.

**Palavras-Chave:** *Follow-up*; COVID-19; Pandemia; Saúde Mental; Profissionais de Saúde.

## Enquadramento

A COVID-19 é a designação dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para identificar a doença respiratória aguda grave, provocada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 e cuja transmissão ocorre de pessoa a pessoa, por meio de gotículas respiratórias. Pode provocar sintomas como febre, tosse, cansaço, perda de paladar ou olfato e menos comuns cefaleias, odinofagia, mialgias, diarreia, irritações na pele e olhos. E ainda, sintomas graves como a dificuldade respiratória com dor durante a inspiração (*World Health Organization, 2020*).

Esta estirpe de coronavírus em particular, foi identificada pela primeira vez em dezembro de 2019 na China, na cidade de Wuhan, mas rapidamente afetou milhões de pessoas em todo o mundo e envolveu todos os continentes, tendo a 11 de março de 2020 sido decretada pela OMS a pandemia (*World Health Organization, 2020*).

Face a esta ameaça de Saúde Pública, foram definidas diversas fases de resposta, de acordo com a avaliação de risco para COVID-19 e o seu impacto em Portugal. A 2 de março, foi confirmado o primeiro caso em território português e a 19 de março de 2020, foi declarado estado de emergência, como consequência da evolução da pandemia em Portugal (Correia et al., 2020).

Atendendo à taxa de mortalidade, à elevada capacidade de propagação do vírus SARS-CoV-2 e à imprevisibilidade na evolução da doença, foi necessário implementar medidas de saúde pública para a proteção da população e controlo epidemiológico ao longo desta pandemia, como o isolamento social e o distanciamento com importantes implicações individuais, sociais e financeiras (Freire et al., 2022).

Ainda segundo o mesmo autor, as incertezas provocadas pela COVID-19, os riscos de contaminação, o quadro político e económico que se instalou, a proliferação de notícias falsas e o isolamento podem agravar ou gerar problemas mentais por alterações repentinas no comportamento, nas emoções e no pensamento.

O Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020, da OMS, refere que em Portugal, assim como em outros países, há necessidade de serem prestados serviços de Saúde Mental abrangentes e integrados. Pensando na estratégia, os sistemas de informação digitais (telefone, email...) são um instrumento facilitador da intervenção, amplamente aplicada ao setor da saúde, agilizando tempo e custos, proporcionando variedade na intervenção: triagem, monitorização, psicoeducação, apoio e de promoção da saúde (*World Health Organization, 2013*).

Nesta área de intervenção os enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria têm um papel determinante, planeando, implementando e avaliando intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional que promovem a saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo a OMS, os profissionais de saúde em contexto de pandemia COVID-19 apresentam

altos níveis de ansiedade, com elevado risco de desenvolvimento de sintomatologia depressiva e aumento do número de casos do Síndrome de *Burnout* (Oliveira, 2021).

Assim, é necessário o apoio psicossocial, psicoterapêutico e psicoeducacional na preservação da saúde mental destes profissionais e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Decorrente da evidência dos dados do impacto da pandemia nos profissionais de saúde, surge a reflexão sobre a premência de implementar medidas promotoras da saúde mental e bem-estar nos profissionais de saúde e que vá ao encontro das suas necessidades.

Com base nestes pressupostos, a Enfermeira Diretora do CHUC, preocupada com a saúde e bem-estar dos recursos humanos que estão na sua dependência, e de acordo com os mais elevados padrões de Humanização, promoveu um programa de *follow-up* telefónico dirigido a estes profissionais, infetados em contexto profissional com SARS-CoV-2, no sentido de intervir na situação de crise (ansiedade, *stress* e tristeza) e estimular o desenvolvimento de medidas adaptativas necessárias à sua recuperação. De facto, é necessário apoio para as pessoas se reerguerem e se reorganizarem e para se perceber qual o impacto da pandemia por COVID-19, na saúde dos profissionais do CHUC.

A representação mental

## **Metodologia**

A dimensão estudada foi a adequação técnico-científica, isto é, a utilização dos recursos e conhecimentos dos EESMP para produzir saúde mental e prevenção da doença mental nos profissionais de saúde em isolamento por COVID-19.

No projeto de intervenção de *follow-up* telefónico, foram colhidos dados sociodemográficos e qualitativos, através do guião elaborado, recorrendo sobretudo aos princípios da Primeira Ajuda em Saúde Mental (Loureiro, 2014) da Intervenção em Crise (Chalifour, 2007; Sequeira et al., 2016) e da Terapia de Suporte (Chalifour, 2007). No que se refere aos dados quantitativos foram colhidos através da escala EADS-21 onde se avalia, o nível de ansiedade, *stress* e depressão de cada profissional. Também foi desenvolvida uma revisão da literatura, baseada numa pesquisa bibliográfica recorrendo às bases de dados EBSCO e B-on e o motor de busca Google Académico.

A EADS-21, designada Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*, foi validada para a população portuguesa em 2004 por Pais-Ribeiro, tendo Honrado e Leal realizado a adaptação portuguesa da versão reduzida da Depression, Anxiety and *Stress* Scale -DASS de Lovibond e Lovibond (1995). É composta por um questionário de 21 itens, de resposta tipo Likert (a versão original inglesa é constituída por 42), onde a escala da Depressão avalia os parâmetros de disforia, desânimo,

desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. A escala da Ansiedade avalia a excitação do sistema autónomo, os efeitos músculo-esqueléticos, a ansiedade situacional e as experiências subjetivas de ansiedade. A escala de *stress* abrange a dificuldade em relaxar, a excitação nervosa, o estar facilmente agitado ou chateado, irritável ou ter uma reação exagerada e a impaciência. Cada item corresponde a uma afirmação, que remete para a severidade e frequência dos sintomas na última semana, optando pelas seguintes respostas: “*não se aplicou nada a mim*”; “*aplicou-se a mim algumas vezes*”; “*aplicou-se a mim muitas vezes*” e “*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*” (Pais-Ribeiro, et al Apud Antunes e Mónico, 2015).

A população incluída na avaliação foram Enfermeiros e Assistentes Operacionais do CHUC que testaram positivo para SARS-CoV-2, numa amostra de 682 participantes, por conveniência, de base institucional. Todos os profissionais deram consentimento telefónico para tratamento e divulgação dos dados.

Os enfermeiros envolvidos no projeto procederam à avaliação de todo o material produzido através da informação no contacto telefónico com os profissionais e elaboraram um relatório semanal identificando intervenções de enfermagem implementadas de acordo com os diagnósticos identificados e quais as modificações positivas no diagnóstico de enfermagem.

O acompanhamento telefónico realizou-se aos profissionais que se encontravam em isolamento, com uma periodicidade semanal extensível até 4 meses e de acordo com o plano individualizado de intervenções de enfermagem. No entanto, foram também realizadas outras atividades, que traduziram ganhos em saúde, como aulas *online* de yoga, programas de intervenção direcionados a serviços de maior desgaste emocional, formação sobre *burnout* e *stress* e um vídeo promotor da saúde mental difundido pelos e-mails institucionais.

## Resultados

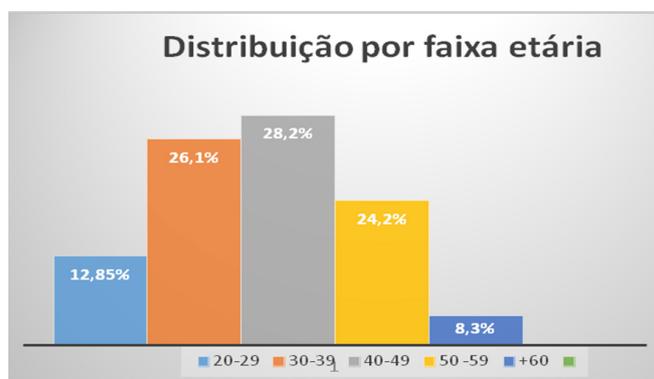
Os dados que de seguida vão ser apresentados resultaram dos contactos efetuados entre 9 de abril de 2020 e 30 de setembro 2021, tendo sido realizadas 2.046 chamadas aos 682 profissionais com intervenção especializada em enfermagem de saúde mental.

Relativamente à caracterização sociodemográfica, no gráfico 1, apresentam-se alguns dados relativamente à faixa etária, no qual podemos observar que os profissionais mais afetados se encontram maioritariamente entre os 40 e 49 anos. Segundo a DGS, no relatório de 14 de agosto de 2021, a faixa etária predominante em Portugal era dos 40-49, seguido dos 30-39 e 20-29 anos.

Podemos ainda referir que a maioria (72%) dos enfermeiros e assistentes operacionais, são saudáveis e não apresentam comorbilidades nem antecedentes pessoais.

Gráfico 1

Caracterização da amostra em função da faixa etária

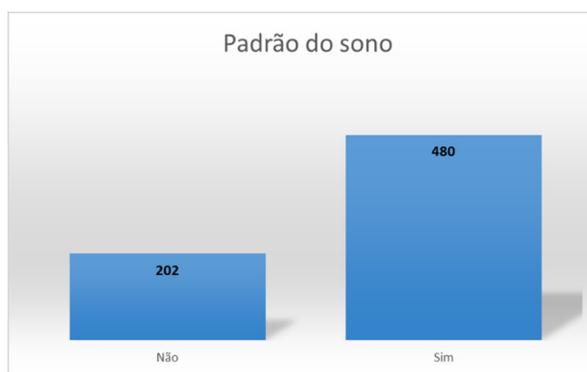


Sobre os hábitos de vida saudáveis, como a alimentação e o sono reparador, quando abordados sobre estes temas, cerca de 79,1% dos profissionais informaram que mantinham uma alimentação saudável e uma hidratação adequada. Sobre os padrões de sono, é apresentado o gráfico 2 onde se observa que a maioria dos profissionais não apresenta alterações, sendo um fator protetor para a saúde. Os profissionais de saúde pela natureza do trabalho que realizam com elevada exigência, pelos fatores de *stress* a que estão sujeitos, são considerados grupo de risco, pelo que necessitam de se sentir bem física e psicoemocionalmente para exercerem as suas funções (Martiniano, 2017).

Segundo Almeida (2020) foi possível determinar que os profissionais de saúde, perante a pandemia, descuraram hábitos de vida saudável, tais como uma alimentação equilibrada, prática de atividade física e hábitos de sono e deixaram de realizar os passatempos habituais, levando a um aumento do sofrimento psicológico, não se tendo verificado nos profissionais que acompanhamos.

Gráfico 2

Caraterização da amostra em função do padrão do sono (normal)



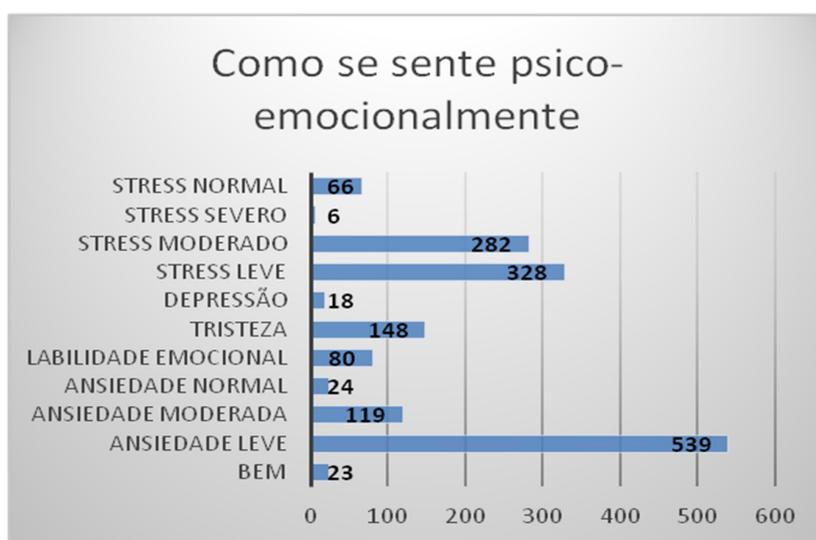
Atendendo à EADS-21, no gráfico 3 apresentam-se os valores de *stress*, ansiedade e depressão que os profissionais apresentaram no início do isolamento, sem intervenção de enfermagem especializada de saúde mental e psiquiátrica.

O apoio prestado aos profissionais durante o isolamento permitiu a verbalização das experiências e emoções, sendo uma das estratégias para a promoção da saúde mental segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021).

Segundo a OMS, os profissionais de saúde em contexto de pandemia COVID-19, apresentam altos níveis de ansiedade, com elevado risco de desenvolvimento de sintomatologia depressiva e aumento do número de casos do Síndrome de *Burnout* (Oliveira, 2021), pelo que se tornou emergente este *follow-up* para deteção precoce destas situações e para uma intervenção adequada a cada profissional.

Gráfico 3

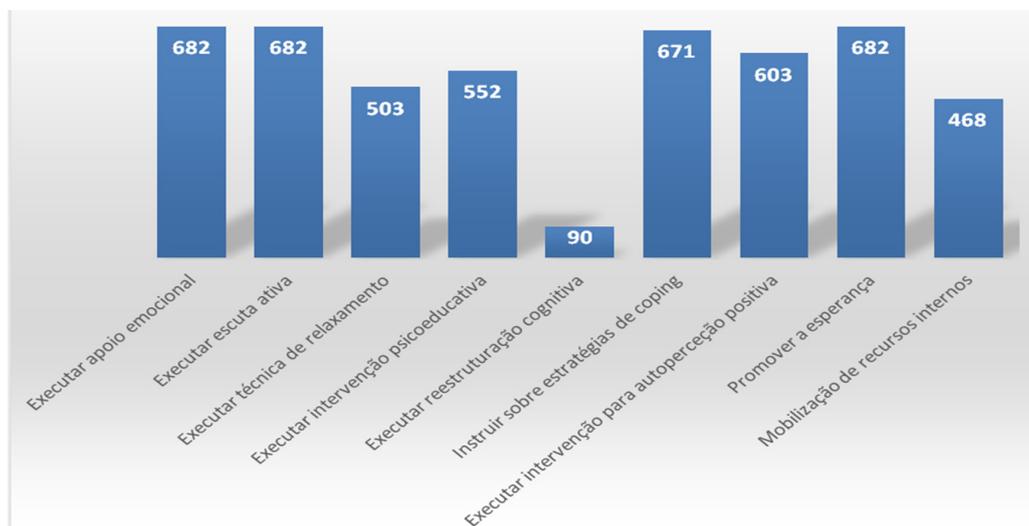
Caraterização da amostra segundo a EADS-21



No gráfico 4 estão representadas as intervenções de enfermagem especializadas e que estão associadas de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2015, à ansiedade, depressão e *stress* (EADS-21). Segundo Elias (2019), o enfermeiro especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica realiza um diagnóstico de enfermagem e intervém nas necessidades que identifica e nos processos de transição.

