

M

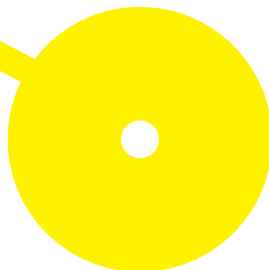
MESTRADO

FISIOTERAPIA – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM CARDIO-RESPIRATÓRIA

*“Há uma pessoa antes da COVID e uma
pessoa depois da COVID ”* - uma
**Análise Fenomenológica
Interpretativa da experiência de
pessoas com Condição Pós-COVID-19
em Fisioterapia Respiratória**

Mariana Nogueira Fonseca

09/2023





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

“Há uma pessoa antes da COVID e uma pessoa depois da COVID”
– Uma Análise Fenomenológica Interpretativa da experiência de pessoas com Condição
Pós-COVID-19 em Fisioterapia Respiratória

Autor

Mariana Nogueira Fonseca

Orientadores

Professor Vitor Hugo Azevedo

Professora Doutora Ana Silva Alexandrino

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de **Mestre em Fisioterapia** – Área de Especialização em **Cardio-Respiratória** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

Primeiramente aos meus pais e ao meu avô, por serem o meu pilar incondicional, em todos os momentos.

Ao Professor Vitor Hugo Azevedo e à Professora Doutora Ana Silva Alexandrino, por terem acreditado em mim, pelo apoio, incentivo e disponibilidade ao longo deste processo.

À minha família biológica e à de coração, pelo suporte e carinho.

Aos amigos que estiveram sempre ao meu lado, pelo suporte integral e colaboração na realização desta dissertação.

Resumo

A condição pós-COVID-19 é definida pelo espectro de sintomas que ocorre em pessoas com diagnóstico provável ou confirmado de infecção por SARS-CoV-2, com duração de pelo menos doze semanas e que não sejam atribuídos a um diagnóstico alternativo. Para além das afeções relativas aos défices físicos decorrentes desta condição, a deterioração psicológica, as limitações nas atividades da vida diária e consequente redução da qualidade de vida são frequentemente reportadas por pacientes com condição pós-COVID-19. O objetivo deste estudo compreende a análise e interpretação da perceção e vivências de pessoas com diagnóstico de condição pós-COVID-19 que realizaram um programa de fisioterapia respiratória centrada em exercício, centrando-se em questões como “o que sentem as pessoas com condição pós-COVID-19”, “quais as experiências e perceções atribuídas à vivencia desta patologia” e “de que forma é encarada a participação num programa de fisioterapia respiratória baseado em exercício”. Foram selecionados oito participantes que cumpriam os critérios de inclusão: indivíduos com idade igual ou superior a dezoito anos, com condição pós-COVID-19, com nível de 1 a 3 na escala “*Post Covid Functional Status*”(PCFS), residentes em Portugal, que tenham acesso a computador e Internet, que saibam utilizar as plataformas Teams ou Zoom e que tenham participado no programa de fisioterapia respiratória centrado em exercício, INSPIRO2. Surgiram como temas de relevância as limitações, os condicionamentos, a intervenção em fisioterapia, a evolução da condição, o impacto atual da condição, estratégias adotadas, redes de suporte e incerteza face à perceção de ausência de resposta adequada pelos serviços de Saúde. A população representada neste estudo demonstrou relativa homogeneidade relativamente às características sociodemográficas, severidade da condição, habilitações literárias e às vivências percecionadas. De salientar o enfoque dado pelos participantes relativamente à frequência no programa INSPIRO2, que associaram à otimização da sua sintomatologia, diminuição de receios e perceção de reconhecimento pela condição com que viviam, funcionando como um motivador e impulsionador da sua funcionalidade e consequente potenciador da sua evolução positiva.

Palavras-chave: Condição pós-COVID-19; análise fenomenológica interpretativa; fisioterapia; reabilitação; COVID-19.

Abstract

Post-COVID-19 condition is defined by the spectrum of symptoms that occur in individuals with a probable or confirmed diagnosis of SARS-CoV-2 infection, lasting for at least twelve weeks and not attributable to an alternative diagnosis. In addition to physical impairments resulting from this condition, psychological deterioration, limitations in daily life activities, and consequent reduction in quality of life are often reported by patients with post-COVID-19 condition. The objective of this study is to analyze and interpret the perception and experiences of individuals diagnosed with post-COVID-19 condition who underwent a respiratory physiotherapy program centered on exercise, focusing on questions such as "what do people with post-COVID-19 condition feel," "what experiences and perceptions are attributed to living with this condition," and "how is participation in an exercise-based respiratory physiotherapy program perceived." Eight participants who met the inclusion criteria were selected: individuals aged eighteen years or older, with post-COVID-19 condition, scoring between 1 to 3 on the PCFS scale, residing in Portugal, having access to a computer and the Internet, being proficient in using Teams or Zoom platforms, and having participated in the INSPIRO2 respiratory physiotherapy program. Relevant themes that emerged included limitations, constraints, physiotherapy intervention, the evolution of the condition, the current impact of the condition, adopted strategies, support networks, and uncertainty regarding the perception of inadequate response from healthcare services. The population represented in this study showed relative homogeneity in terms of sociodemographic characteristics, severity of the condition, educational qualifications, and perceived experiences. It is noteworthy that participants emphasized the importance of their participation in the INSPIRO2 program, which they associated with the optimization of their symptoms, a decrease in fears, and a sense of recognition for the condition they were living with. This program served as a motivator and catalyst for their functionality and consequent positive progression.

Keywords: Post-COVID-19 condition; interpretative phenomenological analysis; physiotherapy; rehabilitation; COVID-19.

Índice

1. Introdução	1
2. Métodos	4
2.1. Desenho de estudo	4
2.2. Recrutamento e amostra	4
2.3. Ética	5
2.4. Recolha de dados	6
2.5. Análise e tratamento de dados	7
3. Resultados	9
3.1. Limitações experienciadas	9
3.2. Condicionamentos decorrentes	10
3.3. Evolução da condição ao longo do tempo	12
3.4. Experiência de participar num programa de fisioterapia respiratória centrado em exercício	13
3.5. Impacto atual da condição	15
3.6. Estratégias adoptadas	16
3.7. Redes de suporte	16
3.8. Incerteza face à percepção de ausência de resposta adequada pelos serviços de Saúde ..	18
4. Discussão	20
5. Conclusão	23
Referências Bibliográficas	24
Anexos	30
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	30

Índice de Anexos

- Anexo 1. Consentimento Informado
- Anexo 2. Escala “Post-COVID Functional Status Scale”
- Anexo 3. Critérios Consolidados “COREQ-32”

Suplementos

- Consentimentos Informados assinados pelos Participantes
- Transcrição Integral das Entrevistas
- Declarações de Direitos de Autor
- Declaração de Orientação
- Requerimento de Admissão de Provas

1. Introdução

COVID-19 é a denominação determinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) associada à doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2, que afeta primordialmente o sistema respiratório. A situação global associada à sua transmissão foi declarada pela OMS como uma pandemia no dia 11 de março de 2020 (World Health Organization, 2022). A pandemia COVID-19 teve um impacto crítico na saúde global desde o seu surgimento em 2019. A severidade dos sintomas associados a esta infeção viral pode variar de leve a extremamente severa e crítica, podendo-se destacar a febre, arrepios, dor de garganta, tosse e dificuldade respiratória como principais sintomas (World Health Organization, 2023). Estão associadas a esta doença diferentes sintomas, cuja manifestação normalmente se inicia 5 a 6 dias após exposição e manifestam-se com uma duração de até 14 dias na sua fase aguda (World Health Organization, 2023). Os primeiros casos diagnosticados com COVID-19 em Portugal foram reportados a 2 de março de 2020. Com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública, Portugal adotou diversas medidas para conter a transmissão viral e a expansão da doença, tendo sido decretado o Estado de Emergência Nacional a 18 de março de 2020 (Ponce-de-León et al., 2021). Segundo dados da Direção Geral de Saúde, estima-se que em Portugal tenham sido, até ao momento, infetados por SARS-CoV-2 371948 pessoas (República Portuguesa, 2023). Ao longo desta pandemia a atenção internacional centrou-se predominantemente na abordagem do impacto da infeção aguda. Com a ajuda de vacinação eficaz e generalizada foi possível reduzir a severidade das infeções agudas, observada através da redução de hospitalizações e mortalidade (Thomas et al., 2023). A literatura científica destaca o impacto a longo prazo da infeção por SARS-CoV-2 na função e aptidão física, sendo descritos níveis reduzidos destes dois parâmetros, salientando-se assim a necessidade de intervenções de reabilitação para promover a sua recuperação física (Spiegl et al., 2022). Os mecanismos que levam ao comprometimento da função física após infeção são descritos como multifatoriais e podem surgir como consequência da infeção, hospitalização e/ou da imobilidade associada. Nos casos de internamento prolongado ou imobilidade devido a doença crítica, cerca de 25% dos pacientes desenvolveram fraqueza muscular significativa e estima-se que 50% das pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos podem desenvolver miopatia ou neuropatia (Rooney et al., 2020). Concomitantemente com as alterações na função muscular estão associados compromisso do condicionamento cardiorrespiratório, promovendo limitações da função física e atividade de vida diária (Spiegl et al., 2022). Estima-se que dez a vinte por cento das pessoas infetadas pela SARS-

CoV-2 possam manter ou desenvolver sintomas posteriormente à fase aguda e sub-aguda (Soriano et al., 2022). A permanência de sintomas associados à COVID-19 pós fase aguda é hoje identificada como condição pós-COVID-19. Apesar do número exato de pessoas que vive com esta condição ser incerto, acredita-se que mais de dezassete milhões de pessoas em toda a região abrangida pela OMS possam tê-la desenvolvido . A condição pós-COVID-19 é definida, então, pelo espectro de sintomas que ocorre em pessoas com diagnóstico provável ou confirmado de infecção por SARS-CoV-2, com duração de pelo menos doze semanas e que não sejam atribuídos a um diagnóstico alternativo. Esta condição afecta diferentes tipos de população, apresentando uma vasta abrangência de sintomas que podem desenvolver-se durante ou após a infecção aguda, demonstrando significativo impacto na qualidade de vida da pessoa afetada (Michelen et al., 2021; World Health Organization, 2022).

