

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Impacto da Pandemia de COVID-19 na Saúde Mental dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal**

Sara da Silva Carmezim

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora Auxiliar com agregação do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia

Setembro, 2021





**BUSINESS  
SCHOOL**

---

**Impacto da Pandemia de COVID-19 na Saúde Mental dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública em Portugal**

Sara da Silva Carmezim

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora Auxiliar com agregação do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia

Setembro, 2021

*“Our lives begin to end the day we become silent about things that matter.”*

— Martin Luther King Jr.

## **Agradecimentos**

Para a realização da presente dissertação, especialmente numa altura tão atípica como a que atravessamos atualmente, contei com o apoio de um conjunto de pessoas às quais não posso deixar de agradecer. Assim, em primeiro lugar, o meu agradecimento vai para todos os profissionais de saúde, não só para aqueles que se encontram na linha da frente do combate à pandemia de COVID-19, mas também a todos os outros, que de uma forma, ou de outra, garantiram a continuidade dos serviços, prestando sempre os melhores cuidados de saúde possíveis. Todos vieram trazer, sem dúvida, significado à palavra “resiliência”. Ainda assim, gostaria de deixar um especial agradecimento a todos os Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública, que mesmo tendo de lidar com níveis de trabalho acima do normal, e quase sem tempo para descansar, se mostraram disponíveis em ajudar-me e a partilhar os seus testemunhos comigo.

À minha orientadora, Professora Doutora Rita Espanha, que esteve sempre disponível para o esclarecimento de todas as minhas dúvidas e que me incentivou a continuar o meu projeto e a avançar com todas as minhas ideias.

Depois, à minha família, à minha mãe, e às minhas duas irmãs, Adriana e Cathy, que sempre se mostraram interessadas e que me apoiaram ao longo de todo o meu percurso. Um agradecimento especial à minha Mamie, que sempre lutou pela minha felicidade, e sempre me incentivou a lutar pelos meus sonhos.

Obrigada ao meu mais-que-tudo, ao meu companheiro de aventuras, Diogo, que sempre acreditou em mim (mais do que eu própria) e sempre me deu todo o apoio que eu precisava e mais algum. Obrigada, também, à Avó Lina, que ainda que não seja minha avó verdadeira, todos os dias me faz sentir como uma neta. Também aos meus ainda-não-sogros-mas-quase, que me incentivaram sempre que precisava.

Aos meus amigos, que mostraram interesse em saber mais sobre o tema da minha dissertação e que me apoiaram nas minhas “crises” existenciais.

Ao meu Loki e ao meu Thor, que ainda que não falem, tanto dizem.

Sem todos vocês, nada disto seria possível. Obrigada.



## **Resumo**

Numa pandemia, é certo que os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental e de extrema importância. No entanto, para além de lidarem com novas dinâmicas de trabalho, enfrentam também constantemente novos desafios diários que podem ter influência na saúde mental destes. São muitos os profissionais de saúde envolvidos no combate à pandemia de COVID-19 em Portugal e entre estes estão os Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública, responsáveis não só pela colheita de amostras COVID-19, mas também pela análise destas em laboratório, tanto de rotina, como de urgência. Com o propósito de avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental deste grupo de profissionais, bem como de entender de que forma os gestores de serviços de saúde lidaram com este problema, foram entrevistados 14 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública e 2 Diretores de Serviço de Patologia Clínica. Com uma abordagem qualitativa, esta análise veio realçar a importância da gestão de serviços de saúde na saúde mental deste grupo de profissionais, pois a resposta inadequada desenvolvida por esta, e pelo Estado, teve impacto sobre a saúde mental dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas em Portugal, mostrando, assim, a emergente necessidade de atuação neste sentido.

**Palavras-chave:** Pandemia, Profissionais de Saúde, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública, Saúde Mental, Gestão de Serviços de Saúde



## **Abstract**

Throughout a pandemic, health professionals' roles have been fundamental and extremely important. However, besides all the new work dynamics, they face daily challenges that can have implications on their mental health. There are many health professionals trying to mitigate the pandemic in Portugal and, amongst them, are the Biomedical Scientists, responsible for the collection of COVID-19 samples and subsequent analysis in routine, or emergency laboratories. Looking to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic in this group of health workers' mental health and also to understand how healthcare managers attempted to deal with this issue, 14 Biomedical Scientists and 2 Directors were interviewed. Using a qualitative approach, this analysis highlights the importance of the health services management in this group of professionals' mental health, seeing as both the response provided by this management and the one provided by the government had an impact on Biomedical Scientists' mental health in Portugal, thus showing the rising need of action in this regard.