Gráfico 4

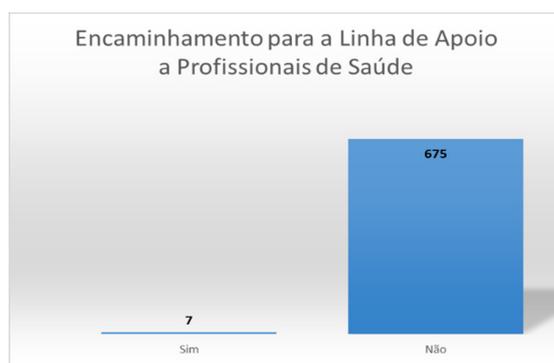
Caraterização da amostra segundo intervenções de enfermagem especializadas na área de saúde mental e psiquiátrica



Durante o acompanhamento aos profissionais do CHUC, outros foram os profissionais (médicos e psicólogos) que se envolveram na ajuda. O gráfico 5 faz referência ao número de encaminhamentos efetuados durante o período de 2020 e 2021, para consulta de psiquiatria e psicologia dos profissionais intervencionados.

Gráfico 5

Caraterização da amostra segundo o encaminhamento para outros profissionais



Durante o *follow-up* telefónico, para além das intervenções de enfermagem realizadas segundo um plano individualizado e, de acordo com os dados obtidos na EADS-21, foi realizada uma avaliação qualitativa, tendo em conta os relatos de vivências únicas que passamos a descrever, como forma de demonstrar os medos, receios e também a importância e satisfação que este apoio lhes trouxe, traduzindo-se em ganhos para a saúde. Estas descrições foram agrupadas em frases e segmentos de frases pelas seguintes categorias:

### **Vivências pessoais**

- Medo da morte, de sequelas da doença, falta de conhecimento científico relativo à evolução do vírus;
- Cansaço devido à sobrecarga física e psicológica ou *burnout*, menor tolerância, aumento do *stress* e da ansiedade;
- Tristeza, solidão e saudade devido à ausência de afetos das pessoas significativas;
- Revolta, frustração e desmotivação devido à fragilidade física e psicológica;
- Processos de luto mais penosos por confronto com a morte mais frequentemente nas unidades de internamento COVID-19; confronto com a morte de familiares e impossibilidade de acompanhar as cerimónias fúnebres;
- Revolta pela impossibilidade de acompanhar fisicamente os internamentos de familiares por vezes em fase terminal.

### **Vivências familiares**

- Medo de contágio a familiares;
- Separação física da família nuclear;
- Ausência das rotinas familiares devido ao isolamento;
- Agressividade no seio familiar.

### **Vivências profissionais**

- Confronto frequente com a morte;
- Revolta e frustração relacionada com aumento de infeções entre profissionais;
- Apoio insuficiente por parte do serviço de saúde ocupacional;
- Dificuldade em acolher e integrar novos profissionais nos serviços;
- Diferença de comportamentos vivenciados, entre os elementos nas equipas: união com partilha de emoções, dificuldades; ou afastamento com verbalização de sentimentos negativos;
- Medo e cansaço relacionados com uso de equipamentos de proteção;
- Sentimento de menor proteção física em unidades de internamento não COVID-19.

### **Vivências sociais**

- Estigma, vergonha e tristeza resultantes da infeção por SARS-CoV2 sentidos na relação com os vizinhos e amigos;
- Revolta e frustração pela situação socioeconómica gerada pela pandemia, nomeadamente

com o desemprego do cônjuge;

– Medo de perda de vencimento durante o período de doença.

### **Sentimentos e emoções positivas mais partilhadas**

– Reconhecimento e gratidão pelo acompanhamento, informação disponibilizada, monitorização e apoio realizados, pelo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica;

– Reconhecimento da importância do *follow-up* telefónico;

– Agradecimento generalizado com a preocupação manifestada;

– A importância do sentimento de pertença à instituição CHUC e como foi demonstrado;

– Agradecimento pelo encaminhado célere para a consulta de especialidade de Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social.

A maioria dos profissionais mencionou a importância de ter à disposição apoio de um enfermeiro EESMP e que este interfere positivamente na qualidade de vida durante o período de isolamento por COVID-19. Também foi referida a importância de um suporte social e familiar robusto, valorizando o facto de se sentirem acarinhados pela família, amigos e vizinhos. Ainda durante a fase de isolamento, a relação entre colegas de equipa e superiores hierárquicos, um bom relacionamento e capacidade de entreatajuda foi importante no bem-estar.

### **Conclusão**

A Enfermagem, enquanto profissão, tem vindo a evoluir de forma a responder às progressivas e cada vez mais exigentes e complexas necessidades de cuidados e de funcionamento dos serviços de saúde. A necessidade de uma gestão integrada do processo saúde/doença e a imprescindibilidade do trabalho em equipa e da interdisciplinaridade, obriga-nos a repensar a organização de cuidados, por forma, a responder às necessidades da população, que são cada vez mais complexas e o grande desafio do século XXI.

Se previamente à pandemia era urgente apostar na promoção da saúde mental, nomeadamente na adoção de comportamentos saudáveis, a pandemia tornou ainda mais óbvio esta necessidade. E se aliarmos a escassez de recursos humanos, em especial dos enfermeiros, os défices organizacionais e estruturais, a desigualdade no acesso aos cuidados, são tudo fragilidades do sistema de saúde que têm sido claramente identificadas e que demonstram não estarmos preparados para enfrentar emergências de saúde públicas como a COVID-19 (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Neste sentido, no CHUC houve uma grande preocupação com os recursos humanos e, de acordo

com os mais elevados padrões de Humanização, foi implementado um programa de apoio de intervenção de enfermagem em saúde mental, com o objetivo de dar resposta às necessidades identificadas pelos profissionais, a fim de modificar positivamente o diagnóstico de situação.

Pretendeu-se com este programa de intervenção espelhar a necessidade de agir rapidamente no cuidado aos nossos profissionais Enfermeiros e Assistentes Operacionais, já que também eles se tornaram vítimas desta pandemia.

Face ao apresentado, podemos referir que relativamente aos níveis de *stress* e ansiedade apresentados pelos profissionais do CHUC, tendo em conta as variáveis do indivíduo e da organização, as intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental e psiquiatria apresentaram impacto positivo e foram verbalizadas durante o acompanhamento telefónico, tendo sido determinante diminuir os níveis de ansiedade e *stress*, os sintomas de exaustão emocional, promover o bem-estar físico e psíquico, de modo a aumentar a resiliência, o empoderamento e a recuperação. Destacam-se as intervenções na área de partilha de experiências, de gestão do *stress* e de relaxamento, de promoção de estilos de vida saudável, como alimentação, exercício físico e higienização do sono, de identificação precoce de sinais e sintomas de exaustão emocional, tristeza, depressão e ainda o encaminhamento para outros profissionais, como psicólogos e psiquiatras.

As limitações encontradas prenderam-se com: a impossibilidade de monitorização semanal dos profissionais infetados devido à elevada taxa de incidência da doença em determinados períodos, a escassez de tempo e de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e de psiquiatria alocados ao programa de apoio aos profissionais, condicionando o número de contactos efetuados e inviabilizando a aplicação do instrumento EADS-21, após a intervenção do EESMP.

Espera-se que este tipo de projetos de intervenção possa promover uma mudança nos comportamentos e alertar para uma preocupação maior com a saúde mental no futuro.

Persistem muitas dúvidas, e irá certamente demorar algum tempo até compreendermos qual foi o verdadeiro impacto desta pandemia na saúde mental dos profissionais do CHUC, contudo sabemos que promover medidas que contribuam para o bem-estar, satisfação e melhoria do desempenho profissional trazem ganhos na qualidade de cuidados prestados.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H., & Vicente, A. (2020). *Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7245>

- Antunes, S., & Mónico, L. (2015). Depressão, ansiedade e stress em doentes deprimidos: Estudo com a EADS-21. *Revista INFAD de Psicologia*, 1(2), 419-428. <http://orcid.org/0000-0002-9374-2702>
- Autoridade para as Condições do Trabalho. (2021). *Recomendações para os serviços externos de segurança e saúde no trabalho em contexto de COVID-19*. <https://www.act.gov.pt>
- Bezerra, G. D., Sena, A. S., Braga, S. T., Santos, M. E., Correia, L. F., Clementino, K. M., Carneiro, Y. V., & Pinheiro, W. R. (2020). O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 93, e-020012. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.758>
- Chalifour, J. (2007). *A intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção* (Vol. 2.). Lusodidacta.
- Coelho, M. A. (2009). *Gestão preventiva de riscos psicossociais no trabalho em hospitais no quadro da União Europeia* [Tese de doutoramento, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/1388>
- Conselho Nacional de Saúde. (2020). *A posição do Conselho Nacional De Saúde e o contributo das entidades que o constituem como respondeu o país aos primeiros seis meses de epidemia de COVID-19?* [https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/CNS\\_Reflexao-Conselho-Nacional-Saude-resposta-COVID-19.pdf](https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/CNS_Reflexao-Conselho-Nacional-Saude-resposta-COVID-19.pdf)
- Correia, A., Dias, C., Simões, D., & Ramos, V. (2020). *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>
- Elias, Â. (2019). *(Re)construção: Programa de intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica após desastre* [Tese de doutoramento, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4926>
- Freire, C. B., Cruz, L. M., Souza, A. B., Luna, A. L., Pereira, L. L., Batista, L. B., Oliveira, I. M., Brito, A. L., Veloso, V. B., & Silva, R. B. (2022). A saúde mental dos adultos durante o isolamento social no decorrer da pandemia da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(2), e9840. <https://doi.org/10.25248/reas.e9840.2022>
- Lima, J., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde dos enfermeiros: Presentismo e stress no trabalho. *International Journal on Working Conditions*, 17, 89–107. <https://doi.org/10.25762/5y9p-fj60>
- Loureiro, L. (2014). *Primeira ajuda em saúde mental*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Martiniano, C. M. (2017). *Estilos de vida dos profissionais de saúde na unidade local de saúde nordeste* [Relatório de estágio, Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Bragança. [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14689/1/Martiniano\\_Carlos.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14689/1/Martiniano_Carlos.pdf)
- Martins, H., & Ferreira, B. (2020). Evidências científicas sobre os impactos psicológicos de epidemias/pandemias em profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(3), 647–660. <https://doi.org/10.15309/20psd210309>
- Oliveira, V. C. (2021). *Stresse, exaustão profissional e coping de enfermeiros em contexto de pandemia COVID-19*:

*Análise da exposição a riscos psicossociais dos enfermeiros em uma unidade de cuidados intensivos e intermédios em Lisboa* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências]. Repositório Institucional do Instituto Superior de Educação e Ciências. <http://hdl.handle.net/10400.26/39433>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 2015*. Lusodidacta.

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: II série*, nº 151. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Estratégias de promoção da saúde mental durante a pandemia da COVID-19*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17934/estrat%C3%A9gias-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-mental-e-de-preven%C3%A7%C3%A3o-da-doen%C3%A7a-mental-para-enfermeiros-COVID-19.pdf>

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde & Doença*, 5(2), 229-239. <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Relatório de situação n.º 530 de 14/08/2021*. <https://COVID19.min-saude.pt>

Rodrigues, A., Vinhas, A. M., Pires, C., & Krippahl, H. (2021). *Ação dos serviços de segurança e saúde no trabalho em contexto de COVID-19: Recomendações para os serviços externos*. Autoridade para as condições de trabalho.

Sequeira, C., Sampaio, F., Coelho, T., & Lluch-Canut, T. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3223.7686/1>

World Health Organization. (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

World Health Organization. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>

## **CAPÍTULO III**

### **TOMADA DE DECISÃO E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA COVID-19**

## 11. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM PNEUMONIA SECUNDÁRIA A SARS-COV-2: UM ESTUDO DE CASO

**Nuno Correia<sup>1</sup>**

<https://orcid.org/0000-0002-3713-0111>

**Luís Mendes<sup>2</sup>**

<https://orcid.org/0000-0003-2314-3226>

**Sandra Areias<sup>2</sup>**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**Maria do Carmo Messias<sup>2</sup>**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**Rafael A. Bernardes<sup>3</sup>**

<https://orcid.org/0000-0003-2110-7483>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Leiria: Escola Superior de Saúde de Leiria, Leiria, Portugal

<sup>2</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Coimbra, Portugal

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Coimbra, Portugal

### Resumo

**Introdução:** O aparecimento de uma nova estirpe de coronavírus (SARS-CoV-2), proporcionou o desenvolvimento de quadros agudos de insuficiência respiratória e pneumonia, com repercussões sérias a nível da capacidade funcional das pessoas. Neste contexto, em muitos casos, a realização das atividades de vida diária encontra-se comprometida, com necessidade de intervenção de reabilitação respiratória, para melhoria da funcionalidade.

**Metodologia:** Estudo de caso com abordagem mista (quantitativa e qualitativa), com referência a uma pessoa do sexo masculino, de 64 anos, que desenvolveu pneumonia secundária a COVID-19, com internamento hospitalar. Implementou-se um programa de Reeducação Respiratória (RR), através de um total de 39 sessões.

**Resultados:** Evidenciaram-se ganhos a nível da ventilação, capacidade funcional e redução da componente da ansiedade.

**Conclusão:** Os programas de RR personalizados, com avaliação e acompanhamento por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, são fundamentais para a recuperação funcional da pessoa com pneumonia, ou suas sequelas, secundária a COVID-19.

**Descritores:** Enfermagem de reabilitação; COVID-19; SARS-CoV-2; Doenças respiratórias; Terapia respiratória.

## Introdução

Em 2019, uma nova estirpe de coronavírus (SARS-CoV-2) foi identificada em pessoas diagnosticadas com patologia respiratória severa na província de Wuhan (China). Neste contexto, foi detetada a doença COVID-19, nomeadamente com o aparecimento súbito de casos de pneumonia aguda (François et al., 2021). O agente causador da patologia é primariamente transmitido via gotículas e, atualmente, ainda são escassas terapias eficazes (Balkhair, 2020).

Os efeitos residuais de longo prazo da infeção por SARS-CoV-2 são fadiga, dispneia, cefaleias, dor torácica, distúrbios cognitivos, artralgia e declínio na qualidade de vida (Nalbandian et al., 2021), que, de acordo com uma revisão sistemática recente (Lopez-Leon et al., 2021), foram reportados em 80% das pessoas infetadas.