As afeções sintomatológicas são reportadas nos mais diversos sistemas, incluindo os sistemas respiratório, cardíaco, renal, endócrino e neurológico (Fernández-de-las-Peñas, 2022; Mahase, 2020). Trata-se, portanto, de uma condição multissistémica associada a um complexo comprometimento sintomático dos sistemas respiratório, neurológico, cardiovascular, gastrointestinal, musculoesquelético, reumatológico, dermatológico e imunológico (Michelen et al., 2021; Soriano et al., 2022). A nível sintomatológico, os mais comumente reportados são fadiga, cefaleias, distúrbios de atenção, perda de cabelo e dispneia que podem perdurar por mais de 12 meses após infecção inicial (Fugazzaro et al., 2022; Huang et al., 2021; Michelen et al., 2021). Além dos descritos anteriormente, é também referida a existência de uma grande variedade de outros sintomas como tosse, dor no peito, mialgia, dor articular, condicionamento a nível da mobilidade, défices cognitivos associados à perda de memória, alterações do olfato e paladar, distúrbios do sono, depressão, ansiedade, alterações gastrointestinais e palpitações (Davis et al., 2021; Huang et al., 2021; Lechner-Scott et al., 2021; Michelen et al., 2021; Wang et al., 2021). Para além das afeções relativas aos défices físicos decorrentes desta condição, a deterioração psicológica, as limitações nas atividades da vida diária e consequente redução da qualidade de vida são frequentemente reportadas por pacientes com condição pós-COVID-19 (Michelen et al., 2021; Rodriguez & Smith, 2018; Wang et al., 2021). Desta forma é esperado um impacto social profundo e duradouro derivado da condição pós-COVID-19, associado ao qual se torna evidente a importância de intervenções de reabilitação (Al-Aly et al., 2021; Fugazzaro et al., 2022; Spruit et al., 2020; Temgoua et al., 2020; Wang et al., 2021). Kingstone et al. (2020) reportaram a dificuldade significativa das pessoas que viviam com condição pós-COVID-19 na validação dos

seus sintomas, quer em contexto clínico como social. Além disso, os mesmos autores descreveram o impacto da dificuldade na gestão emocional da incerteza e medo associados a esta sintomatologia.

É sugerida a intervenção de fisioterapia como potencialmente benéfica na melhoria da sintomatologia associada ao descondicionamento físico e à diminuição da capacidade aeróbia. A implementação de um programa de fisioterapia foi associada a melhorias significativas da função física e da capacidade de realização de exercício em pessoas que viviam com condição pós-COVID-19 (Mayer et al., 2021; Spiegl et al., 2022). É expectável que o conhecimento decorrente da experiência clínica e da investigação, nomeadamente em modelos colaborativos integrando as pessoas que vivem com esta condição, permitam identificar estratégias seguras e eficazes na otimização das intervenções em fisioterapia e Reabilitação. De notar o carácter central da importância da existência de ligações entre as equipas de saúde multidisciplinares e as pessoas que vivem com esta condição (Gorna et al., 2021). Foram descritas intervenções em fisioterapia especialmente em modelo de tele-fisioterapia para pessoas que vivem com condição pós-COVID-19 como exercício multimodal (Hoffer, 2021) (Fugazzaro et al., 2022) (Estebanez-Pérez et al., 2022), treino muscular inspiratório (Palau et al., 2022), técnicas de fisioterapia respiratória inspiratórias e expiratórias manuais e instrumentais, ventilação dirigida (García-Saugar et al., 2022). Estratégias centradas em atividade física e exercício em condições do foro imunológico, nos quais esta condição se parece integrar, podem otimizar a atividade física, qualidade de vida e resposta imunitária (Nieman, 2021). No entanto, devido ao conhecimento sobre esta condição ser ainda humilde, dado ser relativamente recente, parece ser crucial, além de compreender quais as estratégias mais adequadas, otimizar os processos de formação e treino para a sua implementação (Spiegl et al., 2022). Torna-se então central conhecer a perceção desta população relativamente a fisioterapia respiratória, de forma a estruturar intervenções verdadeiramente centradas na pessoa.

O objetivo deste estudo compreende a análise e interpretação da perceção e vivências de pessoas com diagnóstico de condição pós-COVID-19 que realizaram um programa de fisioterapia respiratória centrada em exercício nesse contexto, em modelo de tele-fisioterapia. De maneira a compreender o impacto que a condição e toda a sua envoltura têm na vida e nas experiências dos intervenientes, o estudo centrar-se-á em questões como “o que sentem as

peças com condição pós-COVID-19”, “quais as experiências e percepções atribuídas à vivência desta patologia” e “de que forma é encarada a participação num programa de fisioterapia respiratória baseado em exercício”.

2. Métodos

2.1. Desenho de estudo

Por ser a metodologia que mais se enquadra na compreensão desta problemática, foi utilizada uma abordagem qualitativa, mais concretamente a análise fenomenológica interpretativa.

A análise fenomenológica interpretativa é uma abordagem desenvolvida como integrante da pesquisa qualitativa, experiencial e psicológica. Originária do campo da psicologia, progressivamente adaptada nas ciências humanas, sociais e da saúde, tem o objetivo de investigar, descrever, contextualizar e interpretar o significado e sentido que as pessoas dão às suas experiências de vida (Amendoeira, 2021; Jesmi et al., 2021; Smith et al., 2009; Smith & Osborn, 2015). A fenomenologia em geral e a análise fenomenológica interpretativa em particular possibilitam aprofundar a compreensão psicológica da experiência emocional através de uma abordagem que permita compreender como o mundo se apresenta ao indivíduo, e de que forma este o interpreta e lhe dá sentido (Eatough & Smith, 2006). Os pilares deste tipo de investigação assentam em três fundamentos teóricos fundamentais: a fenomenologia, hermenêutica e idiografia. Este tipo de investigação encontra-se comprometida com a avaliação detalhada da experiência humana vivida, conduzindo a avaliação de forma que permita que a experiência seja expressa nos seus próprios termos em vez de apelar à construção de sistemas de categorização pré-definidos (Larkin et al., 2006).

2.2. Recrutamento e amostra

Os critérios de inclusão para este estudo foram indivíduos com idade igual ou superior a dezoito anos, com condição pós-COVID-19, com nível de 1 (Limitação Funcional Muito Leve) a 3 (Limitação Funcional Moderada) na escala (Anexo 2) “*Post COVID Functional Status*” (PCFS) – que classifica o impacto da COVID-19 no estado funcional das pessoas entre 0 (Nenhuma Limitação Funcional) e 5 (Limitação Funcional Grave) – (Klok et al., 2020), residentes em Portugal, ter acesso a computador e Internet, saber utilizar as plataformas Teams ou Zoom e ter participado em programa de fisioterapia respiratória centrado em exercício. Por se alinhar com

os critérios de elegibilidade e contexto do estudo, optou-se por selecionar durante a determinação do desenho do estudo exclusivamente participantes do programa INSPIRO2.

O INSPIRO2 é um programa de fisioterapia respiratória, online e gratuito, destinado a sujeitos que desenvolveram condição pós-COVID-19. O seu objetivo centra-se na recuperação funcional destas, com objetivos de diminuição de incapacidade e conseqüente desenvolvimento de autonomia, assim como potenciação de bem-estar (INSPIRO, 2021). O protocolo deste estudo foi apresentado em reunião aos responsáveis do INSPIRO2, que concordaram em divulgar um e-mail a todos os participantes com a descrição do estudo e respetivos procedimentos, de forma a garantir a proteção de dados e confidencialidade dos participantes. No supracitado *e-mail* seguiu um *link*, elaborado a partir da plataforma google *forms*, que remetia para um breve questionário onde os intervenientes tinham de preencher com o seu nome, forma preferencial de abordagem e o seu contacto, assim como consentimento para serem contactados *á posteriori* pela equipa de investigação. Tendo em conta os requisitos de amostragem da análise fenomenológica interpretativa e com base nas diretrizes para a elaboração deste tipo de investigação (Jesmi et al., 2021; Smith et al., 2009; Tombolato & Santos, 2020), foi planeado uma amostra de 6 a 10 participantes. A amostra foi por conveniência, e foram integrados os primeiros oito indivíduos que se voluntariam para participar no estudo e cumpriam os critérios de elegibilidade. Nenhum participante foi rejeitado por ausência de preenchimento dos critérios. Foi elaborada uma entrevista semiestruturada de resposta aberta, a que os participantes não tiveram acesso prévio, cujas questões se encontram descritas no quadro 1, de forma a ser possível explorar as experiências e vivências de pessoas com condição pós-COVID-19 inseridas num programa de fisioterapia.