**Keywords:** Pandemic, Health Professionals, Biomedical Scientists, Mental Health, Health Services Management



## Índice Geral

1) Introdução .....	1
1.1) Identificação do Problema de Investigação .....	1
1.2) Pertinência do Estudo .....	2
1.3) Questões de Investigação.....	2
1.4) Quadro Conceptual .....	3
1.5) Identificação dos Objetivos .....	3
1.6) Estrutura da Dissertação .....	4
2) Revisão de Literatura .....	5
2.1) Definição de Saúde Mental.....	5
2.1.1) Tipos de Perturbações Mentais .....	6
2.2) Saúde Mental dos Profissionais de Saúde e a Crise Pandémica de COVID-19 .....	8
2.3) Saúde Mental dos Profissionais de Saúde e a Crise Pandémica: <i>Benchmarking</i> .....	13
2.4) Saúde Mental dos Profissionais de Saúde e a Crise Pandémica em Portugal .....	15
2.5) Crise Pandémica de COVID-19 e os Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública .....	17
2.6) Medidas de Apoio à Saúde Mental dos Profissionais de Saúde em Portugal.....	19
3) Opções Metodológicas.....	21
3.1) Método de Investigação.....	21
3.2) População e Amostra .....	22
3.3) Recolha de Dados .....	23
3.4) Tratamento dos Dados .....	24
3.5) Recursos Necessários .....	24
3.6) Aspetos Éticos e Outros Problemas.....	25
4) Análise e Discussão dos Resultados .....	26
4.1) Fatores de Caracterização Sociodemográfica e Outras Variáveis de Triagem.....	26
4.2) <i>Work-related Burnout</i> .....	27

4.2.1)	Novas Dinâmicas no Trabalho .....	27
4.2.2)	Percepção de Segurança no Trabalho.....	32
4.2.3)	Valorização no Trabalho .....	35
4.3)	<i>Client-related Burnout</i> .....	36
4.3.1)	Reconhecimento Público da Profissão .....	36
4.4)	<i>Personal Burnout</i> .....	37
4.4.1)	Alterações Sentidas a Nível Pessoal (componente social).....	37
4.4.2)	Alterações Sentidas a Nível Pessoal (componente familiar).....	38
4.5)	Pandemia de COVID-19.....	40
4.5.1)	Variação Emocional ao Longo das Diversas Fases da Pandemia .....	40
4.5.2)	Percepção da Doença COVID-19 .....	42
4.6)	Saúde Mental dos Profissionais de Saúde .....	43
4.6.1)	Alterações Psicológicas Sentidas ou Aprofundamento de Condições já Existentes .....	43
4.6.2)	Partilha Emocional entre Colegas de Trabalho e Chefia.....	45
4.6.3)	Importância da Saúde Mental no Desempenho no Trabalho .....	48
4.6.4)	Avaliação da Resposta Dada à Saúde Mental dos Profissionais de Saúde Durante a Pandemia.....	49
4.6.5)	Avaliação de Estratégias ou Medidas Possíveis de Aplicar.....	51
4.7)	Testemunho dos Diretores de Serviço .....	53
5)	Recomendações.....	55
6)	Considerações Finais .....	57
7)	Fontes.....	59
8)	Referências Bibliográficas .....	60
9)	Anexos .....	64
	Anexo A – Guião de Entrevista Semiestruturada .....	64
	Anexo B – Fatores de Caracterização Sociodemográfica e Outras Variáveis de Triagem.....	70

Anexo C – Modelo de Análise (Conceitos, Dimensões e Indicadores) .....	71
Anexo D – Variação Emocional dos TSDTACSP no Decorrer da Pandemia .....	75
Anexo E – Avaliação por Parte dos TSDTACSP de Estratégias ou Medidas Possíveis de Aplicar.....	76
Anexo F – Problema Identificado vs. Solução/Recomendação Proposta .....	77

### **Índice de Figuras**

Figura 1 – Representação gráfica do quadro conceptual.....	3
--	---

### **Índice de Anexos**

Anexo A – Guião de Entrevista Semiestruturada.....	64
Anexo B – Fatores de Caracterização Sociodemográfica e Outras Variáveis de Triagem .....	70
Anexo C – Modelo de Análise (Conceitos, Dimensões e Indicadores) .....	71
Anexo D – Variação Emocional dos TSDTACSP no Decorrer da Pandemia .....	75
Anexo E – Avaliação por Parte dos TSDTACSP de Estratégias ou Medidas Possíveis de Aplicar.....	76
Anexo F – Problema Identificado vs. Solução/Recomendação Proposta.....	77