Os sintomas variam de suaves (ou mesmo inexistentes) a severos (ou mesmo morte). No sistema respiratório, a COVID-19, para além de causar diminuição da capacidade de exercício, com hipoxemia persistente, redução da capacidade de difusão e, a nível imagiológico, opacidades pulmonares em vidro despolido e alterações fibróticas (Nalbandian et al., 2021), pode também provocar pneumonia, normalmente com infiltrados pulmonares difusos (unilaterais ou bilaterais) e insuficiência respiratória. A exacerbação do processo inflamatório que ocorre, provoca danos ao parênquima pulmonar, podendo afetar também outros órgãos e sistemas, levando inclusivamente a alterações cardíacas, neurológicas e renais, bem como a eventos trombóticos. Além disso, especialmente em situações de patologia severa, pode haver uma diminuição na força muscular e da capacidade funcional, associada a alterações significativas de processos fisiológicos e nutricionais (De Biase et al., 2020; Esakandari et al., 2020).

Neste contexto, o período pós-infeção pode apresentar desafios complexos para a recuperação funcional da pessoa, que muitas vezes necessita de longos processos de recuperação. Em alguns casos de períodos de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), as consequências de longo prazo incluem redução da função pulmonar, polineuropatia e miopatia, bem como descondicionamento cardiovascular, ansiedade e depressão (Hermann et al., 2020).

Assim, é importante que as pessoas que sobreviveram a infeção por SARS-CoV-2 tenham o suporte de uma rede de cuidados diversificados, incluindo reabilitação respiratória, de forma a diminuir as complicações de longo prazo.

Atualmente, as pessoas candidatas a reeducação respiratória (RR), de acordo com a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), podem ser estratificadas em quatro grupos de risco: positivo, curado, suspeitos e rastreio prévio negativo. Os programas de RR hospitalar devem ser reservados

para pessoas sem infecção por SARS-CoV-2 ou que estejam recuperadas, com patologia respiratória grave subjacente, coexistência de patologia cardiovascular significativa ou pessoas com capacidade funcional reduzida, e para os quais não existe garantia de condições mínimas de segurança no tratamento à distância (SPP, 2020).

De uma forma geral, os programas de RR vão depender dos sintomas da pessoa e do estado funcional após a infecção. No entanto, e nomeadamente nas situações com necessidade de hospitalização, os programas visam a melhoria da dinâmica respiratória, melhoria da força muscular, prevenção de complicações, recuperação cognitiva e emocional, possibilitando assim uma melhoria significativa da capacidade funcional e da qualidade de vida. Assim, os programas devem ser direcionados às alterações referidas, bem como à diminuição de força e equilíbrio e capacidade/potencial de realização das Atividades de Vida Diária (AVD) (Iannaccone et al., 2020).

Neste sentido, a avaliação frequente da pessoa é fundamental para monitorizar a sua evolução e resposta ao programa implementado, avaliando, ao mesmo tempo, o seu potencial de reabilitação, levando também a uma melhor personalização do programa.

Assim, o objetivo deste estudo de caso é relatar a segurança e eficácia percebida num programa de RR num doente com pneumonia secundária a infecção por SARS-CoV-2. Justifica-se a escolha deste caso, uma vez que a pessoa em causa desenvolveu sintomas graves, os quais levaram a hospitalização prolongada em UCI, mantendo posteriormente sequelas funcionais após a alta.

## Material e Métodos

Estudo de caso com metodologia mista (qualitativa e quantitativa), cujos resultados foram reportados com recurso à *checklist* CARE (*Case REport*).

Os elementos fundamentais utilizados para a avaliação da pessoa, tendo em conta a SPP, foram: (i) *Avaliação Inicial*, envolvendo a história clínica, com recurso a ferramentas objetivas (como escalas e/ou questionários), exames complementares de diagnóstico (ECD), provas funcionais respiratórias, avaliação de força muscular periférica e da capacidade de exercício através do teste *Sit-To-Stand* (TUGT). Além disso, a avaliação inicial deve também incluir uma avaliação nutricional/composição corporal; (ii) *Avaliação sintomática*, nomeadamente da dispneia, através da escala de Borg e da ansiedade/depressão, através da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS); (iii) *Avaliação das AVD*, através da *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL); (iv) *Avaliação da qualidade de vida e da atividade física*, através da aplicação da *COPD Assessment Test* (CAT), escala visual analógica, EuroQoL e *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ).

Implementou-se um protocolo de RR com incidência numa fase inicial nas alterações evidentes ao nível da ventilação e introdução progressiva da componente inerente ao exercício físico (EF) nomeadamente o treino aeróbio e anaeróbio (força e resistência) com níveis progressivos de intensidade, associando

exercícios de aquecimento numa fase inicial e exercícios de alongamento no final.

O recrutamento foi feito mediante a base de dados de doentes da instituição hospitalar em causa, com os seguintes critérios de inclusão: (i) diagnóstico de COVID-19; (ii) diagnóstico de pneumonia. E como critérios de exclusão: (i) défices cognitivos graves; (ii) contraindicações moderadas ou graves para realização de RR.

Foi utilizada estatística descritiva (frequências absolutas, frequências relativas, médias), com recurso ao programa *Excel 2010*<sup>®</sup> (Microsoft).

O nosso estudo cumpriu a lei portuguesa de investigação e os pressupostos de Helsínquia, tendo sido obtido o consentimento informado da pessoa que estava incluído no plano de cuidados intervencionista habitual.

### **Apresentação do Caso: Avaliação e Apreciação do Enfermeiro de Reabilitação**

Pessoa do sexo masculino, de 64 anos, casado e com dois filhos. Como história de saúde pessoal apenas apresenta rinite alérgica, sem complicações respiratórias. Não é fumador, nem consome bebidas alcoólicas. Não faz qualquer medicação habitual.

Relativamente a dados antropométricos, regista-se um peso de 84 kg, 1,78 m de altura e um índice de massa corporal (IMC) de 26,5 kg/m<sup>2</sup>. Reporta vida sedentária (sem hábitos de atividade física regular).

O sujeito foi infetado com SARS-CoV-2 em abril de 2020, contraído no âmbito profissional, desenvolvendo pneumonia, com insuficiência respiratória hipoxémica aguda (IRHA). Foi internado em UCI, onde posteriormente desenvolveu sépsis secundária a infeção de cateter venoso central, trombocitopenia, miopatia de desuso e perda global da funcionalidade com descondicionamento cardio-respiratório.

A 15 setembro de 2020, após resolução da infeção ativa e complicações imediatas, foi admitido a um programa de RR, e cumpriu um total de 39 sessões de reabilitação, entre setembro e fevereiro de 2021.

À admissão, apresentava uma respiração superficial de predominância costal superior, com diminuição do murmúrio vesicular a nível dos lobos inferiores, segmentos anteriores e externo bilateralmente e uma capacidade vital (CV) de 3750cc. Observou-se ainda dificuldade em manter discurso prolongado, com períodos de afonia temporária e descoordenação dos tempos respiratórios.

A radiografia de tórax (Figura 1), evidenciava áreas de densificação periféricas, em vidro despolido, que atingiam sobretudo o lobo superior direito e os lobos inferiores. Identificou-se ainda uma

elevação da hemicúpula diafragmática à direita.

Neste contexto, as primeiras 17 sessões do programa incidiram principalmente na compensação de alterações ventilatórias, após identificação de uma predominância de ventilação comprometida nos lobos inferiores, no potencial para melhorar aprendizagem de capacidades sobre exercícios de ventilação e em alguns exercícios de força de baixa intensidade.

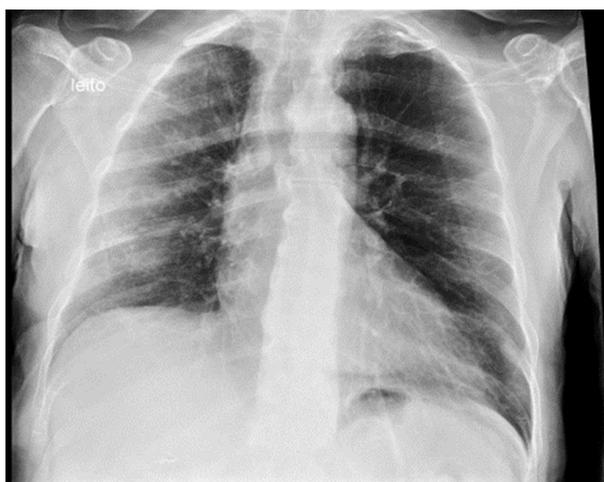


Figura 1. Radiografia torácica inicial (15 setembro 2020)

### **Avaliação dos Outcomes de Saúde**

A sensação subjetiva de esforço ao respirar foi avaliada com o mMRC. Qualquer que seja a patofisiologia associada, este sintoma está relacionado com uma limitação na realização de exercício e das AVD (atividades de vida diária). Este instrumento foi especificamente desenvolvido para avaliar limitações nas AVD em indivíduos com patologia respiratória (Saad et al., 2012).

O CAT foi aplicado no sentido de avaliar o efeito da sintomatologia respiratória no dia a dia da pessoa, permitindo avaliar vários sintomas respiratórios e seu impacto nas AVD: tosse, expectoração, sensação de pressão no peito, falta de ar, limitação de atividade, confiança para sair de casa, sono e falta de energia. Tem-se revelado uma ferramenta muito útil para avaliar sintomas e evolução em pessoas que desenvolveram pneumonia secundária a COVID-19 (Daynes et al., 2020).

A HADS foi utilizada uma vez que, após infecção por COVID-19, surgem alterações cognitivas, como alterações de memória, ansiedade e alterações de humor, as quais podem permanecer por algum tempo. Estas alterações têm um impacto negativo na capacidade funcional da pessoa. É um instrumento projetado para pesquisar sinais sugestivos de ansiedade e depressão. A sua presença pode aumentar a angústia relativamente à situação clínica, podendo mesmo prolongar o tempo de recuperação, tendo um impacto negativo no ajustamento e adesão ao regime terapêutico.

A LCADL é particularmente importante para avaliar o impacto da pessoa nas AVD. A COVID-19 tem, frequentemente, um impacto significativo na capacidade funcional da pessoa e na realização das AVD. A interação entre sintomas como a dispneia, descondicionamento físico e fraqueza muscular gera importantes limitações funcionais. A LCADL permite uma avaliação mais específica das limitações nas AVD, contribuindo para uma intervenção mais eficiente e mais direcionada às dificuldades da pessoa.

O teste *Sit-to-Stand* permite avaliar a capacidade de exercício da pessoa. A avaliação da força muscular e da resistência aeróbica é fundamental na avaliação da mobilidade e na capacidade de exercício físico para uma prescrição adequada do treino de exercício. O TUGT permite avaliar a força dos membros inferiores e sua resistência, o que está diretamente relacionado com a capacidade para a realização das AVD e de exercício (Strassmann et al., 2013).

Atualmente, as sociedades de reabilitação emitiram recomendações para RR, afirmando que os doentes podem beneficiar de técnicas como o controlo da respiração, com inspirações lentas e profundas, a respiração diafragmática, técnicas de reexpansão pulmonar, treino resistido dos músculos respiratórios, bem como técnicas de limpeza das vias aéreas (Siddiq et al., 2020; Sheehy et al., 2020).

Na melhoria da capacidade funcional, dependendo da avaliação da pessoa, podem incluir-se exercícios de mobilização articular, treino de equilíbrio, treino de AVD e treino de exercício (Sheehy et al., 2020).

Neste estudo, a capacidade funcional foi avaliada em vários momentos (admissão, intervalos de 8 sessões e momento da alta), com recurso ao mMRC, LCADL, CAT, HAS e TUGT. A progressão ao longo do programa de exercício físico foi avaliada com base no registo do volume de treino realizado, nomeadamente tempo/intensidade em cicloergómetro e carga (intensidade, séries e repetições), sendo a sua resposta interpretada através da monitorização contínua dos parâmetros fisiológicos (FC, SpO<sub>2</sub>, TA) e pelas escalas PSE, PSD.

## **Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação**

Os diagnósticos e intervenções de Enfermagem foram definidos tendo em conta a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2015 (Ordem dos Enfermeiros, 2016), estando enumerados na Tabela 1.

Tabela 1

*Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Reabilitação*

<b>Diagnósticos</b>	<b>Intervenções</b>
Ventilação diminuída	Executar cinesiterapia respiratória
Ventilação comprometida nos lobos inferiores	Planear atividade
Potencial para aprendizagem de capacidades sobre exercícios para a ventilação	Instruir utente sobre exercícios de cinesiterapia respiratória
Intolerância à atividade física	Instruir o utente sobre exercícios para planeamento da atividade
Potencial para aprendizagem de capacidades sobre exercícios para intolerância à atividade	Instruir o utente sobre posições de descanso
	Treinar o utente sobre exercícios de cinesiterapia respiratória
	Treinar o utente sobre exercícios para planeamento da atividade
	Monitorizar TA
	Monitorizar FC
	Monitorizar SpO <sub>2</sub>
	Monitorizar dispneia (PSD)
	Monitorizar perceção subjetiva de esforço (PSE)
	Avaliar teste Sit-to-Stand
	Avaliar CAT, LCADL, mMRC, HADS, EUROQUOL e teste de repetição máxima

**Aplicação do Programa**

O programa de RR aplicado incluiu desde o início intervenções e técnicas de cinesiterapia respiratória: - dissociação dos tempos com prolongamento do tempo inspiratório e apneia na inspiração máxima; respiração abdominodiafragmática; - técnicas de expansão torácica - aberturas costais globais, aberturas costais globais fracionadas com inspiração a três tempos; - otimização da ventilação (verticalização de segmentos com bloqueio contralateral; inspirometria de incentivo); fortalecimento dos músculos respiratórios - incidência maior nos músculos inspiratórios; e - reeducação e fortalecimento da hemicúpula diafragmática direita. Foi advogada a continuidade destes exercícios no domicílio assim como de alguns de alguns exercícios de força a baixa intensidade (40%), sendo sempre aferidos e validados os mesmos em todas as sessões.

Existindo uma compensação ventilatória e a pessoa tolerando já sem dificuldades os exercícios de força de baixa intensidade, optou-se por implementar após as 17 sessões iniciais um programa de EF mais específico (Tabela 2).