2.3. Ética

Os estudos do projeto INSPIRO2 foram aprovados pela Comissão de Ética do CAML, tendo sido assegurados os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, nomeadamente a participação voluntária, a confidencialidade no acesso aos dados e utilização dos mesmos, presente no consentimento informado disponibilizado aos participantes (Anexo 1).

2.4. Recolha de dados

As características dos participantes no estudo encontram-se representadas no quadro 2, tendo sido codificadas numérica e aleatoriamente de forma a proteger a sua identidade e confidencialidade garantindo seu anonimato. Após a seleção dos oito participantes procedeu-se ao contacto para agendamento das entrevistas utilizando a sua forma presencial de contacto. Para os oito participantes, o contacto foi realizado via e-mail. Posteriormente foi enviado via e-mail o consentimento informado escrito, anteriormente mencionado, a todos os participantes no estudo (Anexo 1), redigido segundo a lei 67/98 de 28 de outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013), tendo sido apresentada disponibilidade para esclarecimento de qualquer questão, assim como descrição do estudo. Os consentimentos informados escritos foram validados através da assinatura dos participantes podendo esta ser assinatura digital. Estes documentos foram devolvidos via e-mail para a equipa de investigação por parte de todos os participantes onde atestavam estar conscientes de todo o processo bem como acerca da possibilidade de pausar ou encerrar a entrevista se assim o pretendessem, assim como da possibilidade de realizar qualquer questão ou esclarecimento adicional sobre o estudo. Os participantes foram entrevistados através de videoconferência, utilizando as plataformas Teams e Zoom, consoante a sua preferência. Todos os participantes realizaram a entrevista a partir da sua casa, em contexto privado. Tiveram uma duração média de quarenta minutos, e as recolhas decorreram entre os meses de março e maio de 2023. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra, utilizando o programa *Happy Scribe*, sendo a acurácia da transcrição confirmada pelo investigador. Não existiu em nenhuma das entrevistas encerramento precoce ou desistência, tendo sido todas elas registadas com sucesso. Todas as entrevistas foram conduzidas e codificadas pela mesma investigadora, licenciada em Fisioterapia e mestranda em Fisioterapia, tendo sido as entrevistas treinadas, avaliadas e otimizadas, mantendo uma postura neutra e reflexiva a fim de minimizar os vieses e evitando possíveis afeções às conclusões deste estudo (O'Brien et al., 2014; Skilbeck et al., 2023).

Quadro 1

Questões da entrevista

1. O que é que a condição pós-COVID-19 significa para si?
2. O que sentiu e vivenciou após este diagnóstico?
3. Que implicações teve a mesma na sua vida?
4. Como descreve a sua experiência perante ter integrado um programa de fisioterapia centrado em exercício?
5. Como descreve o processo de reabilitação e as suas vivências durante o mesmo?
6. Sente que o facto de ter tido esta condição ainda tem impacto na sua vida, atualmente?
7. Qual considera ter sido a importância de participar num programa de fisioterapia centrado em exercício?

Quadro 2

Características sociodemográficas dos participantes

Participante	Género	Idade	Habilitações literárias	Profissão	Área de Residência	Tempo desde sintomas iniciais associados à COVID-19
1	Feminino	44	Mestrado	Advogada	Lisboa	5 meses
2	Feminino	49	Licenciatura	Assistente Social	Lisboa	9 meses
3	Masculino	53	Licenciatura	Consultor/Formador	Aveiro	1 ano
4	Feminino	53	Mestrado	Consultora Comercial	Lisboa	3 anos
5	Feminino	49	Licenciatura	Educadora de Infância	Santarém	2 anos
6	Feminino	61	Mestrado	Professora	Setúbal	6 meses
7	Masculino	67	Licenciatura	Arquiteto	Lisboa	9 meses
8	Feminino	55	Mestrado	Coach ONU	Porto	3 anos

2.5. Análise e tratamento de dados

Inicialmente foram lidas e relidas todas as transcrições das entrevistas na sua totalidade, procedendo-se ao mesmo tempo à sua análise, onde foram identificados os temas fenomenológicos e estruturas de significado, de forma a poder obter-se uma descrição “plena” das experiências vividas. Foi efetuada uma abordagem de cariz idiopática, realizando a análise independente e detalhada de cada uma das entrevistas, conseguido através da transcrição e múltiplas leituras de forma a se conseguir uma familiarização autêntica para uma análise mais profunda. Foi executada uma análise cuidadosa não só do texto na sua íntegra como de cada comentário individual, destacando as experiências, preocupações e sentimentos. Inicialmente foram definidos como temas pré-definidos e posteriormente codificados as limitações, os

condicionamentos, a intervenção em fisioterapia, a evolução da condição e o impacto atual da condição. Foi assegurada a saturação destes temas com a amostra que integrou o estudo. Para além dos temas e categorias pré-determinadas, surgiram organicamente ao longo do processo de investigação e derivada análise dos dados, nomeadamente pelo cariz fenomenológico do estudo, temas emergentes. Estes surgiram de forma natural e interpretativa de forma que a própria estrutura e encaminhamento da entrevista não antecipava, associados à experiência e perceção individual do processo quer de viver com condição pós-COVID-19, quer do acompanhamento de fisioterapia associado ao projeto INSPIRO2. Estes temas foram posteriormente codificados, e classificados como: estratégias adotadas, redes de suporte, incerteza face à perceção de ausência de resposta adequada pelos serviços de Saúde. Depois da análise individual foram examinados padrões entre os temas com ponderação procurando pontos de convergência, divergência e nuances entre os relatos. Desta forma procedeu-se a um agrupamento de temas proporcionado pelo maior desenvolvimento temático conseguido através da trilogia composta pela codificação, interpretação e contextualização. Foi utilizado o programa *MAXQDA Analytics Pro 2020 (V.20.2.1)* como suporte para a análise de dados. Este programa trata-se de um sistema operacional que auxilia na análise de dados qualitativos utilizando os mais diversos documentos de diferentes formatos. Foram também utilizados os critérios consolidados *COREQ* (Anexo 3), para verificar as etapas do método neste estudo (Tong et al., 2007). O processo foi maioritariamente dedutivo e iterativo, contemplando o ciclo hermenêutico primordial para a realização de uma análise fenomenológica interpretativa. A triangulação foi obtida através diversidade de participantes, tanto quanto às suas características pessoais, aspetos contextuais assim como ambiente e região geográfica. Os participantes inserem-se em faixas etárias diversas, estão inseridos num contexto familiar, social e profissional distinto e residem em zonas geograficamente diversas. As transcrições foram disponibilizadas aos participantes, de modo a confirmar a sua veracidade e exatidão, assim como a sua perceção de identificação com o que manifestaram durante as entrevistas. Foi definido o ponto de saturação em 80% dos dados da amostra, tendo sido verificado pela homogeneidade da população estudada e dos dados obtidos (Guest et al., 2006).

3. Resultados

A partir do processo de análise e tratamento dos dados, entre temas pré-definidos e temas emergentes, surgiram sete temas de relevância mais significativa, que se encontram descritos no quadro 3. De salientar que os contextos não pareceram demonstrar ter um papel determinante nas percepções e experiências, uma vez que a população era relativamente homogênea tanto a nível das suas características, como das próprias vivências.

Quadro 3

Temas de maior relevância para o estudo

Temas pré-definidos

1. Limitações experienciadas
2. Condicionamentos decorrentes
3. Evolução da condição ao longo do tempo
4. Experiência de participação em programa de fisioterapia respiratória centrado em exercício
5. Impacto atual da condição

Temas emergentes

6. Estratégias adotadas
 7. Redes de suporte
 8. Incerteza face à percepção de ausência de resposta adequada pelos serviços de saúde
-

3.1. Limitações experienciadas

Existiu consenso a nível das experiências dos participantes quanto às limitações experienciadas pelos intervenientes, que surgem como consequência da sintomatologia decorrente do processo inerente à condição. As limitações descritas relativamente ao foro psicológico e emocional foram experienciadas como consequência tanto da própria sintomatologia associada à condição, como das limitações físicas, como fadiga, que foram descritas como limitantes no desempenho das atividades de vida diária.