## **Glossário de Siglas**

AML – Área Metropolitana de Lisboa

AICIB - Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica

CAC – Colheita de Amostras COVID-19

CPB – Colheita de Produtos Biológicos

DGS – Direção-Geral da Saúde

DOL – Diretora de Organização de Laboratórios

DS – Diretor de Serviço

E - Estudante

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

LAC – Laboratório de Amostras COVID-19

LU – Laboratório de Urgência

MERS-CoV - *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*

OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

PAG - Perturbação de Ansiedade Generalizada

PCR - *Polymerase Chain Reaction*

POC - Perturbação Obsessiva-compulsiva

PSPT - Perturbação de Stress Pós-traumático

PU – Professor Universitário

rRT-PCR - *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction in Real Time*

SARS-CoV - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*

SNS – Sistema Nacional de Saúde

*SOP - Standard Operating Procedures*

TAAN - Testes Moleculares de Amplificação de Ácidos Nucleicos

TRAg – Testes Rápidos de Antigénio

TSDTACSP - Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública

*WHO - World Health Organization*



## 1) Introdução

Neste capítulo contextualiza-se o problema de investigação, identificando para isso o que originou e o que levou à necessidade de desenvolver a presente pesquisa. São também enumerados quais os principais objetivos, bem como a contribuição que apresenta para a literatura já existente, terminando a definir a estrutura que o presente trabalho irá seguir.

### 1.1) Identificação do Problema de Investigação

Em 2002 e 2012, surgiram, respetivamente, dois tipos de vírus altamente patogénicos pertencentes ao grupo dos coronavírus: o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* (SARS-CoV-2) e o *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV)(Hu, Guo, Zhou, & Shi, 2021). Em ambas as pandemias, há relatos que indicam que os profissionais de saúde sofreram consequências psicológicas graves, não só a curto prazo, mas também a longo prazo (Ornell, Halpern, Paim Kessler, & de Magalhães Narvaez, 2020)(Saxena, 2020)(Braquehais et al., 2020). Mais tarde, em 2019, surgiu um novo coronavírus na cidade de Wuhan (China), atualmente designado de SARS-CoV-2, responsável por dar origem à doença COVID-19. Ainda que com uma taxa de mortalidade inferior à do SARS-CoV e MERS-CoV, espalhou-se rapidamente pelo resto do mundo por ser altamente transmissível e a 30 de Janeiro de 2020, a *World Health Organization* classificou a infeção COVID-19 enquanto pandemia, declarando emergência mundial em termos de saúde pública (Asghari, Naseri, Safari, Saboory, & Parsamanesh, 2020)(Hui et al., 2020)(Fiorillo & Gorwood, 2020).

Mesmo antes da pandemia, as perturbações do espectro mental já diziam respeito a um dos mais importantes desafios da saúde pública (Caldas et al., 2019) e, perante uma crise pandémica, as condições são propícias ao desenvolvimento de novas doenças mentais ou reaparecimento destas (Sampaio, Sequeira, & Teixeira, 2020).

Em Portugal, os primeiros casos de COVID-19 foram detetados a 2 de Março de 2020 (Paulino et al., 2020) e, por ser um acontecimento relativamente recente, ainda não estão disponíveis dados significativos relativos à saúde mental da população portuguesa no decorrer deste período e muito menos no que diz respeito aos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública, ainda que estes tenham estado diretamente envolvidos no combate à pandemia de COVID-19 em Portugal. Neste sentido, a presente dissertação surge com o objetivo de compreender e analisar qual o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental deste grupo de profissionais, com o propósito de avaliar qual o tipo de gestão desenvolvida e aplicada nesta circunstância, bem como as respetivas

medidas/estratégias que foram tomadas para tentar colmatar este problema. Após esta avaliação, criam-se as condições necessárias à elaboração de algumas propostas de melhoria, baseadas num processo de *benchmarking* e de recolha de testemunhos através de entrevistas semiestruturadas a atuais técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública diretamente envolvidos no combate à pandemia de COVID-19 em Portugal.