Tabela 2

Protocolo de Programa de EF Introduzido

	Intensidade de treino (5)	Sessão	Programa				
			0	5	9	17	19
<b>Treino de resistência (ciclo ergómetro)</b>	50	Watts	5	5	10		
		tempo (m)	10	10	15		
	60	Watts				20	20
		tempo (m)				10	20
<b>Treino Força</b>	50	Séries	3	3	3		
		repetições	10	10	15		
<b>Biceps; deltóide/trapézio/ serrátil anterior; tríceps; glúteos; quadríceps; abdutores/adutores MI</b>	60	Séries				2	3
		repetições				15	15
		<b>Carga</b>	Inicial	Mantém	Mantém	Aumentou	Mantém

O programa de RR iniciou com a prescrição de zonas de treino (50% e 60% de intensidade), num horizonte temporal de oito sessões. A cada quatro sessões, foi avaliada a possibilidade de aumento da resistência, e aumento do tempo de treino aeróbio (cicloergómetro), a possibilidade de aumento da intensidade inicial e também foi avaliada possibilidade de aumento do tempo de treino anaeróbio e de aumento da carga inicial. Este processo foi sendo realizado tendo em conta a resposta real da pessoa relativamente aos valores dos sinais vitais (nomeadamente FC, SpO<sub>2</sub>), PSE e PSD apresentados e relacionando-os com os valores de treino alvo (FC, PSE e PSD de treino), assim como com a avaliação da evolução da resposta em todas as sessões anteriores.

Após cada oito sessões efetivas, como referido, foi reavaliada a condição funcional, com monitorização de todos os parâmetros (CAT, HADS, LCADL, mMRC, teste *Sit to Stand* e novas cargas máximas através de teste de repetição máxima), existindo um novo ajuste das zonas de treino com novas intensidades e cargas para as próximas oito sessões.

Em cada sessão foram sempre verificados os critérios de segurança clínica, assim como os critérios definidos inicialmente.

A realização dos exercícios foi também acompanhada pelo reforço positivo dos ganhos obtidos e do atingir dos objetivos, assim como o envolvimento do doente na definição dos próximos objetivos e transições para contexto de domicílio.

Na 17.<sup>a</sup> sessão, foi entregue um plano de exercícios para o domicílio, personalizado, pensando na alta e, na última sessão, reservou-se um tempo para esclarecimento de dúvidas e ajustes finais no programa.

## Outcomes e Follow-up

O programa desenhado obedeceu a uma lógica de progressão na força, intensidade e resistência aplicada aos exercícios, tendo em conta o condicionamento ao esforço, tendo início com o começo de setembro de 2020 (T0). Após estabilização da componente ventilatória, realizou-se a primeira avaliação dos *outcomes* desejados (Tabela 3).

Tabela 3  
Avaliação no Momento da Admissão

Avaliação inicial		Teste Sit to Stand				mMRC	LCADL	HADS		CAT
Data	Agachamentos	Eborg esforço		Borg dispneia				A	D	
		Inicial	Final	Inicial	Final					
17/11/2020	18	6	13	0	3	0	13	4	4	11

CAT: COPD assessment test; LCADL: escala London Chest of Daily Living; mMRC: escala Medical Research Council modificada; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

Para programar o EF, foram avaliados parâmetros hemodinâmicos de forma a determinar o grau de segurança clínica para a realização dos diversos exercícios, assim como determinação da intensidade do treino e FC (máxima e de treino) a realizar, segundo a fórmula de *Karvonen* e após a realização de teste de repetição máxima, para definir as cargas máximas para treino de força. Tendo em conta a situação clínica optou-se por encontrar as cargas máximas usando um método progressivo de uma série de dez repetições, iniciando com cargas de baixa intensidade (40%) e com períodos de repouso entre séries de até dois minutos, incrementando progressivamente até atingir os 60% de intensidade no final.

No momento da admissão ao programa de EF, a pessoa já estava a trabalhar e a realizar AVD de forma autónoma (LCADL de baixo impacto – 13), sem referir dispneia, a não ser em caso de exercício físico intenso (mMRC de 0). No entanto, a sua condição funcional ainda não era satisfatória para a sua idade, sendo uma pessoa ativa (*Sit to Stand* inferior ao percentil 25; PSE intenso; PSD moderada).

Por outro lado, as consequências da infeção ainda se faziam sentir, com uma CAT de impacto médio (com maior relevância para a falta de ar ao subir planos inclinados ou escadas, sensação de aperto no peito e pouca energia) e HADS de 4/4.

Ao longo do programa, nos momentos preconizados para fazer o *follow-up*, verificou-se uma evolução muito positiva a nível do foco *Ventilação* (Tabela 4) e nos parâmetros funcionais de relevo para as AVD (Tabela 5).

Tabela 4

Evolução da pessoa ao longo do programa de RR (Foco: Ventilação)

	CV	Diagnósticos
15 /09/2020	3750	Ventilação diminuída/murmúrio diminuído de modo acentuado nos lobos inferiores (respiração de prediminância costal, superficial)
12/11/2020	4000	Ventilação não adequada com murmúrio diminuído somente no lobo inferior direito (respiração adbomino diafragmática)
02/02/2021	Mais de 4000	Ventilação normal, respiração abdmino diafragmática

Tabela 5

Evolução do doente ao longo do programa de RR (Parâmetros Funcionais)

Avaliação inicial		Teste Sit to Stand				mMRC	LCADL	HADS		CAT
Data	Agachamentos	Eborg esforço		Borg dispneia				A	D	
		Inicial	Final	Inicial	Final					
17/11/2020	18	6	13	0	3	0	13	4	4	11
31/12/2020	28	6	15	0	3	0	13	3	0	3
02/02/2021	30	6	12	0	3	0	13	3	0	3

CAT: COPD assessment test; LCADL: escala *London Chest of Daily Living*; mMRC: escala *Medical Research Council* modificada; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*

O programa de RR implementado revelou-se eficaz e seguro.

Pela análise dos dados, identifica-se uma evolução clara, com ganhos atingidos a nível da condição funcional da pessoa, com um *Sit to Stand* de 30 repetições no final do programa, o que situa a pessoa num percentil superior a 50, tal como preconizado para a idade (Direção-Geral da Saúde, 2019). Registaram-se também resposta de PSE moderada e PSD moderada. O impacto da infeção gerou um CAT de 3, revelando um impacto reduzido no final do programa e um estado anímico com uma HADS de 3/0.

É possível, ainda, perceber o ganho na capacidade funcional, através da melhoria na Escala de Borg, distância percorrida e evolução dos tempos e intensidades de exercício, os quais foram tolerados.

A implementação do protocolo de treino aeróbio progressivo, integrado neste estudo de investigação, permitiu à pessoa melhorar a sua capacidade funcional, nomeadamente por melhoria na CV e, conseqüentemente, resolver os diagnósticos de enfermagem alterados a nível da ventilação (Tabela 6) e da intolerância à atividade física (Tabela 5).

Tabela 6

Evolução da CV e relação com diagnósticos

	CV	Diagnósticos
15/09/2020	3750	Ventilação diminuída; ventilação comprometida nos lobos inferiores com diminuição de modo acentuado do murmúrio vesicular (respiração de predominância costal, superficial).

<b>12/11/2020</b>	<b>4000</b>	Ventilação comprometida com murmúrio diminuído no LID (respiração abdominodiafragmática).
<b>02/02/2021</b>	<b>Mais de 4000</b>	Ventilação normal (respiração abdominodiafragmática).

CV: capacidade vital

No final do programa, em fevereiro de 2021, realizou-se uma TAC, a qual evidenciou ganhos relevantes, principalmente a nível da ventilação: *“O estudo efetuado não revela, em janela de tecidos moles, imagens de natureza expansiva, nomeadamente adenopatias mediastínicas ou hilares. Refere-se calcificação pleural posterior e inferior com 6mm, de natureza residual. Em janela pulmonar, observa-se imagem de fina estria no segmento postero-basal do LIE. Não são aparentes outras alterações pleuropulmonares significativas, tendo havido resolução/desaparecimento das extensas áreas de vidro despolido, dos focos de consolidação dispersos e da reticulação das bases observada no anterior exame”*.

## Discussão e Conclusão

O programa de reabilitação implementado mostrou-se eficaz e seguro na melhoria dos parâmetros ventilatórios, capacidade funcional e autonomia das AVD. Outros programas de RR implementados, particularmente em pessoas com COPD, também reportaram diferenças proporcionalmente semelhantes a este estudo nos valores da CAT (Gaspar, Martins & Gomes, 2019).

Na fase inicial, em que é necessária a estabilização dos parâmetros ventilatórios, de facto, considera-se importante reduzir sintomas como dispneia, tosse e fadiga, bem como priorizar intervenções de cinesiterapia e otimização da ventilação (Jarosz, Szmelcer & Pdhorecka, 2020). O programa implementado verificou que a melhoria na capacidade vital, com exercícios de força muscular, nomeadamente a nível do diafragma, constitui um parâmetro essencial para a realização das AVD (Hamaski, 2020).

Neste contexto, os programas de RR revestem-se de importância, sobretudo para prevenir e contrariar a evolução das complicações funcionais a nível do sistema cardiovascular, que decorrem de vários dias de internamento em UCI (Santana, Fontana & Pitta, 2021). O programa implementado não só se mostrou eficaz neste aspeto, como contribuiu para diminuir também os níveis de ansiedade despoletados na pessoa, pelo episódio de infeção e aparente incapacidade para realizar as AVD.

Neste sentido, tem-se assistido, nos últimos anos, a uma descentralização do cuidado, com um foco particular no autocuidado da pessoa em casa.

As tendências atuais apontam para a utilização de novas tecnologias, nomeadamente a telereabilitação (Silva, Mota & Sousa, 2020; Gonzalez-Gerez et al., 2020) que se mostrou eficaz em pessoas com COVID-19, nomeadamente na melhoria de parâmetros relacionados à mMRC e à HADS (Schoeller et al., 2020).

É neste contexto que se afirma que a Enfermagem de Reabilitação contribui para o sucesso do

processo emancipatório (Schoeller et al., 2020), que a pessoa percorre ao longo da transição saúde-doença que vivenciou.

As principais limitações deste estudo referem-se à fraca validação externa do programa de RR, uma vez que foi personalizado e em contexto hospitalar. Neste sentido, poderá não ser replicável em todos os contextos, nomeadamente cuidados de saúde primários. Para estudos futuros, recomenda-se robustecer a investigação, com realização de RCT e estudos observacionais de larga escala.

## Referências Bibliográficas

- François, S., Helissey, C., Cavallero, S., Drouet, M., Libert, N., Cosset, J-M., Deutsch, E., Meziani, L., & Chargari, C. (2021). COVID-19 associated pneumonia: Radiological insights. *Frontiers*, *12*, 640040. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.640040>
- Balkhair, A. A. (2020). COVID-19 pandemic: A new chapter in the history of infectious diseases. *Oman Medical Journal*, *35*(2), e123. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.41>
- Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., Cook, J. R., Nordvig, A. S., Shalev, D., Sehrawat, T. S., Bikdeli, B., Ahluwalia, N., Dietz, D., Der-Nigoghossian, C., Liyanage-Don, N., Rosner, G. F., Bernstein, E. J., Mohan, S., Beckley, A. A., ... Wan, E. Y. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine*, *27*(4), 601-615. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>
- Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol S. (2021). *More than 50 long-term effects of COVID-19: A systematic review and meta-analysis*. <https://doi.org/10.1101/2021.01.27.21250617>
- Biase, S., Cook, L., Skelton, D. A., Witham, M., & Hove, R. T. (2020). The COVID-19 rehabilitation pandemic. *Age Ageing*, *49*(5), 696-700. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa118>
- Esakandari, H., Nabi-Afjadi, M., Fakkari-Afjadi, J., Farahmandian, N., Miresmaeili, S-M., & Bahreini, E. A. (2020). Comprehensive review of COVID-19 characteristics. *Biological Procedures Online*, *22*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12575-020-00128-2>
- Hermann, M., Pekacka-Egli, A-M., Witassek, F., Baumgaertner, R., Schoendorf, S., & Spielmanns, M. (2020). Feasibility and efficacy of cardiopulmonary rehabilitation after COVID-19. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, *99*(10), 865-869. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001549>
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2020). *Recomendações para a retoma de atividade das unidades de reabilitação respiratória durante a fase de mitigação de infeção COVID-19*. [https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais\\_conteudos\\_ficheiros/recomendacoes-para-a-retoma-de-atividade-das-unidades-de-reabilitacao-respiratoria-durante-a-fase-de-mitigacao--de-infecao-COVID-19.pdf](https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais_conteudos_ficheiros/recomendacoes-para-a-retoma-de-atividade-das-unidades-de-reabilitacao-respiratoria-durante-a-fase-de-mitigacao--de-infecao-COVID-19.pdf)
- Iannaccone, S., Castellazzi, P., Tettamanti, A., Houdayer, E., Brugliera, L., Blasio, F., Cimino, P., Ripa, M., Meloni, C.,

- Alemanno, F., & Scarpellini, P. (2021). Role of rehabilitation department for adult individuals with COVID-19: The experience of the San Raffaele Hospital of Milal. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(9), 1656-1661. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.05.015>
- Saad, I. A., Moraes, M., Minatel, V., & Saad, B. A. (2012). Correlação entre a frequência respiratória e escalas de avaliação de dispneia. *Fisioterapia Brasil*, 13(6), 403-408. <https://doi.org/10.33233/fb.v13i6.574>
- Daynes, E., Gerlis, C., Briggs-Price, S., Jones, P., & Singh, S. J. (2020). COPD assessment test for the evaluation of COVID-19 symptoms. *Thorax*, 76(2). <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215916>
- Strassmann, A., Steurer-Steu, C., Lana, K. D., Zoller, M., Turk, A. J., Suter, P., & Puhon M. A. (2013). Population-based reference values for the 1-min sit-to-stand test. *International Journal of Public Health*, 58(6), 949-943. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0504-z>
- Siddiq, M. A., Rathore, F. A., Clegg, D., & Rasker, J. J. (2020). Pulmonary rehabilitation in COVID-19 patients: A scoping review of current practice and its application during the pandemic. *Turkish Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, 66(4), 480-494. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2020.6889>
- Sheehy, L. M. (2020). Considerations for postacute rehabilitation for survivors of COVID-19. *JMIR Public Health Surveill*, 6(2), e19462. <https://doi.org/10.2196/19462>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE: Versão 2015*. [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programas de reabilitação respiratória nos cuidados de saúde primários: Orientação 014/2019*. <http://www.aenfermagemasleis.pt/2019/08/07/norma-dgs-programas-de-reabilitacao-respiratoria-nos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Gaspar, L., Martins, P., & Gomes, F. (2019). Efeito da reabilitação respiratória nos sintomas avaliado pelo CAT e a sua relação com a tolerância à atividade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 6-10. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.01.4566>
- Jarosz, A. O., Szmelcer, B., & Pdhorecka, M. (2020) Application and effectiveness of respiratory physiotherapy in the prevention and treatment of patients with COVID-19. *Via Medica*, 5(4), 265-270. <https://doi.org/10.5603/MRJ.a2020.0028>
- Hamaski, H. (2020). Effects of diaphragmatic breathing on health: A narrative review. *Medicines*, 7(10), 65. <https://doi.org/10.3390/medicines7100065>
- Santana, A. V., Fontana, A. D., & Pitta, F. (2021). Pulmonary rehabilitation after COVID-19. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 47(1), e20210034. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210034>
- Silva, L., Mota, A., & Sousa, L. M. (2020). Efeitos de um programa de (tele)reabilitação respiratória na pessoa com COVID-19: Um estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S2), 23-28. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.3.5783>
- Gonzalez-Gerez, J. J., Saavedra-Hernandez, M., Anarte-Lazo, E., Bernal-Utrera, C., Perez-Ale, M., & Rodriguez-Blanco, C. (2021). Short-term effects of a respiratory telerehabilitation program in confined COVID-19 patients in the acute phase: A pilot study. *International Journal Environmental Research and Public Health*,