2: *"Eu tinha que acabar de jantar e tinha que ir descansar. Eu não aguentava, nem física, nem mentalmente."*

6: *"O subir, a minha casa tem as escadas. Estava muito limitada, tinha que me sentar no patamar, tinha que me sentar, mesmo a tirar a loiça (da máquina). O simples facto de levar um tacho (...) ou colocar a louça na máquina era muito cansativo para mim."*

Cinco dos oito dos participantes referem ter vivenciado limitações psicológicas e emocionais de uma forma intensa e com conotação acentuada, descrevendo sentimentos tais como tristeza, frustração, ansiedade ou desespero pela percepção de compromisso da sua independência e autonomia. Tal como descrito por um dos intervenientes no estudo que sentiu que a incapacidade estimulava sensações de debilidade, frustração, medo e ansiedade.

8: " Portanto, sim, é bastante frustrante a situação de debilidade, de limites causado pelo meu corpo quando anteriormente não os tinha. É limitativo, quer dizer, eu tenho 55 anos e sinto como se estivesse 80, por vezes. Portanto, sim, a parte mental de sempre estar a lutar e continuar a fazer e continuar a andar. E o corpo a dizer "não, não, não, não consigo"(...) Parte física é aquela que em primeiro lugar mais senti e é aquela que mais sinto. Ou seja, de uma pessoa muito ativa, que jogava paddle todas as semanas, que viajava imenso, que dou conferências, que viajava para vários países para dar as sessões de coaching, de repente tive de me tornar uma pessoa que só trabalhava online, porque não conseguia viajar, não conseguia respirar, não tinha energia para fazer nada."

3.2. Condicionamentos decorrentes

Os participantes expressaram limitações nos diversos planos da vida diária: pessoal, social, familiar e profissional, manifestando dificuldades na realização das suas atividades da vida diária avançadas.

8: " Não consigo trabalhar da mesma forma, não consigo viver da mesma forma, não consigo o mesmo nível de dedicação, quer ao trabalho, quer à família, ao marido. ";

2: " Um bocadinho, precisamente na gestão e organização das atividades diárias, sejam elas quais forem. Desde o trabalho, à vida social, à vida familiar, tudo, tudo. Férias, hoje em dia."

O isolamento social foi também mencionado por alguns participantes nomeadamente pelo receio de recidiva de doença.

8: "...tentar-me isolar e afastar das pessoas o mais possível, e isso implica necessariamente um certo afastamento dos amigos, um certo afastamento das minhas ligações sociais e familiares"

O condicionamento sentido na vertente familiar é experienciado pelos participantes no estudo como dificuldade em realizar as tarefas domésticas e em expressar a dedicação que gostariam à família, sendo identificado como causa principalmente a fadiga.

2: *"Aqui em casa tive muita ajuda. Havia muita coisa que eu não fazia. (...) E tudo, para tudo, é precisa (...) energia, e cansa-nos. Inclusive, no início, até jantar com pessoas que eu gostava, até jantar às vezes com a minha família era cansativo."*

O condicionamento laboral foi expresso por quatro dos oito entrevistados, descrevendo limitações relativas, ou mesmo impeditivas, da realização da sua ocupação profissional.

6: *"...fiquei cinco meses em casa de atestado médico sem ir à escola, que não conseguia mesmo, estava fora de questão."*

8: *"Em termos profissionais, principalmente porque a minha vida é dar conferências, viajar de um lado para o outro, dar sessões de coaching e eu para já ainda só faço Europa que o que me é imposto."*

Estes relatos encontravam-se acompanhados por uma carga expressiva de desânimo.

2: *"Agora, teve implicações na vida profissional porque eu tive que me ausentar ao serviço, não é? Pronto, estive de baixa. O meu único objetivo era conseguir trabalhar. Porque o facto de não trabalhar, isso para mim é difícil."*

5: *"Não conseguia, não conseguia, não conseguia retomar o trabalho. Ainda regressei, passado seis meses, mas voltei para casa, porque realmente o cansaço era extremo."*

Quatro participantes não descreveram impedimentos a nível laboral.

Considero relevante salientar o contexto laboral, dado que os entrevistados que não expressaram esse condicionamento se encontraram em trabalho domiciliário, o que pode parecer ter sido um ponto favorável na manutenção da sua atividade profissional.

1: *"...eu estava a trabalhar de casa. Então, não teve muitas consequências. Mas social e familiar, muito."*

A nível social, os condicionamentos vivenciados associam-se ao medo e à ansiedade de estar em grupo, ao cansaço e fadiga, e à falta de energia para este tipo de interações.

8: *"Sinto muita ansiedade, sinto muito receio e não era assim, receio de me encontrar com pessoas em grandes grupos, ainda utilizo a máscara, porque tenho muito receio."*

Um dos participantes descreveu claramente a ansiedade pelo facto de ter de sair do seu ambiente de conforto (casa) e de não conseguir acompanhar o grupo de amigos, por falta de força e energia.

8: *"Vamos sair, vamos para os copos, vamos jantar, pois eu a maior parte das vezes não consigo ou tenho que voltar cedo e ir dormir, porque de facto não tenho força e a energia que tinha. Portanto, a vida social é isso. Isto é o receio de ir para a rua, de estar em multidões."*

3.3. Evolução da condição ao longo do tempo

Foi reportado por todos os participantes uma evolução positiva da condição. Foram experienciados sentimentos de alegria, superação e possibilidade de reacreditar em si mesmos, assim como em retomar da vida que tinham antes da condição, voltando a conseguir realizar as tarefas e atividades da vida diária. São associadas a estas vivências sentimentos como prazer e esperança, espelhados no facto de as pessoas voltarem a acreditar nelas mesmas e nas suas capacidades, relacionado com as melhorias percebidas e com as conquistas adquiridas ao longo das sessões de intervenção do programa de intervenção. Ao longo das sessões as pessoas manifestaram sentir-se mais capacitadas por conseguiram realizar as sessões de modo mais competente e satisfatório.

5: *"(...) eu neste momento faço coisas até que pensei que acho que nunca mais iria fazer e estou numa dinâmica e numa rotina muito boa, felizmente(...). Eu estava deprimida, o (que) não conseguia fazer e tudo isso foi evoluindo, foi avançando e foram ganhos e esses ganhos eu estou a usufruí-los agora"*

3: *"...no sábado (...) e na terça-feira fiz exatamente o mesmo caminho, e eu lembro-me de um dos sítios a que eu cheguei e que tive que parar e que estava com muita dificuldade, e na terça-feira fiz o sítio maravilhosamente como se nada passasse. E já tinha feito uns quilómetros. Portanto, tranquilo."*

8: *"Mas o triunfo que foi, a alegria que foi, o conseguir voltar a fazer aqueles 20 minutos de corrida intensiva."*

2: *"Isso é ótimo porque voltamos a acreditar em nós, voltamos a acreditar nas nossas vidas que tínhamos, em recuperar aquilo que se sentia que se tinha perdido, não é? Isso também ajuda, não é? Quando a gente sente que há algo que nos pode fazer passar para melhor, não é? Isto depois é tudo um conjunto. Parte emocional e parte física, depois tudo te promove, não é?"*

A evolução da condição foi reportada por todos os intervenientes como um processo correlacionado à integração do programa de fisioterapia centrado em exercício. Os participantes expressaram a evolução quer nos sintomas,

8: *"(...)e eles perguntavam sempre como é que estava dentro da escala de dor, de 0 a 10, e no início eu (...) estava diariamente no oito/nove (...) A verdade é que em quatro meses senti maravilhas em termos de recuperação e em termos de energia(...)"*

quer na resiliência e sensação de desafio inerente à realização de exercício.

7: *"E depois comecei a aguentar, e começou-me a dar gozo isso, tal como foi nessas sessões de fisioterapia. Ao princípio não aguentava 100 vezes levantar e sentar. E depois comecei a aguentar e começou-me a dar luta. Começou-me a dar gozo de conseguir fazer as coisas."*

Existe uma conformidade na associação da evolução positiva da condição e a frequência no programa, tendo os entrevistados atribuído a este um papel fundamental para a sua saúde.

5: *"E o participar no programa, fazer parte do programa, foi realmente muito benéfico a todos os níveis. Toda essa parte da minha dinâmica mental, conseguir realmente não repetir, a memória, porque fazíamos inclusive exercícios que no início e depois no final tínhamos que repetir e íamos sempre renovando, e depois fisicamente havia sessões que eu não conseguia fazer."*

3.4. Experiência de participar num programa de fisioterapia respiratória centrado em exercício

A intervenção em fisioterapia surge como um tema *major* de relevância para o estudo, uma vez que todos os participantes integraram o programa INSPIRO2, cujo protocolo respondeu a um algoritmo semelhante em intensidade e tipo para todos os participantes, apesar da individualização dos exercícios e suas características. Desta forma, as experiências atribuídas ao processo de reabilitação provavelmente não dependeram de diferentes métodos, mas da interpretação e perceções pessoais que cada participante atribuiu a esta vivência.