## **1.2) Pertinência do Estudo**

Ainda que se tenha vindo cada vez mais a dar importância à saúde mental, esta ainda não é considerada uma prioridade nas políticas de saúde, tanto em Portugal, como noutros países – o estigma, os preconceitos e os receios associados aos problemas de saúde mental, justificam, na grande maioria das vezes, a subvalorização deste tema (Caldas et al., 2019). No entanto, o surgimento de uma pandemia mundial, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, veio demonstrar ser um verdadeiro desafio, não só devido a uma série de questões a esta inerentes, mas também ao nível da saúde mental, especialmente no que diz respeito aos profissionais de saúde, que se depararam com uma série de novos desafios no seu quotidiano, como o aumento de volume de trabalho, carga horária excessiva, o medo do desconhecido ou a utilização de equipamentos de proteção individual inadequados, tal como já aconteceu em pandemias anteriores (Chen, Cheng, Chung, & Lin, 2005)(Sampaio et al., 2020). Neste contexto, e por se tratar de um vírus sobre o qual ainda não existe total conhecimento, é importante perceber que estratégias desenvolveram os serviços de saúde para combater a pandemia, e se nestas estão envolvidas medidas para atenuar possíveis consequências ao nível de saúde mental de profissionais que estejam diretamente envolvidos no combate à pandemia, como os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública. É importante, assim, avaliar e compreender que estratégias foram desenvolvidas no decorrer da pandemia de COVID-19, analisando quais delas foram adequadas e que melhorias deveriam ocorrer, com o propósito aprender e poder aplicar novos mecanismos numa situação futura semelhante.

## **1.3) Questões de Investigação**

De acordo com o problema apresentado, apresentam-se as seguintes questões de investigação:

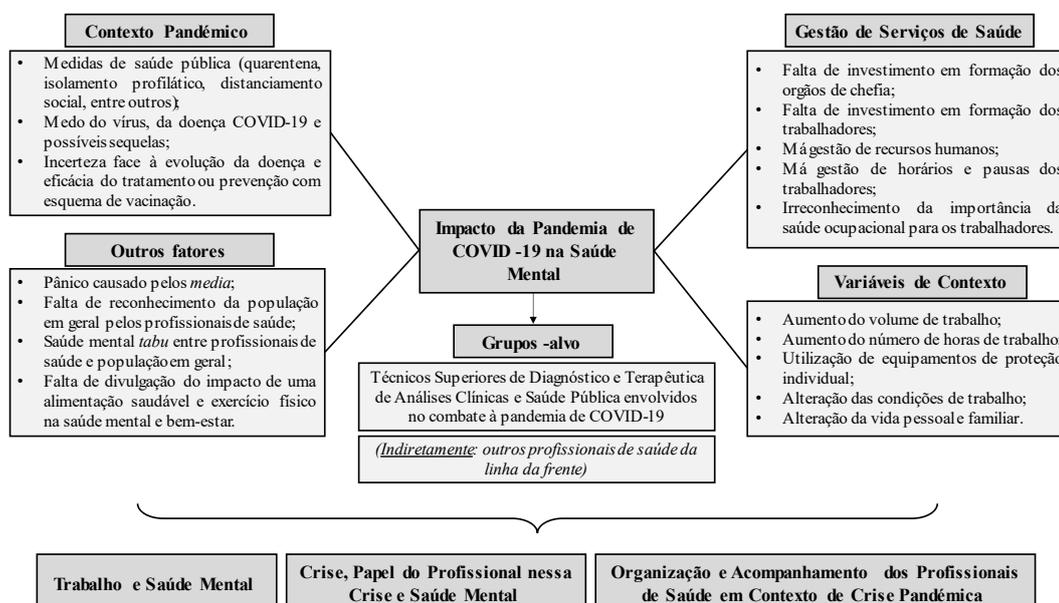
- a) *“Qual o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública em Portugal?”*;
- b) *“O que aprender com o tipo de gestão de crise empregue no combate pandemia de COVID-19 e quais os possíveis desafios para o futuro?”*.

## 1.4) Quadro Conceptual

Nesta dissertação são abordadas questões diretamente relacionadas com a definição profissional dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e o seu papel no âmbito da Saúde Pública. Adicionalmente, são ainda tratados aspetos específicos da Gestão de Serviços de Saúde, Crise Pandémica e Saúde Mental e, também, de forma mais concreta, o chamado *Burnout*. Neste contexto, procura-se compreender qual o envolvimento e relação entre estes conceitos, dividindo-os em essencialmente três “grupos”:

- Trabalho e Saúde Mental;
- Crise, Papel do Profissional nessa Crise e Saúde Mental;
- Organização e Acompanhamento dos Profissionais de Saúde em Contexto de Crise Pandémica.