Schoeller, S. D., Martins, M. M., Ramos, F. R., Vargas, C. P., Zuhetto, M. A., & Lima, D. K. (2020). Cuidado em enfermagem de reabilitação e processo emancipatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19084. <https://doi.org/10.12707/RIV19084>

## 11.1 Comentário\*\*

**António Manuel Fernandes<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

A análise do estudo de Correia, Mendes, Areias, Messias e Bernardes (2023) permite identificar de imediato, na abordagem ao caso clínico, a observância de vários atributos, incontornáveis, do processo de enfermagem, em particular da enfermagem de reabilitação: (1) a abordagem multidimensional á pessoa doente; (2) a individualização dos cuidados e consequente intervenção centrada na pessoa; (3) a progressividade de objetivos tangíveis e exequíveis; (4) a segurança clínica; (5) a consistência científica da intervenção clínica.

De facto, **a abordagem multidimensional** (1) à pessoa e à sua condição clínica, na avaliação inicial, na intervenção, na avaliação continuada é, atendendo aos resultados do doente, um dos fortes subsídios, que este estudo de caso aporta, para a prática clínica. O quadro clínico de pneumonia secundária a SARS-CoV-2 com insuficiência respiratória hipoxémica aguda, internamento prolongado com ocorrência de sépsis iatrogénica, acabaria por apresentar um conjunto de manifestações clínicas, próximas da doença pulmonar obstrutiva crónica, como intolerância ao esforço, descondicionamento cardiorrespiratório, perda global de funcionalidade, bem como miopatia de desuso. Nesse sentido, o mérito da abordagem multidimensional começa logo na avaliação inicial (diagnóstica), tendo em vista o desenvolvimento de um programa de reabilitação adequado à condição clínica. Essa virtude percebe-se pelas técnicas e instrumentos de avaliação variados, consistentes, sensíveis, validados e complementares, de resto, recomendados pelo colégio de especialidade da Ordem do Enfermeiros (OE, 2014), dirigidos às diferentes facetas da condição clínica da pessoa: capacidade funcional e atividades da vida diária, qualidade de vida, ansiedade e depressão, força muscular, equilíbrio, dispneia e tolerância ao esforço ou atividade física.

Esta abordagem, desde o primeiro momento contribuiu para **a individualização do programa** (2) e induziu os **cuidados centrados na pessoa** em função das necessidades identificadas. A intervenção, para além dos aspetos bio-fisiológicos e funcionais, focalizou-se de imediato na

\*\* O estudo de Correia et al. tinha sido aceite por uma revista científica pelo que se programou a publicação nesta coletânea do seu resumo alargado e respetivo comentário. Por motivo de descontinuidade da revista em causa, o texto aceite não chegou a ser publicado, pelo que se publica aqui o original, mantendo o comentário.

recuperação cognitiva, emocional, bem-estar e qualidade de vida. Foram discutidos, com o doente, os benefícios do seu envolvimento e, face ao processo de transição saúde-doença-saúde que o doente vive, houve a preocupação de investir em condições facilitadoras da transição, como sejam a informação transmitida (conhecimento) ao doente, o treino de habilidades (capacidades) e a gestão de expectativas (bem-estar subjetivo). Este investimento, cuja apropriação é desejável em toda a prática clínica, teve continuidade com um plano de alta individualizado e estruturado, visando quer o autocuidado e transição para contexto de domicílio, quer o suporte pós-alta a fornecer pelo contexto de saúde local.

A **progressividade de objetivos tangíveis e exequíveis** (3) é outro dos subsídios a reter para a prática clínica. Com a função de gerir as expectativas (*step by step*) e motivar o doente, através do reforço positivo, esta planificação revela-se fundamental a toda a operacionalização do programa de RR. Facilita a avaliação contínua, a monitorização dos ganhos, o incremento de intervenções, a redefinição de intensidades e zonas de treino, o treino de habilidades, a reaquisição de competências funcionais. Pretende, também, gerir a progressão dos limites de tolerância ao esforço e com isso garantir a segurança clínica.

Esta, **segurança clínica** (4) é outro subsídio para a prática clínica, a retirar deste estudo de caso. Sobejamente entendida como uma variável, por excelência, da qualidade dos cuidados prestados, este caso é paradigmático da importância que tem garantir todas as condições de segurança nos cuidados prestados e antecipar os riscos associados à intervenção clínica, tal como recomendado pela DGS (2019). Os autores fazem-no em todo e qualquer momento. São exemplo disso, numa fase inicial, realização da história clínica, a avaliação *baseline* dos diferentes parâmetros funcionais e fisiológicos, a identificação de contraindicações à realização das atividades e o balizar da intensidade de treino de partida. Durante o programa, a monitorização e avaliação constante dos diferentes parâmetros, a determinação em tempo real de limites seguros para o treino/atividade, com recurso à *Borg Dyspnea Scale* modificada e determinação da frequência Cardíaca Máxima com base na fórmula de Karvonen ou, simplesmente, observação direta de sintomatologia de alerta (ex: dor no “peito”; tontura, palpitações, taquicardia, hipotensão ou hipoxemia refratária).

Por último, a **consistência científica da intervenção** (5), para além de tudo o que já foi dito, percebe-se, também no entendimento e abordagem que os autores fazem à reabilitação respiratória (RR). Frequentemente centrada na dinâmica respiratória e no treino de resistência, a verdade é que, quando combinada com o treino de força, os benefícios são potencializados (JBI, 2020). Neste estudo, por maioria de razão, atendendo ao quadro de miopatia por desuso, esse pressuposto não é esquecido. Ainda que numa fase inicial a RR incida nas alterações evidentes da ventilação, como facilmente se percebe pela urgência vital, o plano previu (e consumou) a introdução progressiva da componente inerente ao exercício físico (EF), nomeadamente o treino aeróbio e anaeróbio (força e resistência) com níveis progressivos de intensidade. De resto, esta e as outras decisões de intervenção clínica são corroboradas por outros autores (Santana et al., 2021;

Zampogna et al., 2021). A consistência científica ou prática baseada na evidência, confirma-se, também, pela abrangência da intervenção, ao integrar o *bundle* de componentes recomendados para o programa de RR (DGS, 2019; *British Thoracic Society*, 2013), onde não falta, na aplicação dos mesmos, a atenção à contraindicação clínica por forma a garantir a segurança do doente.

Resumindo, ainda que os autores se refiram à fraca validação externa como uma limitação ao estudo, por se tratar de um programa personalizado, a verdade é que perante a excelência do programa e os resultados obtidos, é legítimo olhar para este *case study* como uma referência para a prática clínica. De resto, a personalização do programa é, em si mesmo, um critério de boa prática. A importância da sua apropriação na prática clínica fica ainda mais evidenciada a partir deste estudo.

Finalizamos com uma última ideia sobre o estudo de caso: a sua utilidade pedagógica/formativa e investigatória. A sua divulgação será, seguramente, útil para o desenvolvimento de capacidades dos profissionais, em particular os enfermeiros de reabilitação, que cuidam de doentes que sobrevivem à infeção por COVID-19. Como será, seguramente, um contributo para a síntese da ciência, que esteja ou venha a ocorrer, neste domínio.

## Referências Bibliográficas

- British Thoracic Society (2013). British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. *Thorax*, 68(Sup. 2). <http://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-203808>.
- Correia, N., Mendes, L., Areias, S., Messias, M., & Bernardes, R. (2023). *Reabilitação respiratória em pneumonia secundária a SARS-CoV-2: um estudo de caso*. Em Núcleo de Investigação em Enfermagem do CHUC, Cadernos de disseminação: Ciência e reflexões sobre o cuidar em pandemia COVID-19. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Programas de reabilitação respiratória nos cuidados de saúde primários: Orientação 14/2019*. <http://www.aenfermagem.easleis.pt/2019/08/07/norma-dgs-programas-de-reabilitacao-respiratoria-nos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Joanna Briggs Institute. (2022). *Chronic obstructive pulmonary disease: Physical therapy*.
- Santana, A. V., Fontana, A. D., & Pitta, F. (2021). Pulmonary rehabilitation after COVID-19. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 47(1), e20210034. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210034>
- Zampogna, E., Paneroni, M., Belli, S., Aliani, M., Gandolfo, A., Visca, D., Bellanti, M. T., Ambrosino, N., & Vitacca, M. (2021). Pulmonary rehabilitation in patients recovering from COVID-19. *Respiration*, 100(5), 416–422. <https://doi.org/10.1159/000514387>

## 12. EFETIVIDADE DA AWAKE PRONE POSITIONING NA PESSOA PORTADORA DE PNEUMONIA SECUNDÁRIA À INFEÇÃO POR SARS-COV-2

**Célia Laranjeiro<sup>1</sup>**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**La Salette Fernandes<sup>1</sup>**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação em funções de gestão

**Patrícia Martins<sup>1</sup>**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**Sara Godinho<sup>1</sup>**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Medicina, Coimbra, Portugal

### Resumo

**Enquadramento:** O novo coronavírus (SARS-CoV-2), tornou-se rapidamente numa pandemia. Na ausência de terapias eficazes a *awake prone positioning* emergiu como posicionamento padrão na recuperação dos doentes.

**Objetivos:** Avaliar o impacto da *awake prone positioning* na pessoa portadora de pneumonia secundária à infeção por SARS-CoV-2.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo-correlacional. Os dados foram colhidos por enfermeiros de Reabilitação a doentes internados com pneumonia secundária à infeção por SARS-CoV-2 no período de tempo compreendido entre dezembro de 2020 e fevereiro de 2021. Foram observadas 385 intervenções da aplicação da *awake prone positioning*, num total de 64 indivíduos.

**Resultados:** O estudo revela que, com a utilização da *awake prone positioning*, verificou-se uma evolução positiva dos parâmetros vitais conduzindo a uma melhoria da situação clínica dos doentes. Os testes de hipóteses permitiram-nos ainda verificar que, na sua maioria, as diferenças encontradas relativamente aos parâmetros avaliados eram estatisticamente significativas.

**Conclusão:** A *awake prone positioning* apresenta benefícios que, em conjunto com outras formas de tratamento, contribuem para a recuperação dos doentes com pneumonia secundária à infeção por SARS-CoV-2.

**Palavras-chave:** Pneumonia por SARS-CoV-2; *Awake Prone Positioning*; COVID-19; Enfermagem de Reabilitação.

## Introdução

O SARS-CoV-2 surge como um vírus responsável por muitos casos de insuficiência respiratória, originando a síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA) e, conseqüentemente, exigindo procedimentos mais invasivos, nomeadamente a entubação e ventilação mecânica invasiva.

Relativamente a cuidados intensivos e a doentes ventilados, a *awake prone positioning* é uma técnica validada no tratamento da SDRA, onde a realização de sessões de decúbito ventral permite o incremento da oxigenação, otimizando as relações ventilação/perfusão das áreas posteriores dos pulmões (Elharrar et al., 2020).

Contudo, os dados na literatura são limitados sobre o decúbito ventral nos doentes em ventilação espontânea acordados. São principalmente séries de estudos de caso ou estudos retrospectivos (Elharrar et al., 2020). No caso da pandemia de SARS-CoV-2, estamos perante doentes com envolvimento pulmonar posterior que podem beneficiar de sessões de decúbito ventral para evitar a ventilação mecânica.

Scholten (2017) refere que o *awake prone positioning* permite uma ventilação pulmonar mais homogênea e distribuição da tensão, aumentando assim o recrutamento de unidades pulmonares dorsais.

A lógica fisiológica do *awake prone positioning* na SDRA é reduzir a incompatibilidade ventilação/perfusão, a hipoxemia e o *shunt* (ICS, 2020). Isto permite, ainda, diminuir o gradiente de pressão pleural entre as regiões pulmonares dependentes e não dependentes, como resultado dos efeitos gravitacionais e da correspondência da forma conformacional do pulmão com a cavidade torácica.

Existe, assim, uma distribuição homogênea, proporcionando uma melhoria da relação ventilação-perfusão (V/Q), reduzindo o *shunt* intrapulmonar e permitindo a drenagem das áreas pulmonares atelectásicas, melhorando a oxigenação. Além disso, o gradiente de pressão transpulmonar é reduzido, o que diminui o barotrauma (Koulouras et al., 2016).

Perante doentes críticos, com agravamento do padrão respiratório, alterações da relação ventilação-perfusão e diminuição do volume pulmonar, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) apresenta competências específicas para responder às suas necessidades.

A tomada de decisão do EEER encontra-se associada à sua capacidade para combinar o conhecimento disponível, quer da disciplina quer das outras ciências que com ela se relacionam, à própria experiência do profissional e à sua capacidade e disposição para usar o pensamento crítico, sempre inserido e influenciado pelo contexto profissional que envolve essa decisão (Silva, 2011).

Neste contexto, o processo de reabilitação de doentes internados com pneumonia secundária à infeção por SARS-CoV-2, nomeadamente com a aplicação da *awake prone positioning*, implica que o EEER efetue um diagnóstico precoce associado a intervenções preventivas de enfermagem de

reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, proporcionar intervenções terapêuticas que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Na ausência de terapias eficazes direcionadas para SARS-CoV-2, a otimização dos cuidados de suporte é essencial. Neste sentido, a Sociedade de Terapia Intensiva do Reino Unido (ICS) emanou uma orientação que defende o *awake prone positioning* como um tratamento padrão para doentes com COVID-19, suspeito ou confirmado, que requerem uma  $FiO_2 \geq 28\%$  (ICS, 2020).