6: *"(...)todos somos capazes desde que vamos ao nosso ritmo e foi um bocadinho por aí que eu comecei. Depois cheguei ao fim, claro, com bons resultados, muito além daquilo que tinha começado."*

4: *"... nós adaptámos muito também as sessões, ao meu nível de cansaço. E isso foi bom, (...) comecei a fazer exercício físico e até mentalmente predispôs-me para mais tarde continuar (...)"*

Os entrevistados associaram a realização deste programa de fisioterapia centrado em exercício positivamente relativamente ao combate ao medo e descrédito da condição, funcionando também como um motivador, devido à experiência positiva de evolução ao longo da realização das sessões, otimização da sua sintomatologia, e, com ela, a redução das suas limitações funcionais.

6: *"Foi graças ao programa que eu voltei. Aliás, quando iniciei o programa eu dizia que era impensável, que eu não conseguia resistir(...) Quando cheguei ao final do programa fiquei muito surpresa com o que é que eu já conseguia fazer."*

1: *"Eu descrevo como minha salvação. Pior que sem o programa eu não estaria, não sei se eu estaria aqui para poder falar, eu não sei. Foi graças ao programa, deles também tirar um pouco do medo que causa, né? Esse medo de você ter os sintomas e parece que não acreditam em ti. Então, sim, acho que foi a minha salvação para tudo."*

5: *"Porque realmente combatia tudo gradualmente, como já referi, mas ia combatendo todos os dias, que eu fazia o que eu conseguia. Era menos um bocadinho, o cansaço diminuía, a minha resistência, lá está tudo isso, foi trabalhado e eram ganhos sempre que havia uma sessão."*

Um dos participantes neste estudo expôs mesmo que as suas expectativas para com a realização do programa INSPIRO2 não eram muito elevadas, portanto que não esperava que a evolução da sua condição viesse a ser influenciada pela frequência de um programa de fisioterapia. Mas ao longo do processo e no final do mesmo passou a acreditar na eficácia da fisioterapia respiratória e dos benefícios que lhe estão associados.

7: *"Passei a acreditar que realmente é eficaz que a pessoa com um mês de estar aqui, braços postos, garrafas de água, levanta-se a cadeira e inspira, expira... Não há dúvida que faz muito bem. Quando passei a acreditar que a fisioterapia respiratória é eficaz."*

Podemos considerar que houve influência de crenças e construtos pré-definidos que poderiam alterar a forma como o participante ia experienciar a integração num programa de fisioterapia

centrado em exercício. Apesar da sua existência, a experiência não foi afetada por eles, acabando mesmo por haver uma modificação das crenças e respetiva perspetiva.

3.5. Impacto atual da condição

Relativamente ao impacto atual da condição este é referido por seis participantes, sendo que dois deles descrevem que a condição ainda tem um impacto significativo na sua vida.

5: *"Quer dizer, algum impacto tem sempre, mas não nada de longe idêntico àquilo que eu sentia há um ano atrás, por exemplo. Não, já está muito mais, mais leve, eu aceito muito melhor (...)"*

O participante 8 descreve esse impacto como profundo, uma vez que sente ainda não ter conseguido voltar à pessoa que era antes desta condição, por ainda ter sintomatologia associada e consequentemente algumas limitações.

8: *"...profundo porque o que eu tenho é trabalhado muito comigo mesma e sou da área da saúde mental, portanto tenho de exigir isso a mim mesma, que é trabalhar o facto de aceitar que não vou voltar a ser a pessoa que era."*

De uma forma mais subtil, o participante 2 descreve que a experiência o marcou de tal forma, considerando mesmo existir uma versão sua antes e outra após condição.

2: *"(...), mas ficou sempre, eu costumo dizer que há uma (nome da pessoa) antes do Covid e uma (nome da pessoa) depois do Covid. E essa pessoa depois do Covid é uma pessoa que tem que ter algum cuidado com o cansaço."*

Os restantes quatro consideraram que a condição já não tem impacto na sua vida,

4: *"Não tem qualquer tipo de impacto."*

ou reportam olhar para esta como um passado, onde ficou o medo, a ansiedade e incapacidade, traduzindo-se para o presente como uma lembrança de superação, aprendizagem e cura.

5: *"Atualmente já não significa, mas significou muita ansiedade, muitos medos, alguma incapacidade."*

1: *"Significa que eu estou curada. Sim, curada e sem medo."*

3: "*Neste momento, felizmente, um passado (...) Se tiver impacto é positivo. Não penso nisso, sinceramente não penso nisso.*"

3.6. Estratégias adoptadas

Foram descritas a adoção de estratégias de conservação e gestão de energia, estratégias de análise da própria capacidade para gerir as atividades do quotidiano e readaptação de objetivos associadas ao programa de intervenção.

2: "*E, portanto, a minha condição pós-Covid implicou alterações na minha rotina, na forma de eu fazer as coisas, do meu planeamento do meu dia-a-dia... rever as minhas rotinas e as rotinas são vistas ou aquilo que eu vou fazer em função do cansaço que eu posso sentir ou não (...) um bocadinho, precisamente na gestão e organização das atividades diárias, sejam elas quais forem. Desde o trabalho, à vida social, à vida familiar, tudo, tudo. Férias, hoje em dia.*"

O participante 8 descreve ainda ter desenvolvido estratégias mentais de autoajuda para auxílio na gestão da condição, bem como o desenvolvimento ativamente de pesquisas por grupos de apoio e literatura em países onde a pesquisa e o diálogo acerca desta condição se encontravam, segundo o entrevistado, "em maior evolução". O contexto laboral, particularmente as habilitações literárias e a profissão parecem, desta forma, poder afetar o contexto no qual as vivências são experienciadas. Neste caso particular do participante 8, o facto de ter formação na área de *coaching* e saúde mental poderá ter potenciado, segundo a sua experiência, a criação de estratégias mentais que auxiliaram no processo de gestão da condição.

8: "*Portanto, como é que eu vou superar isso, eu vou trabalhando de forma mais inteligente, antes não precisava de pensar para fazer, era só agir, agora tenho de planejar, pensar, planejar e depois agir, caso contrário não consigo de forma alguma (...) uma vez mais as estratégias. Vou por aqui e quando chega o momento de atravessar a rua, fazer outra vez o tal body scan. Como é que eu estou? Estou bem? Está tudo a correr bem? Então vou atravessar a rua (...) A parte mental, eu consigo ir me trabalhando. Aquilo que eu disse há pouco, eu estou a fazer sempre um body scan, como é que está o meu corpo, como é que está a minha mente. O que é que eu preciso para enfrentar isso?*"

3.7. Redes de suporte

Começamos por discriminar as redes de suporte referidas pelos participantes. Primeiramente, podemos considerar o sustentáculo facultado pelo próprio programa de fisioterapia onde as pessoas com condição pós-COVID-19 eram compreendidas, instruídas e onde os participantes

descreveram que foi facilitado um campo de partilha e cooperação, tanto por parte dos fisioterapeutas para com os participantes, como entre os participantes que integravam o programa. Este apoio foi referido por quatro dos oito participantes, onde salientaram a importância do suporte sentido no decorrer do programa, que influenciou positivamente a sua recuperação.

2: "Pronto, e também houve a parte das dicas, sim (...) Não foi só o exercício, mas também a parte um bocadinho de formação e informação."

5: "E eu estar com outras pessoas que também partilhavam daquilo que eu estava a sentir, havia uma partilha."

Seguidamente, podemos identificar o papel da família, cônjuges, amigos e/ou colegas como rede de suporte abordado por estes participantes, que o referem como preponderante e inequivocamente facilitador neste processo. A influência positiva do contexto sociofamiliar pareceu encontrar-se diretamente relacionado com a existência destas redes de suporte. O facto de os intervenientes identificarem estar rodeados de pessoas com ligações de proximidade afetiva, apresentou-se como um apoio tanto na realização de tarefas como a nível de suporte emocional.

2: "Aqui em casa tive muita ajuda. Havia muita coisa que eu não fazia. Pronto, toda a gente aqui se organizou para fazer as rotinas, não é? E para me aliviar a mim."; "Não é que as minhas colegas tenham ficado com o meu trabalho, mas poupavam-me no meu trabalho."

5: "Foi a minha irmã, foi a minha mãe e aqui em casa, pronto, o meu marido depois já estava bem e foi uma ajuda grande."

8: "E felizmente tenho muita compreensão por parte do meu marido (...) que me ajuda de todas as formas possíveis e impossíveis."

A existência de grupos de suporte a nível internacional foi identificada por um dos participantes, que ofereciam *online* a oportunidade de as pessoas com esta condição partilharem os seus testemunhos, fomentando um espaço de partilha, onde era evidenciada a condição como um problema real e o reconhecimento da condição, dos sintomas a ela associados, de uma forma não estigmatizada.

8: "E foi quando eu comecei a encontrar vários artigos em jornais, em revistas médicas especializadas, em grupos que comentavam isto e aquilo em termos, a expressão Covid Longo acho que só apareceu depois. Mas todos nós sentíamos praticamente os mesmos sintomas e eu ainda estou nos tais dois grupos de apoio a doentes com Covid Longo a nível internacional e às vezes (...) ajudamo-nos muito porque partilhamos muita informação (...)"