Assim, o objetivo deste estudo consiste em analisar o contributo da *awake prone positioning*, na pessoa portadora de pneumonia secundária à infeção por SARS-CoV-2 com suporte de  $FiO_2 > 28\%$ , comparando os valores da Saturação de Oxigénio (SaO<sub>2</sub>), Tensão Arterial (TA), Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR) e da Dispneia (com a utilização da Escala de Borg modificada), no pré e pós aplicação da *awake prone positioning*.

Neste sentido, foram elaboradas as seguintes questões de investigação e hipóteses:

### **Questões de investigação**

- Qual o impacto da aplicação da *awake prone positioning* na pessoa portadora de uma pneumonia secundária à infeção por SARS-CoV-2?
- A aplicação da *awake prone positioning* influencia os valores da SaO<sub>2</sub>, TA, FC, FR e da Dispneia, antes e após a aplicação do posicionamento?

### **Hipóteses de investigação**

Existem diferenças na concentração de SaO<sub>2</sub>, na TA, na FC, FR e na dispneia antes e depois da aplicação da *awake prone positioning*.

### **Metodologia**

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 64 indivíduos com diagnóstico de pneumonia secundária à infeção por SARS-CoV-2 internados numa enfermaria COVID-19 de um hospital central da região centro. A recolha dos dados foi realizada entre dezembro de 2020 e fevereiro de 2021, onde foram observadas 385 intervenções da aplicação da *awake prone positioning*.

Definiu-se como critérios de inclusão: doentes com diagnóstico de pneumonia secundária à infeção por SARS-CoV-2 e necessidade de oxigénio  $>28\%$  por Máscara de Venturi; monitorizados

com oximetria de pulso; com capacidade cognitiva e física para realizar os posicionamentos terapêuticos propostos, que tenham capacidade de cumprir as instruções de enfermagem relativas ao posicionamento e tolerem as alternâncias de posição.

Como variável independente estabeleceu-se a *awake prone positioning*. Enquanto como variáveis dependentes: TA, SaO<sub>2</sub>, FR, FC e dispneia, avaliadas antes e após a aplicação da *prone positioning* pelo EEER.

A monitorização hemodinâmica foi realizada em monitores da Mindray e a avaliação da dispneia através da Escala de Borg modificada (Borg, 1998), sendo os dados recolhidos pelos EEER responsáveis pelo posicionamento.

A avaliação foi realizada em 3 momentos: antes da aplicação da *awake prone positioning*; 15 a 30 minutos após o posicionamento; e 30 a 45 minutos após a aplicação da *awake prone positioning*. Os dados foram registados no processo do doente no Sclinico® e numa base de dados em formato Excel®, previamente elaborada para o efeito.

Para análise dos dados recorreu-se ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) na versão 20.0 de 2014. Foram aplicados os testes *Shapiro-Wilks* e *Kolmogorov-Smirnov* para testar a normalidade da distribuição de frequências das variáveis quantitativas em estudo e o teste de *Wilcoxon* para testar as hipóteses, com utilização de um nível de significância de 0,05.

## Resultados

Os dados apresentados referem-se à monitorização da primeira e última sessão, uma vez que o número de sessões de reabilitação variou de doente para doente.

Em termos sociodemográficos, a maior percentagem de doentes (28%) pertencia ao grupo etário dos 60-69 anos, com uma média de idades de 61,9 anos e uma variação entre os 25 e os 86 anos. Maioritariamente eram do género masculino, representando 77% da amostra.

Em termos clínicos, verificou-se que a maior parte dos doentes apresentava uma ou mais patologias associadas, nomeadamente hipertensão arterial (41%), patologia respiratória (22%), diabetes *mellitus* (22%), obesidade (20%), patologia cardíaca (8%) e outras patologias (64%), onde se incluía etilismo, patologias osteoarticulares, síndrome depressivo, entre outras.

Relativamente à diferença de saturação de oxigénio antes e após a colocação do doente em *prone positioning*, verificou-se um aumento dos valores de saturação de oxigénio na maioria das monitorizações realizadas (76,6%).

Relativamente à hipótese 1: “Existe diferença na concentração de SaO<sub>2</sub> antes e depois da

intervenção do EEER com a aplicação da *awake prone positioning*". Da análise estatística verificamos que existe uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ), pelo que podemos afirmar que, na nossa amostra, a aplicação do posicionamento contribuiu para a melhoria da SaO<sub>2</sub>.

Das avaliações que foram realizadas à TA sistólica, os valores deste parâmetro mantiveram-se com poucas ou nenhuma oscilações entre a avaliação antes e após o posicionamento nas sessões observadas.

Assim, no que diz respeito à hipótese 2: "Existem diferenças nos valores de TA antes e depois da intervenção do EEER com a aplicação da *awake prone positioning*". Da análise estatística do teste de diferença de TA sistólica nas primeiras e últimas sessões verificou-se que não são estatisticamente significativos ( $p = 0.314$ ), pelo que podemos afirmar que a aplicação da *awake prone positioning* não teve influência, estatisticamente significativa, nas diferenças de TA observadas.

Ao analisar a diferença de valores de FC, na primeira sessão, em 29 monitorizações este valor diminuiu com o posicionamento, em 31 aumentou e manteve-se em 5. Na última sessão verificou-se que este valor diminuiu em 39 monitorizações, aumentou em 11 e manteve-se em 8 sessões. Tendo em conta estes resultados e no sentido de dar resposta à hipótese 3: "Existe diferença na FC antes e depois da intervenção do EEER com a aplicação da *awake prone positioning*", o teste de hipóteses aplicado veio revelar que na primeira sessão a diferença dos valores na FC não é estatisticamente significativa. No entanto, na última sessão as diferenças na FC encontradas, para um nível de significância de 0,05, o  $p = 0.01$  veio revelar que esta diferença é estatisticamente significativa.

Quanto à FR, na primeira sessão, verifica-se que em 13 monitorizações a FR diminuiu com o posicionamento, manteve-se em 51 e que em apenas uma aumentou. Na última sessão, verifica-se que em 6 monitorizações este valor diminuiu, em 52 não houve alteração e em nenhuma se verificou aumento.

Para dar resposta à hipótese 4: "Existe diferença na FR antes e depois da intervenção do EEER com a aplicação da *awake prone positioning*", o teste de hipóteses utilizado permite-nos afirmar que a diferença dos valores na FR é estatisticamente significativa ( $p = 0.014$ ).

Quanto à utilização da Escala de Borg, verificámos que, tanto na primeira como na última sessão da *awake prone positioning*, observou-se em cerca de 1/3 das monitorizações uma diminuição na pontuação da escala entre a avaliação posterior e anterior ao procedimento, sendo que nas restantes, o valor se manteve inalterado e apenas em uma monitorização se verificou o aumento de um ponto. Assim, a utilização do teste de *Wilcoxon* ( $p < 0.001$ ) permite-nos responder à hipótese 5, que afirma existir diferença na avaliação da dispneia (pela Escala de Borg) antes e depois da intervenção do EEER com a aplicação da *awake prone positioning*.

## Discussão

No nosso estudo, o intervalo de idades situou-se entre os 25 e os 86 anos, sendo que a maior percentagem de doentes enquadrava-se entre os 60-69 anos. O género masculino correspondia ao grupo mais representativo. Estes dados são corroborados com o resultado de um estudo de Peixoto et al. (2020), que conclui que a idade a partir dos 60 anos foi fator determinante para a hospitalização dos doentes com COVID-19, sendo o sexo masculino o que apresentava maior número de internamentos.

No que diz respeito à presença de patologias associadas, verificámos que HTA e a DM são as comorbilidades mais predominantes. Contudo, no estudo realizado por Peixoto et al. (2020) constatou-se que se a TA estiver controlada, esta não constitui, por si só, um fator causal para o internamento. Por outro lado, 8% dos doentes do nosso estudo apresentavam patologia cardíaca, sendo esta considerada pelos autores referidos anteriormente, um fator importante para o agravamento da doença e conseqüente necessidade de internamento.

Relativamente à monitorização da saturação de oxigénio, verificámos uma evolução positiva destes valores entre a primeira e a última sessão da *awake prone positioning*, praticamente em todas as monitorizações realizadas. Devemos ter em conta que, quando ocorreu uma diminuição do valor da oximetria, esta possa ter estado relacionada com a redução do aporte de oxigénio por indicação médica aquando do posicionamento.

No que diz respeito à FC, verificámos na última sessão da *awake prone positioning*, uma diminuição destes valores na maior parte das monitorizações realizadas, o que consideramos clinicamente significativo pela redução do consumo de oxigénio que isso traz para o doente.

Quanto à FR, na maioria das monitorizações (72.8%) não existiram diferenças e em 25% houve uma diminuição. Analisando a evolução da primeira para a última sessão verificamos que a FR teve maior número de monitorizações com valores de FR mais baixos, o que pode ser explicado pelo facto de nas últimas sessões os doentes já se encontrarem mais estáveis e com valores de FR próximos daquilo que é considerado o padrão normal.

Finalmente, no que diz respeito à Escala de Borg, na generalidade das monitorizações não houve alterações dos valores que foram avaliados entre sessões, pelo que consideramos ser uma evolução favorável.

Consideramos que os resultados do nosso estudo vêm contribuir para alargar o conhecimento da utilização da *awake prone positioning*, no entanto, estamos conscientes de algumas dificuldades e limitações, nomeadamente: a) o facto de não terem sido encontrados estudos sobre a utilização da *awake prone positioning* em doentes com capacidade cognitiva e física para realizar os posicionamentos terapêuticos propostos, isto é, com capacidade de cumprir as instruções de enfermagem relativas ao posicionamento, com os quais pudéssemos comparar os nossos

resultados; b) a impossibilidade de controlar variáveis que, de alguma forma, influenciaram as monitorizações realizadas, como por exemplo, as alterações na gestão da oxigenoterapia e o facto do doente realizar, após capacitação e de forma autónoma, o próprio posicionamento sem possibilidade de ser monitorizado.

## Conclusão

Atualmente, não encontramos uniformidade de critérios relativos à aplicação da *awake prone positioning* em doentes acordados com insuficiência respiratória hipoxémica. São inúmeros os fatores que necessitam de ser avaliados como, por exemplo, determinar os doentes que podem ter indicação para o posicionamento, a frequência com que deve ser realizada, a duração e o tempo a partir do qual deve começar a ser descontinuado.

A realização do nosso estudo permitiu-nos verificar uma evolução clinicamente favorável dos parâmetros analisados e, por isso, consideramos que a *awake prone positioning* é benéfica para a recuperação dos doentes com pneumonia secundária à infeção por SARS-CoV-2. Contudo, tendo em conta que não controlámos algumas variáveis, não nos é possível afirmar que esta intervenção tenha um impacto direto na melhoria da infeção por SARS-CoV-2, pelo que é necessário a realização de mais estudos que nos ajudem a compreender a efetividade desta intervenção neste tipo de doentes.

## Referências Bibliográficas

- Borg, G. (1998). *Borg's perceived exertion and pain scales*. Ed. Human Kinetics.
- Elharrar, X., Trigui, Y., Dols, AM., Touchon, F., Martinez, S., Prud'homme, E. & Papazian, L. et al (2020). Use of prone positioning in nonintubated patients with COVID-19 and hypoxemic acute respiratory failure. *Journal of the American Medical Association*. 323(22): 2336-2338. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8255>
- Intensive Care Society. (2020). *ICS: guidance for prone positioning of the conscious COVID patient, 2020*. <https://emcrit.org/wp-content/uploads/2020/04/2020-04-12-Guidance-for-conscious-proning.pdf>
- Jiang, L. G., LeBaron, J., Bodnar, D., Caputo, N. D., Chang, B. P., Chiricolo, G., Flores, S., Kenny, J., Melville, L., Sayan, O. R., Sharma, M., Shemesh, A., Suh, E., & Farmer, B. (2020). Conscious proning: An introduction of a proning protocol for nonintubated, awake, hypoxic emergency department COVID-19 patients. *Academic Emergency Medicine*, 27(7), 566-569. <https://doi.org/10.1111/acem.14035>
- Koeckerling, D., Barker, J., Mudalige, N. L., Oyefeso, O., Pan, D., Pareek, M., Thompson, J. P., & Ng, G. A. (2020). Awake prone positioning in COVID-19. *Thorax*, 75(10), 833-884. <http://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215133>

- Koulouras, V., Papathanakos, G., Papathanasiou, A., & Nakos, G. (2016). Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: A pathophysiology-based review. *World Journal Critical Care Medicine*, 5(2), 121-136. <https://doi.org/10.5492/wjccm.v5.i2.121>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Paiva, K., & Beppu, O. (2005). Posição prona. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 31(4), 332-340. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132005000400011>
- Paul, V., Patel, S., Royle, M., Odish, M., Malhotra, A., & Koenig, S. (2020). Proning in non-intubated (PINI) in times of COVID-19: Case series and a review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(8), 818-824. <https://doi.org/10.1177/0885066620934801>
- Peixoto, V. R., Vieira, A., Aguiar, P., Sousa, P., Carvalho, C., Thomas, D., Abrantes, A., & Nunes, C. (2020). *COVID-19: Determinants of hospitalization, ICU and death among 20,293 cases notified in Portugal*. <https://www.ensp.unl.pt/covid-19-determinants-of-hospitalization-icu-and-death-among-20293-cases-notified-in-portugal/>
- Raouf, M., Nava, C., & Hill, N. S. (2020). High-flow, noninvasive ventilation and awake (nonintubation) proning in patients with coronavirus disease 2019 with respiratory failure. *Chest*, 158(5), 1992-2002. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.07.013>
- Regulamento n.º 125/2011. (2011). *Diário da República: II série*, nº 35. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/125-2011-3477014>
- Scholten, E. L., Beitler, J., Prisk, G., & Malhotra, A. (2017). Treatment of ARDS with prone positioning. *Chest*, 151(1), 215–224.
- Silva, M. S. (2011). *Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/3039>

## 13. DOCUMENTAÇÃO DOS FOCOS/DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NAS PESSOAS HOSPITALIZADAS COM COVID-19

### **Elisa da Conceição de Oliveira Teles Dias de Melo<sup>1</sup>**

Assessora da Enfermeira Diretora | Coordenadora do Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem

### **Carlos Manuel dos Santos Fernandes<sup>1</sup>**

Gabinete de Qualidade e Segurança do Doente; Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem

### **Cármem Lúcia Seabra Nogueira<sup>1</sup>**

Unidade de Inovação e Desenvolvimento – Gabinete de Inovação

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

## Resumo

Os enfermeiros são o grupo profissional que permanece continuamente junto da pessoa doente, com ações várias que constituem o seu escopo de intervenção, relacionadas com processos corporais, processos psicológicos e autocuidado, sustentadas em referenciais teóricos, nomeadamente a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado.