Mais uma vez, pareceu estar associado às competências pessoais e mecanismos facilitadores de acesso a informação, nomeadamente profissionais, existindo facilidade acrescida no acesso a informação em grupos de apoio a nível internacional, como evidenciado pelo participante 8.

3.8. Incerteza face à perceção de ausência de resposta adequada pelos serviços de Saúde

Este ponto foi repetidamente referido pelos participantes no estudo. Nomeadamente, quatro participantes sentiram lacunas no desempenho dos serviços de saúde, quer por falta de respostas, quer por falta de acompanhamento por parte das entidades associadas aos cuidados de saúde associados.

1: "E aí toda vez eu ia para o hospital, cheguei a ir com o INEM, para o hospital e chegava lá, eles colocavam um oxímetro e estava dentro dos parâmetros e me mandavam ir embora, sendo que eu tinha realmente a falta de ar, o cansaço, eles só basearam no oxímetro."

Um dos quatro participantes que vivenciou este tipo de situação descreve mesmo o descrédito, desconfiança e desvalorização que percecionou relativamente aos profissionais de saúde, que, para a entrevistada, demonstraram perante a sintomatologia vivenciada pelo mesmo.

2: "(...) eu fui chatear todo tipo de médicos para ver se alguém me poderia ajudar, porque eu senti me incapacitada, certo? E eles ficavam a olhar para mim, eles não tinham respostas para mim, não tinham respostas, eu percebia isso (...)Os que não foram hospitalizados, porque as primeiras perguntas "ah, mas esteve hospitalizada?". Não, o que é que isso me interessa? Eu sinto mal à mesma, não é? Por isso, pronto, senti-me desacompanhada nesse especto, ou seja, na falta de recursos."

De uma forma abrangente, os participantes correlacionaram a dificuldade em existir reconhecimento da veracidade dos seus sintomas pelos profissionais de saúde com o agravamento da sua condição emocional, dado que, na sua perceção, culminavam em sentimentos como revolta, frustração, desvalorização e abandono.

8: "Mas ir aos médicos e os médicos não ligarem nenhuma, desprezarem, ignorarem, gozarem, dizerem-me na cara que eu queria era receber a baixa. Isso sim foi... Aí passei do pânico para a raiva (...) Portanto o que é que eu que ainda agora, sinto muita revolta, revolta por o estado não apoiar na formação e por querer esquecer o que é o covid e que existe."

Outro dos aspetos manifestado por participantes foi o medo, nomeadamente o medo de morrer, assim como a incerteza face à evolução e respostas clínicas adequadas. A limitação do conhecimento que a dada altura existia sobre a COVID-19 e a condição pós-COVID-19 foi percecionado pelos entrevistados de forma clara.

1: "Então, eu tinha muito medo. O medo por si só de doença, por ser uma coisa até então nova para toda gente, sem ninguém saber mais ou menos como agir."

5: "(...)senti muito medo de morrer, senti, senti, senti-me perdida, senti que não estava a ser, porque realmente duas idas ao hospital, dois dias que passei no hospital, e não foi feito nada, desvalorizado até e realmente pronto, foi através do Serviço Nacional de Saúde, zero. Por eles eu tinha, tinha acabado ali (...) E estava, senti-me largada, assim, perante o país, realmente não existe, não tem importância"

Podemos indagar que o contexto socioeconómico possa ter influenciado o tipo de respostas e de acompanhamento. Um dos participantes referiu que o acesso facilitado a serviços de saúde privados por um familiar ser profissional de saúde possa ter influenciado positivamente a resposta clínica a que teve acesso.

5: "E depois foi, por acaso tenho a minha irmã que é enfermeira e foi ela que me salvou de facto, porque levou para Lisboa, para um hospital particular..."

4. Discussão

Este estudo procurou compreender fenomenologicamente o impacto da condição pós-COVID-19 em pessoas que a vivenciaram, assim como as suas narrativas da experiência associada à intervenção em fisioterapia respiratória centrada em exercício em modelo de tele-fisioterapia. Foram descritos ao longo deste estudo temas como as limitações experienciadas, condicionamentos decorrentes, evolução da condição, experiência de participação no programa supracitado, impacto atual da condição, estratégias adotadas, redes de suporte, assim como incerteza face à percepção de ausência de resposta adequada pelos serviços de saúde. As limitações experienciadas pelos participantes demonstraram ser um dos temas de maior relevância, percebidas como mecanismo desencadeante dos condicionamentos sentidos, origem de limitação manifesta na realização das atividades da vida diária dos participantes. Estas limitações foram identificadas também nos estudos ingleses sobre pessoas que viviam com condição pós-COVID-19 de Humphreys et al. (2021) e Ladds et al. (2020), este último que envolveu inclusivamente profissionais de saúde, e onde foi descrito o impacto que esta condição assumiu na percepção da sua qualidade de vida. Os condicionamentos experienciados pelos participantes deste estudo assumem-se também como um tema relevante. Vivenciados nos diversos campos da vida diária, são percebidos como consequência do conjunto das limitações físicas, psicológicas e emocionais. Na dimensão profissional, os participantes descreveram compromisso na realização das suas funções, como era desejado pelos próprios, ou de acordo com o nível de exigência associado. O condicionamento na vertente familiar foi identificado pelos participantes no estudo como dificuldade em realizar as tarefas domésticas e em expressar a dedicação que gostariam à família. Estes fenómenos encontram-se alinhados com os descritos por Callan et al. (2022), que descreveram semelhantes limitações nas atividades de vida diária básicas e instrumentais. Como tema central deste estudo salientou-se a experiência de participar num programa de fisioterapia respiratória. Todos os participantes neste estudo frequentaram o programa INSPIRO2. Os participantes associaram esta participação à otimização da sua sintomatologia, identificando as estratégias de intervenção como adequadas e eficazes, diminuição de receios associados à condição e percepção de reconhecimento pela condição com que viviam.

Os entrevistados descreveram a intervenção em fisioterapia respiratória como motivadora e impulsionadora da sua funcionalidade, e consequentemente potenciadora da sua evolução

positiva. As abordagens de autogestão associadas à conservação de energia, autoanálise de capacidade funcional, autogestão emocional, reajustamento de objetivos e redefinição de metas aprendidas e utilizadas pelos participantes, na sequência dos componentes educacionais do programa, mas também originários da aprendizagem associada à experiência, foram também um dos temas relevantes descritos neste estudo. A utilização de estratégias de conservação de energia pareceu surgir significativamente após análise e priorização das atividades da vida diária, que os entrevistados pareceram reconhecer como sendo as prioritárias, preservando a energia disponível para a concretização das tarefas que potencialmente estariam mais associadas a qualidade de vida. A aprendizagem relativa à autogestão de emoções também surge com relevo, centrando-se na aceitação da condição e da capacidade individual, assim como nos sentimentos que toda a envolvimento da condição manifestou. Estes resultados encontram-se alinhados com o descrito no estudo de Humphreys et al. (2021) e na revisão narrativa de Maxwell (2020), que, de forma similar, identificaram a importância das estratégias de autogestão como fator importante deste contexto. De não menos relevância foi a identificação pelos participantes da importância de redes de suporte como estratégias de sucesso para a gestão da condição. Tal aspecto foi sustentado pelo apoio desenvolvido no contexto sociofamiliar individual e com proximidade afetiva, mas foi também repetidamente identificada a compreensão encontrada no programa INSPIRO2 como um fator de sucesso, fornecido não só pelos colaboradores do programa, mas também pelo convívio e partilha de experiências e vivências entre pessoas com a mesma condição que integravam. O surgimento deste tipo de estratégias foi também descrito no estudo de Kingstone et al. (2020), onde foi caracterizado como de importância central a compreensão e reconhecimento por parte dos profissionais de saúde relativamente à condição pós-COVID-19. Foram ainda percebidas pelos participantes lacunas no desempenho dos serviços de saúde, quer por resposta insuficiente ou desadequada, quer pela limitação sentido face ao acompanhamento desta condição. Tal situação pareceu desencadear sentimentos de frustração, revolta, desvalorização e abandono, que foram identificados neste estudo e estão alinhados com o descrito por Kingstone et al. (2020), que sublinha a importância por parte dos profissionais de saúde na validação dos sintomas descritos pelas pessoas, assim como da empatia e compreensão para com as limitações apresentadas pelas pessoas que viviam com condição pós-COVID-19.

Este estudo é, ao melhor do nosso conhecimento, o primeiro realizado em Portugal que procurou compreender fenomenologicamente a experiência de pessoas com condição pós-COVID-19 que realizaram um programa de fisioterapia respiratória centrado em exercício via videoconferência. A compreensão da experiência na primeira pessoa relativamente à intervenção em fisioterapia respiratória pode contribuir para que as abordagens dos fisioterapeutas se alinhem de forma melhor informada com a realidade das pessoas que vivem com condição pós-COVID-19, justificando a pertinência de mais estudos dentro desta temática.

No entanto, também poderá ter algumas limitações. Em primeiro lugar, a população representada neste estudo demonstrou relativa homogeneidade relativamente às características sociodemográficas, severidade da condição, habilitações literárias e às vivências percebidas, o que poderão ser fatores limitantes à experiência com a mesma condição, noutros contextos. O programa foi apresentado não só em redes sociais próprias e dos seus colaboradores, mas também em meios de comunicação social como a televisão e a rádio. Os participantes deste estudo foram integralmente originários de centros urbanos, o que pode influenciar as experiências de populações semelhantes que residam em contextos rurais, o que pode ser uma limitação na representatividade do universo das pessoas que vivem com condição pós-COVID-19, inclusivamente em Portugal. Dados os critérios de inclusão do programa supracitado, pessoas com sintomas mais severos de pós-COVID-19 (PCFS >3) não foram elegíveis. Este aspeto pode ter limitado a oferta de intervenções de valor importante em saúde a uma população que potencialmente poderia beneficiar delas. No entanto, esta decisão foi descrita pelo programa INSPIRO2 como associada à segurança do mesmo.

Em segundo lugar, a codificação dos dados foi realizado na totalidade pela mesma pessoa; por último, o programa INSPIRO2 foi um programa implementado através de videoconferência, pressupondo assim a posse e capacidade de utilização de meios tecnológicos como computador e internet para ter acesso a esta intervenção. Este aspeto pode ter contribuído para a iniquidade no acesso a este programa, dado que exigia algum nível de literacia tecnológica e possibilidades socioeconómicas para posse deste tipo de equipamentos.

5. Conclusão

Os participantes deste estudo descreveram os múltiplos sintomas da condição pós-COVID-19 a um impacto físico, social e emocional com limitação substancial da sua qualidade de vida e estado funcional. A experiência de medo, insegurança e incerteza face ao prognóstico da condição, assim como limitação na valorização dos sintomas que apresentaram pelas comunidades clínicas foram também descritas pelos entrevistados. As narrativas apresentadas neste estudo, obtidas através da percepção de experiências e vivências na primeira pessoa, permitiram compreender melhor o impacto multidimensional que tiveram na sua vida. Os temas desenvolvidos ao longo deste estudo permitiram compreender melhor não só a multidimensionalidade do impacto dos sintomas associados à condição pós-COVID-19, mas também da experiência relativamente à integração de um programa de fisioterapia respiratória em modelo de tele-fisioterapia, centrada em exercício. Os componentes educacionais e de autogestão do programa foram também identificados como fatores positivos importantes.

A participação num programa de fisioterapia respiratória com estas características parece ter sido facilitadora de evolução da sintomatologia e da competência de autogestão dos participantes, tendo associado positivamente a sua evolução à intervenção em fisioterapia respiratória

Referências Bibliográficas

Al-Aly, Z., Xie, Y., & Bowe, B. (2021). High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. *Nature*, *594*(7862), 259–264. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>

Amendoeira, J. (2021). *Interpretative phenomenology as a method for understanding existence after 80 years Gina Marques*. 1.

Callan, C., Ladds, E., Husain, L., Pattinson, K., & Greenhalgh, T. (2022). 'I can't cope with multiple inputs': A qualitative study of the lived experience of 'brain fog' after COVID-19. *BMJ Open*, *12*(2), e056366. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056366>

Davis, H. E., Assaf, G. S., McCorkell, L., Wei, H., Low, R. J., Re'em, Y., Redfield, S., Austin, J. P., & Akrami, A. (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *eClinicalMedicine*, *38*, 101019. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>

Direção Geral da Saúde. (2022). *Norma DGS*. https://uphillhealth.com/uphill/pathways/post_covid-19_condition

Eatough, V., & Smith, J. (2006). I was like a wild wild person: Understanding feelings of anger using interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Psychology*, *97*(4), 483–498. <https://doi.org/10.1348/000712606X97831>

Estebanez-Pérez, M.-J., Pastora-Bernal, J.-M., & Martín-Valero, R. (2022). The Effectiveness of a Four-Week Digital Physiotherapy Intervention to Improve Functional Capacity and Adherence to Intervention in Patients with Long COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(15), 9566. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159566>

Fernández-de-las-Peñas, C. (2022). Long COVID: Current definition. *Infection*, *50*(1), 285–286. <https://doi.org/10.1007/s15010-021-01696-5>

Fugazzaro, S., Contri, A., Esseroukh, O., Kaleci, S., Croci, S., Massari, M., Facciolongo, N. C., Besutti, G., Iori, M., Salvarani, C., & Costi, S. (2022). Rehabilitation Interventions for Post-Acute COVID-19 Syndrome: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(9), 5185. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095185>

García-Saugar, M., Jaén-Jover, C., Hernández-Sánchez, S., Poveda-Pagán, E. J., & Lozano-

Quijada, C. (2022). Recommendations for outpatient respiratory rehabilitation of long COVID patients. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(1), e0978. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0978>

Gorna, R., MacDermott, N., Rayner, C., O'Hara, M., Evans, S., Agyen, L., Nutland, W., Rogers, N., & Hastie, C. (2021). Long COVID guidelines need to reflect lived experience. *The Lancet*, 397(10273), 455–457. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32705-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32705-7)

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Hoffer, E. P. (2021). Long COVID: Does It Exist? What Is It? We Can We Do For Sufferers? *The American Journal of Medicine*, 134(11), 1310–1311. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.05.023>

Huang, L., Yao, Q., Gu, X., Wang, Q., Ren, L., Wang, Y., Hu, P., Guo, L., Liu, M., Xu, J., Zhang, X., Qu, Y., Fan, Y., Li, X., Li, C., Yu, T., Xia, J., Wei, M., Chen, L., ... Cao, B. (2021). 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: A longitudinal cohort study. *The Lancet*, 398(10302), 747–758. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01755-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01755-4)

Humphreys, H., Kilby, L., Kudiersky, N., & Copeland, R. (2021a). Long COVID and the role of physical activity: A qualitative study. *BMJ Open*, 11(3), e047632. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047632>

Humphreys, H., Kilby, L., Kudiersky, N., & Copeland, R. (2021b). Long COVID and the role of physical activity: A qualitative study. *BMJ Open*, 11(3), e047632. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047632>

INSPIRO. (2021, abril). *INSPIRO2*. Recuperação Pós COVID-19. <https://inspiro.pt>

Jesmi, A., Mohammadzade-tabrizi, Z., Rad, M., Hosseinzadeh-younesi, E., & Pourhabib, A. (2021). Lived experiences of patients with COVID-19 infection: A phenomenology study. *Medicinski Glasnik Ljekarske Komore Zenicko-Dobojskog Kantona*, 1. <https://doi.org/10.17392/1247-21>

Kingstone, T., Taylor, A. K., O'Donnell, C. A., Atherton, H., Blane, D. N., & Chew-Graham, C. A. (2020).

Finding the «right» GP: A qualitative study of the experiences of people with long-COVID. *BJGP Open*, 4(5), bjgpopen20X101143. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101143>

Klok, F. A., Boon, G. J. A. M., Barco, S., Endres, M., Geelhoed, J. J. M., Knauss, S., Rezek, S. A., Spruit, M. A., Vehreschild, J., & Siegerink, B. (2020). The Post-COVID-19 Functional Status scale: A tool to measure functional status over time after COVID-19. *European Respiratory Journal*, 56(1), 2001494. <https://doi.org/10.1183/13993003.01494-2020>

Ladds, E., Rushforth, A., Wieringa, S., Taylor, S., Rayner, C., Husain, L., & Greenhalgh, T. (2020). Persistent symptoms after Covid-19: Qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1144. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>

Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102–120. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp062oa>

Lechner-Scott, J., Levy, M., Hawkes, C., Yeh, A., & Giovannoni, G. (2021). Long COVID or post COVID-19 syndrome. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 55, 103268. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2021.103268>

Mahase, E. (2020). Covid-19: What do we know about “long covid”? *BMJ*, m2815. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2815>

Maxwell, E. (2020). *Living with Covid19*. NHR.