A análise dos Focos / Diagnósticos de Enfermagem alvo dos enfermeiros permite a caracterização da condição da pessoa, sobressaindo as áreas de maior valorização na sua prática clínica. A intencionalidade das ações desenvolvidas pelos enfermeiros sustenta-se em modelos e teorias desenvolvidas para clarificar o objetivo último das intervenções.

O objetivo deste trabalho foi determinar os Focos / Diagnósticos de Enfermagem mais identificados na pessoa com COVID-19 num centro hospitalar português.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo. Os dados foram recolhidos em dois períodos distintos: no ano de 2020 e no ano de 2021.

Os resultados, distribuídos pelas dimensões Função, Ação e Razão para a Ação, revelam distribuição mais aproximada nos domínios Função e Ação em 2020 e mais dispersa em 2021, invertendo-se a superioridade de Focos / Diagnósticos de Enfermagem no âmbito de Ação versus Função de 2020 para 2021. A dimensão Razão para a Ação surge representada de forma semelhante em ambos os períodos em análise.

**Palavras chave:** COVID-19; Focos e Diagnósticos de Enfermagem; Autocuidado; Teoria de enfermagem.

## Introdução

Os enfermeiros são um grupo profissional relevante numa organização de saúde e por tal num contexto multiprofissional. Como citado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996), os cuidados de enfermagem constituem-se de intervenções autónomas e interdependentes, realizadas por enfermeiros habilitados com competência técnica, científica e humana. A Ordem dos Enfermeiros (2002, p. 12) refere que “no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”, sendo que Nunes (2018, p. 13) acrescenta que “o enfermeiro se distingue pela sua formação e pela abordagem holística, num contexto multiprofissional de atuação, bem como pela orientação ética e deontológica do seu agir”.

Qualquer profissão necessita de um corpo de conhecimentos que seja o guia concetual da sua atuação. A pergunta ‘o que fazem os enfermeiros?’ tem uma resposta suportada em modelos e teorias de enfermagem desenvolvidas ao longo dos anos, reunindo um corpo de conhecimentos sustentados em evidência científica e que viabilizarão respostas cada vez mais ajustadas às populações.

A COVID-19 é um flagelo mundial, tendo sido declarada pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em janeiro de 2020.

A gravidade da sintomatologia da doença é variável, desde a inexistência de sintomas até febre, tosse, dor de garganta, cansaço e dores musculares, e nos casos mais graves pneumonia grave, síndrome respiratória aguda grave, septicémia, choque séptico e eventual morte (Direção Geral de Saúde, 2021).

Perante o contexto pandémico, a DGS foi emanando orientações para as instituições hospitalares, considerando as evidências científicas a cada momento. As estruturas prestadoras de cuidados de saúde foram obrigadas a um esforço de organização, de adaptação constantes e aquisição de novas competências, quer pelo número de casos e de mortes, quer pelas características de propagação do vírus e sintomatologia da doença, no sentido de dar a melhor resposta às necessidades complexas das pessoas internadas com COVID-19, dotando os locais de profissionais capacitados e dos recursos necessários.

No Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), o primeiro internamento de um doente infetado com SARS-CoV-2 ocorreu no dia 11 de março de 2020.

Este Centro Hospitalar tem vindo a desenvolver dois projetos estruturantes no âmbito da promoção da excelência do exercício profissional dos enfermeiros – Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem e Capacitação dos Enfermeiros em Conceção de Cuidados. É neste contexto que a tomada de decisão clínica em enfermagem é suportada por modelos teóricos dos quais realçamos aqui a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado.

Os modelos conceituais e teorias de enfermagem veiculam uma perspectiva organizada dos fenómenos característicos da disciplina. Qualquer disciplina demanda que existam metaparadigmas, sendo estes assumidos como uma forma de descrever os conceitos relativos ao domínio disciplinar (Nunes, 2018), tendo sido estabelecidos em Portugal: saúde, ambiente, pessoa e cuidados de enfermagem.

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem entronca-se na escola das necessidades, onde os modelos conceituais preconizados assentam nos cuidados de enfermagem com a finalidade da independência da pessoa, satisfazendo as suas necessidades fundamentais, mantendo ou restabelecendo a sua autonomia nos autocuidados (Lopes, 2001). A pessoa é vista como um ser que apresenta necessidades biopsicossociais no seu todo, em que o objetivo final é a sua independência. Já a saúde é o modo como a pessoa funciona de forma independente e em que as suas necessidades estão satisfeitas, o ambiente é o conjunto de condições externas, que afetam o desenvolvimento e a vida do organismo, bem como os fatores externos que afetam a pessoa para decidir a satisfação das suas necessidades ou autocuidado (idem).

Este Modelo é composto por três teorias: A Teoria do Autocuidado - que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si, a Teoria do Défice de Autocuidado - que descreve e explica por que razões as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem, e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem – que descreve e explica as relações que são necessárias criar e manter para que se produza enfermagem, baseando-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do doente no desempenho das atividades de autocuidado (Taylor, 2004; Petronilho, 2012).

Autocuidado “é um tipo de Ação realizada pelo próprio (...) tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida” (ICN, 2002, p. 55), sendo um fenómeno de enfermagem de relevo da disciplina.

Nos contextos de internamento, os cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes são traduzidos com suporte à aplicação SCLínico®, a qual integra na sua parametrização a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A CIPE, sendo um instrumento de informação que descreve a prática de enfermagem, veicula a representação dessa prática em sistemas de informação de saúde globais.

Os fenómenos de enfermagem encontram-se agrupados em grandes áreas. No contexto deste trabalho, importa clarificar antecipadamente os seguintes conceitos (ICN, 2002, p. 17, 43, 55, 60):

**Função** - “processo corporal e operação não intencional relacionada com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível”;

**Ação** - “maneira como cada um atua, cuida ou se comporta, explicada e compreendida por meio de razões expressas”; engloba as ações realizadas pelo próprio: ‘feito, ação ou comportamento dependente de cada um e que pode ser executado pelo próprio, mas não necessariamente sozinho”; e a ação interdependente: “ação que depende do próprio e de outros”;

**Razão para a Ação** - “motivação para a compreensão e explanação do comportamento da pessoa”.

No CHUC, os sistemas de informação eletrónicos são uma realidade em todas as unidades de cuidados; estes incluem uma estrutura de dados facilitadora da tomada de decisão clínica dos enfermeiros, concetualmente suportada pelos referenciais teóricos (Melo et al., 2017).

O escrutínio da distribuição dos Focos de Atenção / Diagnósticos de Enfermagem documentados pelos enfermeiros no sistema de informação caracterizará a condição da pessoa internada com COVID-19, evidenciando-se a sua sustentação por modelos e teorias das ações desenvolvidas pelos enfermeiros, sendo esta a finalidade deste trabalho.

## **Metodologia**

A pandemia trouxe desafios dantescos à população e às instituições de saúde. Pela primeira vez nos tempos modernos vimo-nos confrontados com um evento desta dimensão, o que desencadeou a necessidade de conhecer as áreas de intervenção dos enfermeiros expressas na documentação dos cuidados de enfermagem.

Colocamos assim a seguinte questão de investigação: “Quais os Focos de Atenção / Diagnósticos de Enfermagem expressos nos doentes internados com COVID-19?”

Para a consecução deste trabalho desenvolveu-se uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo e retrospectivo.

Formulamos os seguintes objetivos de investigação:

- Descrever os Focos / Diagnósticos de Enfermagem identificados pelos enfermeiros em contextos de internamento de pessoas com COVID-19;
- Analisar a expressão da documentação dos Focos / Diagnósticos de Enfermagem em contextos de internamento de pessoas com COVID-19, comparando os dados entre 2020 e 2021 e distribuídos pelas diferentes faixas etárias.

A população alvo do estudo constituiu-se de todos os doentes internados no CHUC com o diagnóstico médico principal ou secundário de infeção por SARS-CoV-2, com documentação dos cuidados de enfermagem no SClínico. Excluem-se as unidades de cuidados intensivos, na medida em que aqui é utilizada uma plataforma informática distinta para a documentação dos cuidados de enfermagem. Para a identificação da população em estudo considerou-se a data de identificação do diagnóstico médico, o episódio, código da doença, fenómeno de enfermagem e data de alta.

A colheita de dados compreendeu dois períodos distintos: de 1 de março a 31 de dezembro de 2020 e de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2021. Procedeu-se à extração dos Focos / Diagnósticos de Enfermagem identificados na aplicação informática SClínico, a partir do BI Hospitalar®. Foi ainda realizada a colheita de variáveis atributo, como o sexo, a idade e os dias de internamento.

Os Focos / Diagnósticos de Enfermagem identificados pelos enfermeiros foram organizados nas

três dimensões: *Função, Ação e Razão para a Ação*, tendo por base a organização da CIPE. Ressalva-se a utilização de termos da versão Beta 2, na medida em que é esta a versão que integra as estruturas de dados do sistema de informação em uso.

Os dados foram agrupados nos seguintes grupos etários: dos 0 aos 24 anos, dos 25 aos 64 e mais de 65 anos. Estes *clusters* de idades têm por base as etapas do ciclo de vida inscritas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2013).

Todos os dados foram extraídos da aplicação BI Hospitalar® já anonimizados, salvaguardando-se assim a sua confidencialidade. Este acesso foi garantido através do perfil de acesso dos autores à respetiva aplicação e com autorização da Direção de Enfermagem do CHUC.

Tem parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do CHUC com a referência 263/CES, reg.012-2022.

## Resultados

No período de 1 de março a 31 de dezembro de 2020 obteve-se um total de 694 episódios de internamento, e no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2021 registaram-se 447 episódios.

No primeiro período, os doentes internados tinham maioritariamente idade superior a 65 anos (70,5%). Já no segundo período em análise, houve uma maior distribuição por dois intervalos de idades: 25-64 (40,9%) e maiores de 65 anos (55,9%).

Em ambos os períodos, a população internada era na sua maioria masculina, com uma expressão idêntica (56,9% em 2020 e 56,4% em 2021). No contexto nacional, o número de casos positivos COVID-19, a 31 de dezembro de 2021, eram maioritariamente mulheres, sendo que o número de óbitos (para o mesmo período) se trata maioritariamente de homens (DGS, 2021).

A média de dias de internamento centra-se, no primeiro período, em 20,0 dias e, no segundo período, em 14,5 dias.

Concentrando a análise nos Focos / Diagnósticos de Enfermagem, e tendo em conta as três dimensões definidas: *Função, Ação e Razão para a Ação*, desenvolveremos a apresentação dos resultados

No primeiro período em análise verificamos que o número de doentes com Focos / Diagnóstico de Enfermagem no âmbito da *Função* ou no âmbito da *Ação* é de 93,4% e 97,6%, respetivamente. Já no segundo período em análise, a distribuição é de 98,4% e 86,6%, respetivamente, invertendo-se a superioridade das áreas relacionadas com a *Ação / Função*. Na dimensão *Razão para a Ação* a distribuição dos resultados é semelhante em ambos os períodos (23,1% no primeiro período e 23,7% no segundo), sendo o valor percentual muito inferior relativamente às restantes dimensões.

Se nos centrarmos nos diferentes grupos etários, temos uma variação distinta. O momento do ciclo vital em que a pessoa se encontra tem impacto na condição de saúde e na sua necessidade em cuidados de enfermagem. Na Tabela 1 apresenta-se a relação entre os episódios inseridos nos grupos etários em cada uma das dimensões, com o total de episódios em cada período em estudo. Os valores percentuais apresentados referem-se ao quociente entre o número de episódios de cada faixa etária que tiveram, pelo menos, um Foco / Diagnóstico de Enfermagem identificado em cada área sobre o número total de episódios daquela faixa etária, naquele ano.

A distribuição percentual dos Focos / Diagnósticos de Enfermagem nos dois períodos sofreu alterações em todas as dimensões avaliadas. As maiores evidências são verificadas na dimensão *Ação*, na faixa etária acima dos 65 anos, com um decréscimo de 17,5 pontos percentuais do primeiro para o segundo período em análise e, no sentido oposto, a dimensão *Função*, na faixa etária entre os 25 e os 64 anos, com um aumento de 15,8 pontos percentuais entre o primeiro e o segundo período.

Com uma menor expressão, importa ainda referir que na dimensão *Razão para a Ação* se evidencia um aumento de 4,5% para 9,6% de 2020 para 2021 na faixa etária dos 25 aos 65 anos, sendo que na faixa etária seguinte, superior a 65 anos, se verifica um decréscimo da identificação de Focos / Diagnósticos de Enfermagem deste âmbito de 18,6% para 13,2%.

Tabela 1

*Distribuição das dimensões Função, Ação e Razão para a Ação por faixa etária*

Total	2020 N=694			2021 N=447		
	00-24	25-64	65+	00-24	25-64	65+
<b>Função</b>	0,9%	24,9%	67,6%	2,9%	40,7%	54,8%
<b>Ação</b>	0,9%	26,7%	70,0%	1,6%	32,4%	52,6%
<b>Razão para Ação</b>	0,0%	4,5%	18,6%	0,9%	9,6%	13,2%

Na Tabela 2 encontramos explicitados os Focos / Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes para cada uma das dimensões estabelecidas na população em estudo.

A análise dos Focos / Diagnósticos de Enfermagem na dimensão da *Função*, destacam-se os focos: *Ventilação* que passou de uma percentagem de 43,2%, no primeiro período, para 75,6% no segundo, e o foco *Maceração*, que teve uma diminuição de identificação de 23,4 pontos percentuais. Ressalva-se ainda a saída dos Focos / Diagnósticos de Enfermagem *Movimento Muscular* e *Dor* do grupo do 'top 5' do primeiro para o segundo período analisado, sendo substituídos pelos Focos / Diagnósticos de Enfermagem *Obstipação* e *Expectorator*.

A análise dos Focos / Diagnósticos de Enfermagem mais identificados neste âmbito revelam quais

os processos corporais sobre os quais os enfermeiros desenvolvem intervenções no sentido de melhorar (e.g. *Ventilação*) ou prevenir complicações (e.g. *Úlcera de Pressão*).