Mayer, K. P., Steele, A. K., Soper, M. K., Branton, J. D., Lusby, M. L., Kalema, A. G., Dupont-Versteegden, E. E., & Montgomery-Yates, A. A. (2021). Physical Therapy Management of an Individual With Post-COVID Syndrome: A Case Report. *Physical Therapy*, 101(6), pzab098. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab098>

Michelen, M., Manoharan, L., Elkheir, N., Cheng, V., Dagens, A., Hastie, C., O'Hara, M., Suett, J., Dahmash, D., Bugaeva, P., Rigby, I., Munblit, D., Harriss, E., Burls, A., Foote, C., Scott, J., Carson, G., Olliaro, P., Sigfrid, L., & Stavropoulou, C. (2021). Characterising long COVID: A living systematic review. *BMJ Global Health*, 6(9), e005427. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005427>

- Nieman, D. C. (2021). Exercise Is Medicine for Immune Function: Implication for COVID-19. *Current Sports Medicine Reports*, 20(8), 395–401. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000867>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Palau, P., Domínguez, E., Gonzalez, C., Bondía, E., Albiach, C., Sastre, C., Martínez, M. L., Núñez, J., & López, L. (2022). Effect of a home-based inspiratory muscle training programme on functional capacity in postdischarged patients with long COVID: The InsCOVID trial. *BMJ Open Respiratory Research*, 9(1), e001439. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2022-001439>
- Ponce-de-León, A., Niembro-Ortega, M. D., & González-Lara, M. F. (2021). COVID-19: What's Next? *Revista de Investigación Clínica*, 73(5), 6934. <https://doi.org/10.24875/RIC.21000362>
- República Portuguesa. (2023). *Estado Epidemiológico COVID19 Portugal*. Covid 19 estamos ON – A RESPOSTA DE PORTUGAL À COVID19. <https://covid19estamoson.gov.pt/estado-epidemiologico-covid19-portugal/>
- Rodriguez, A., & Smith, J. (2018). Phenomenology as a healthcare research method. *Evidence Based Nursing*, 21(4), 96–98. <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102990>
- Rooney, S., Webster, A., & Paul, L. (2020). Systematic Review of Changes and Recovery in Physical Function and Fitness After Severe Acute Respiratory Syndrome–Related Coronavirus Infection: Implications for COVID-19 Rehabilitation. *Physical Therapy*, 100(10), 1717–1729. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa129>
- Skilbeck, L., Spanton, C., & Paton, M. (2023). Patients' lived experience and reflections on long COVID: An interpretive phenomenological analysis within an integrated adult primary care psychology NHS service. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 7(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s41687-023-00570-2>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. SAGE.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, *9*(1), 41–42. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>

Soriano, J. B., Murthy, S., Marshall, J. C., Relan, P., & Diaz, J. V. (2022). A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *The Lancet Infectious Diseases*, *22*(4), e102–e107. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00703-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00703-9)

Spiegel, C., Schiefermeier-Mach, N., Schifferegger, E., Wiederin, C., & Scheiber, B. (2022). Physiotherapeutic evaluation of patients with post COVID-19 condition: Current use of measuring instruments by physiotherapists working in Austria and South Tyrol. *Archives of Physiotherapy*, *12*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40945-022-00147-0>

Spruit, M. A., Holland, A. E., Singh, S. J., Tonia, T., Wilson, K. C., & Troosters, T. (2020). COVID-19: Interim guidance on rehabilitation in the hospital and post-hospital phase from a European Respiratory Society- and American Thoracic Society-coordinated international task force. *European Respiratory Journal*, *56*(6), 2002197. <https://doi.org/10.1183/13993003.02197-2020>

Temgoua, M. N., Endomba, F. T., Nkeck, J. R., Kenfack, G. U., Tochie, J. N., & Essouma, M. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) as a Multi-Systemic Disease and its Impact in Low- and Middle-Income Countries (LMICs). *SN Comprehensive Clinical Medicine*, *2*(9), 1377–1387. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00417-7>

Thomas, C., Faghy, M. A., Owen, R., Yates, J., Ferraro, F., Bewick, T., Haggan, K., & Ashton, R. E. M. (2023). Lived experience of patients with Long COVID: A qualitative study in the UK. *BMJ Open*, *13*(4), e068481. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068481>

Tombolato, M. A., & Santos, M. A. dos. (2020). Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI): Fundamentos básicos e aplicações na pesquisa em psicologia. *PHENOMENOLOGICAL STUDIES - Revista da Abordagem Gestáltica*, *26*(3), 293–304. <https://doi.org/10.18065/2020v26n3.5>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Wang, Y., Pan, X., & Bai, Y. (2021). The Experience of Patients with COVID-19 in China: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 14*, 877–887. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S310266>

World Health Organization. (2022). *Post COVID-19 condition (Long COVID)* [Site]. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-covid-19-condition>

World Health Organization. (2023a). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Coronavirus disease (COVID-19). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19))

World Health Organization. (2023b). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>

Anexos

Anexo 1 – Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de Consentimento Informado

Conforme a lei 67/98 de 26 de Outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013) – quando se aplicar

Projeto:

Perceção e experiência de pessoas com Condição Pós-Covid19 em Fisioterapia- uma análise fenomenológica interpretativa

Eu, abaixo-assinado (*nome completo do indivíduo participante do estudo*), fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar pessoas residentes em Portugal, com sequelas decorrentes da infeção por covid e que integraram o projeto INSPIRO2.

A realização da entrevista semiestruturada associada ao estudo demorará sensivelmente 30 minutos e tem como objetivo compreender qualitativamente a experiência individual de pessoas com Condição Pós-COVID19 que participaram num programa de Tele-Fisioterapia Respiratória.

Sei que neste estudo está prevista a gravação e transcrição da entrevista de forma que seja possível analisar a informação obtida e utilizar estes dados para a elaboração do estudo acima mencionado.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato, sendo apenas utilizados no âmbito deste estudo. Sei que posso recusar-me a autorizar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

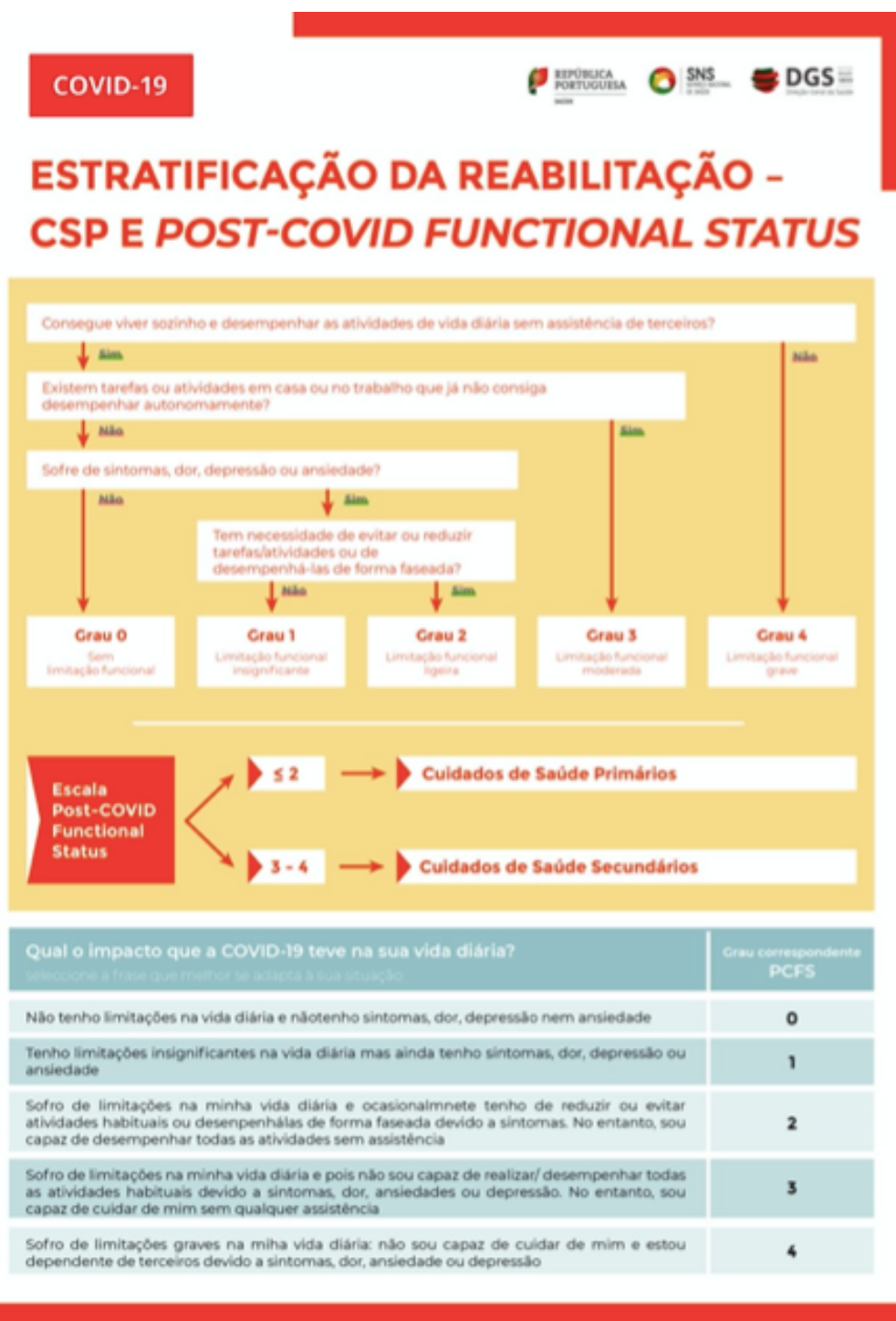
Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e recebo uma cópia deste consentimento informado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio pedagógico ou científico, garantindo o anonimato.

Data e assinatura,

___/___/___ _____

Anexo 2 – “Post COVID Functional Status” (PCFS)



Anexo 3 – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research Checklist

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	6
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	6
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	6
Gender	4	Was the researcher male or female?	6
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	6
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	6
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	6
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	6
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	4
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	5
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	6
Sample size	12	How many participants were in the study?	6
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	5
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	6
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	6
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	7, quadro 2
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	5
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	6
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	6
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	8
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	8

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	6
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	9, quadro 3
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	9, quadro3
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	8
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	8
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	8
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	8
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	9, quadro 3
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	16

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.