Na dimensão da Ação verificamos que o 'top 10' não sofreu alterações do primeiro para o segundo período em análise. Evidencia-se uma diminuição dos valores percentuais de cada um dos autocuidados no segundo período analisado, com a exceção do Foco: *Andar com Auxiliar de Marcha* que apresenta ligeiro aumento percentual (0,5%). Podemos relacionar este resultado com a diminuição da média de idades do primeiro para o segundo período em análise.

A promoção do bem-estar e do autocuidado são dimensões centrais e transversais dos cuidados de enfermagem. Os resultados revelam que a pessoa internada com COVID-19 manifesta dependência dos autocuidados, sendo que as ações de compensação ou substituição se centram maioritariamente nos autocuidados de *Higiene, Uso do Sanitário, Alimentar-se e Posicionar-se*. A prevenção de complicações fica novamente aqui evidenciada pela elevada frequência do Foco: *Queda*.

Já na dimensão da *Razão para Ação*, a análise da distribuição dos Focos / Diagnósticos de Enfermagem evidencia um aumento da expressão do Foco: *Ansiedade*, do primeiro para o segundo período passou de ser identificado a 4,8% dos doentes no primeiro período para ser identificado a 10,3% dos doentes no segundo período analisado. Outros dados que relevam para a apresentação dos principais resultados neste domínio é a diminuição da identificação de Focos / Diagnósticos de Enfermagem de *Confusão* e aumento de Focos / Diagnósticos de Enfermagem de *Intolerância à Atividade*, de 2020 relativamente a 2021, relevando aqui, mais uma vez, a evidência de neste segundo período a média de idades ser inferior.

Tabela 2

*Distribuição dos Focos/Diagnósticos de Enfermagem pelas dimensões Função, Ação e Razão para a Ação*

2020   N=694		2021   N=447	
Focos / Diagnósticos de Enfermagem	Percentagem (%)	Focos / Diagnósticos de Enfermagem	Percentagem (%)
<b>Função</b>			
<b>Úlcera de Pressão</b>	77,5%	Ventilação	75,6%
<b>Maceração</b>	61,4%	Úlcera de Pressão	68,7%
<b>Ventilação</b>	43,2%	Maceração	38,0%
<b>Movimento muscular</b>	25,4%	Obstipação	20,4%
<b>Dor</b>	17,7%	Expetorar	15,0%
<b>Ferida</b>	11,2%	Movimento muscular	14,1%
<b>Ferida Cirúrgica</b>	10,1%	Dor	13,2%
<b>Expetorar</b>	9,5%	Dispneia	11,4%
<b>Obstipação</b>	8,9%	Ferida	8,5%
<b>Equilíbrio Corporal</b>	8,2%	Aspiração	8,1%

<b>Ação</b>			
<b>Autocuidado: Higiene</b>	88,2%	Queda	74,1%
<b>Queda</b>	84,7%	Autocuidado: Higiene	72,7%
<b>Autocuidado: Uso do Sanitário</b>	80,1%	Autocuidado: Uso do Sanitário	71,4%
<b>Alimentar-se</b>	79,7%	Alimentar-se	64,9%
<b>Posicionar-se</b>	79,3%	Posicionar-se	59,7%
<b>Autocuidado: Vestuário</b>	40,7%	Autocuidado: Vestuário	31,1%
<b>Levantar-se</b>	26,2%	Levantar-se	26,2%
<b>Transferir-se</b>	13,7%	Transferir-se	14,8%
<b>Andar</b>	11,5%	Andar	10,5%
<b>Andar com Auxiliar de Marcha</b>	9,8%	Andar com Auxiliar de Marcha	10,3%
<b>Razão para a Ação</b>			
<b>Confusão</b>	15,4%	Ansiedade	10,3%
<b>Ansiedade</b>	4,8%	Intolerância à atividade	8,1%
<b>Tristeza</b>	1,2%	Confusão	8,1%
<b>Intolerância à actividade</b>	1,2%	Tristeza	1,1%
<b>Medo</b>	1,0%	Aceitação do Estado de Saúde	0,7%
<b>Processo de pensamento (Pensar)</b>	0,7%	Medo	0,5%
<b>Alucinação</b>	0,3%	Processo de pensamento (Pensar)	0%
<b>Aceitação do Estado de Saúde</b>	0,3%	Alucinação	0%
<b>Euforia</b>	0,1%	Euforia	0%
<b>Autocontrolo: Continência Urinária</b>	0,1%	Autocontrolo: Continência Urinária	0%

## Discussão

Os referenciais teóricos sustentam a tomada de decisão clínica, esclarecendo a intervenção dos enfermeiros e o seu contributo para a população, bem como o seu entendimento em torno dos conceitos metaparadigmáticos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem e as relações entre si.

O enfermeiro formula Diagnósticos de Enfermagem a partir de dados que identifica e transforma em informação, prescreve e implementa intervenções, avaliando o resultado destas. O ciclo contínuo do processo de enfermagem reflete a condição da pessoa.

A partir da caracterização da amostra e das dimensões estabelecidas para a organização dos resultados – *Função, Ação e Razão para a Ação* -, centraremos a discussão na Teoria do Autocuidado, tendo como pressuposto que a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado possibilita a sistematização do processo de tomada de decisão.

Os estudos que encontramos relacionados com Focos / Diagnósticos de Enfermagem em doentes com COVID-19 reportam-se a processos corporais e a processos psicológicos e comportamentais (Dantas et al., 2020; Lima, et al., 2021; Duque et al., 2021; Nascimento, T. F., Almeida, G.M.F., Bello, M.P., Silva, R.P.L. & Fontes, C.M.B., 2021; Moorhead et al., 2021; Swanson et al., 2021). Não encontramos

evidência de como estas alterações condicionam o desempenho dos autocuidados na pessoa.

A pessoa infetada com SARS-CoV-2 apresenta um conjunto de sintomas, como febre, mialgia, dor de cabeça, fadiga, tosse, dor de garganta e diarreia (Duque et al., 2021). Estes sintomas, para além de constituírem *per si* alterações no que respeita aos processos corporais, constituir-se-ão fatores condicionantes para a concretização dos autocuidados.

Os fatores condicionantes básicos, um dos conceitos centrais da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, afetam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário, incorporando fatores internos e externos da pessoa que interferem na sua capacidade de envolver-se no autocuidado (Orem, 2001). A idade, o estado de desenvolvimento, o diagnóstico médico e o tratamento, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, incluindo o envolvimento em atividades do dia-a-dia, os fatores ambientais e a adequação e a disponibilidades dos recursos, determinam a necessidade terapêutica de autocuidado (Orem, 1991).

Podemos considerar que os Focos / Diagnósticos de Enfermagem do domínio da Ação se reportam maioritariamente a áreas de Autocuidado, sendo que aqueles respeitantes aos domínios da *Função* e das *Razões para a Ação* relacionar-se-ão com alterações nos Requisitos de Autocuidado, ou ainda com Fatores Condicionantes do Autocuidado.

Há a certeza de que a pessoa com infeção por SARS-CoV-2 sujeita a internamento hospitalar apresenta compromisso no que respeita aos requisitos de autocuidado; este é outro dos conceitos centrais da Teoria de Dorothea Orem. Os requisitos de autocuidado integram três tipos de dimensões, mas interrelacionadas entre si: requisitos universais de autocuidado, requisitos de desenvolvimento e requisitos de autocuidado no desvio de saúde, relacionados com aspetos estruturais, funcionais e de desenvolvimento da pessoa.

Nascimento et al. (2021, p.3) refletem as alterações da pandemia COVID-19 em cada um dos requisitos de autocuidado, indo ao encontro da síntese descrita acima:

*- "os requisitos universais, como a ingestão suficiente de ar, as atividades de equilíbrio entre atividade e repouso, o equilíbrio entre solidão e interação social e a prevenção de perigos à vida humana, estão claramente afetados; (...)*

*- os requisitos de desenvolvimento estão afetados, como aqueles responsáveis pela promoção de processos de vida e de maturação, como as adaptações necessárias para o momento; as atitudes de distanciamento social estabelecidas para o controle da disseminação da doença; os desafios para a realização de atividades escolares de todos os níveis de ensino; as dificuldades encontradas para a condução das atividades humanas e, principalmente, em relação ao acesso à internet. (...)*

*- os desvios de saúde identificados em relação à prevenção e tratamento para o controle da disseminação da COVID-19, devem ser considerados os requisitos universais de convivência social que estariam prejudicados com o distanciamento, isolamento social e a quarentena instituída".*

Em contexto de internamento hospitalar evidenciam-se ainda outras alterações dos requisitos de autocuidado. A presença de sinais e sintomas como: dificuldade respiratória, febre, entre outros,

revela um compromisso dos requisitos universais de autocuidado; o processo patológico só por si será um requisito de desvio de saúde que está comprometido, e que irá ser determinante para o planeamento dos cuidados de enfermagem. A condição de doença com compromisso de requisitos universais e de desvio de saúde terá impacto nos requisitos de desenvolvimento.

“A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática” (OE, 2002, p. 12). Esta abordagem sistemática é desenvolvida nos contextos da prática através de uma metodologia científica de trabalho à qual denominamos processo de enfermagem. O enfermeiro “parte da identificação das necessidades em cuidados de enfermagem de cada pessoa, prescreve cuidados, planeia e implementa as intervenções, cujos resultados avalia” (Nunes, 2018, p. 12).

A avaliação do Autocuidado, facilitada pela Teoria do Autocuidado, sistematizada num conjunto de critérios de diagnóstico, traduzidos no SClínico em atividade diagnóstica, viabiliza a caracterização da condição da pessoa. Permite uma abordagem científica, seguindo cada etapa do processo de enfermagem e orientada por um referencial teórico.

Este trabalho encerra limitações, nomeadamente por se tratar apenas de uma abordagem descritiva, e em simultâneo reúne oportunidades para desenvolvimentos futuros. A exploração de cada uma das dimensões e das suas relações entre si e com outros dados da pessoa, da unidade de internamento ou com outros dados relacionados com a organização dos cuidados certamente que poderiam trazer outros contributos no caminho para a excelência dos cuidados de saúde.

## **Conclusão**

A intencionalidade das ações desenvolvidas pelos enfermeiros é sustentada por modelos e teorias, desenvolvidas para clarificar o objetivo último das intervenções. Em sùmula, poderemos considerar os seguintes propósitos da enfermagem: “promover e manter a saúde, cuidar dos que têm a sua saúde comprometida, assistir as pessoas nos processos de recuperação e de reabilitação, promover a autonomia e o autocuidado, responder às necessidades de saúde, procurar o bem-estar e a qualidade de vida, acompanhar os processos de morrer (...)”, podendo acrescentar-se a estes sete propósitos “(...) a finalidade que se encontra em Meleis, na facilitação dos processos de transição com a superação do papel” (Nunes, 2018, p.15).

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado fundamenta-se nos seguintes conceitos centrais: Ação de autocuidado; Capacidade de autocuidado; Necessidade de autocuidado; Déficit de autocuidado e Intervenção de enfermagem, sendo que os quatro primeiros estão direcionados para a pessoas que necessitam cuidados de enfermagem e o último para os enfermeiros (Brito, 2012). Orem (1991) considera ainda um conceito adicional – requisitos de autocuidado, e um conceito periférico – os fatores condicionantes básicos.

A enfermagem enquanto profissão com um corpo de conhecimento específico, que intencionalmente utiliza no contexto da sua vida profissional, tem através da plataforma de indicadores BI Hospitalar® a possibilidade de tornar visível e mensurar os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem. A partir desta plataforma conseguimos caracterizar a pessoa internada com COVID-19 no que respeita aos Diagnósticos de Enfermagem. Estes dados, tradutores da condição da pessoa, relacionando-os com os referenciais teóricos que sustentam a prática dos enfermeiros revestem-se de uma mais-valia. Por um lado, pela inovação no tipo de abordagem, num contexto novo; e, por outro lado, assumindo a partilha de conhecimento como impulsionador da reflexão sobre a prática e melhoria da qualidade dos cuidados.

## Referências Bibliográficas

- Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa* [Tese de doutoramento, Universidade Católica do Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.14/12617>
- Dantas, T. P., Aguiar, C. A., Rodrigues, V. R., Silva, R. R., Silva, M. I., & Sampaio, L. R. (2020). Nursing diagnosis for patients with COVID-19. *Journal Health NPEPS*, 5(1), 396-416. <http://dx.doi.org/10.30681/252610104575>
- Decreto-Lei n.º 161/1996. (1996). *Diário da República: I série A*, n.º 205. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Versão resumo*. [http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugueses/Paginas/PNS\\_2011\\_2016.aspx](http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugueses/Paginas/PNS_2011_2016.aspx)
- Direção Geral da Saúde. (2021). *COVID-19*. <https://covid19.min-saude.pt>
- Duque, M. P., Lucaccioni, H., Costa, C., Marques, R., Hansen, L., & Machado, S. S. (2021). *COVID-19 symptoms: A case-control study*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S095026882100042X>
- International Council of Nurses. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão beta 2*. Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Lima, L. S., Bessa, M. M., Silva, S. W., Moura, K.M., Souza, J. O., & Freitas, R. J. (2021). Processo de enfermagem para pacientes com manifestações respiratórias da COVID-19. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 15(1), e245345. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245345>
- Lopes, M. (2001). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações* (2ª ed). Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Melo, E. (2017). *Tomada de decisão em enfermagem no CHUC: O percurso da mudança 2012-2016*. CHUC.
- Moorhead, S., Macieira, T. G., Lopez, K. D., Mantovani, V. M., Swanson, E., Wagner, C., & Abe, N. (2021). NANDA-I,

NOC, and NIC linkages to SARS-CoV-2 (COVID-19): Part 1: Community response. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(1), 59-67. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12291>

Nascimento, T. F., Almeida, G. M., Bello, M. P., Silva, R.P., & Fontes, C. M. (2021). Coronavirus infections: Health care planning based on Orem's nursing theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0281>

Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2ª ed.) Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). Mosby.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Formasau.

Swanson, E., Mantovani, V. M., Wagner, C., Moorhead, S., Lopez, K. D., Macieira, T. G., & Abe, N. (2021). NANDA-I, NOC, and NIC linkages to SARS-CoV-2 (COVID-19): Part 2: Individual response. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(1), 68–83. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12307>

Taylor, S. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do défice de auto-cuidado de enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood (Eds), *Teóricas de enfermagem e sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.ª ed, pp. 211–235). Lusociência.