Figura 1 – Representação gráfica do quadro conceptual.



Fonte: Elaboração própria.

## 1.5) Identificação dos Objetivos

Tendo em consideração a pertinência do presente estudo, os dois principais objetivos passam por contribuir para a compreensão do impacto que uma crise pandémica pode ter sobre a saúde mental dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública, e analisar quais os tipos de medidas/estratégias dirigidas à saúde mental dos profissionais de saúde que foram desenvolvidas e aplicadas no decorrer da crise pandémica de COVID-19 em Portugal, potenciado dessa forma uma intervenção especializada de serviços de apoio psicológico numa situação de crise futura e também para que a adaptação a constantes novas exigências possa ser diferente por parte da área de gestão de serviços de saúde.

Adicionalmente, existem ainda alguns objetivos específicos a cumprir, nomeadamente:

- a) Avaliar qual o impacto, em termos de saúde mental, que a pandemia de COVID-19 teve sobre os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica análises clínicas e saúde pública;
- b) Perceber se a pandemia de COVID-19 levou ao *burnout* dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública. Se sim, compreender quais as causas que o originaram e quais dessas seriam evitáveis;
- c) Entender qual a intervenção do Estado na gestão da pandemia de COVID-19 em relação aos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública e compreender que mudanças poderiam ser feitas, de forma a lidar com desafios futuros;
- d) Perceber como a saúde mental pode condicionar a performance dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública e das próprias instituições onde estes trabalham;
- e) Perceber se a gestão pública ou privada das instituições/organizações de saúde teve diferentes influências sobre a saúde mental dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública;
- f) Perceber se e o que falhou na gestão da saúde mental dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e com isso indicar possíveis melhorias, que possam ser extensíveis a outros grupos de profissionais de saúde numa situação semelhante.

## **1.6) Estrutura da Dissertação**

No que diz respeito à estrutura da presente dissertação, esta encontra-se dividida em seis capítulos. Este capítulo (capítulo 1) dedica-se à realização de uma introdução ao tema e aos objetivos que se pretende atingir com a realização deste trabalho. No capítulo 2, é feita uma revisão bibliográfica em torno dos conceitos Crise Pandémica, Saúde Mental e Profissionais de Saúde. Adicionalmente, são também apresentados alguns estudos realizados sobre estes mesmos conceitos, não só em Portugal, mas também noutros países, com o objetivo de contextualizar e suportar a dissertação. No capítulo 3, é apresentada a metodologia aplicada ao longo da investigação. No capítulo 4, são apresentados os resultados e discussão destes mesmos resultados. Por último, no capítulo 5 são apresentadas algumas recomendações, e no capítulo 6, as considerações finais, onde são enumeradas as limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.

## 2) Revisão de Literatura

Neste capítulo realiza-se uma introdução e contextualização da pandemia causada pelo SARS-CoV-2 e as suas consequências em termos de saúde mental nos profissionais de saúde. Neste contexto, a seção 2.1) define saúde mental, seguida da seção 2.2) que demonstra qual a relação entre a crise pandémica de COVID-19 e a saúde mental dos profissionais de saúde, com um breve exercício de *benchmarking* acerca da saúde mental dos profissionais de saúde e a crise pandémica na seção 2.3). A seção 2.4) relata qual o impacto da crise pandémica de COVID-19 nos profissionais de saúde em Portugal, com a seção 2.5) a especificar qual a relação dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública com a crise pandémica de COVID-19. Por último, são apresentadas algumas das medidas de apoio à saúde mental dos profissionais de saúde no decorrer da pandemia de COVID-19 na seção 2.6).

A revisão de literatura consistiu num processo de pesquisa que em que foram utilizadas bases de dados como *B-on*, *Google Scholar*, *PubMed* e *Science Direct*. As palavras-chave empregues, tanto individualmente como em conjunto, foram: *Burnout*, COVID-19, Gestão de Serviços de Saúde, Pandemia, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública, Profissionais de Saúde, Saúde Mental e Portugal.

### 2.1) Definição de Saúde Mental

As perturbações do espectro mental dizem respeito a um dos mais importantes desafios da saúde pública da atualidade (Caldas et al., 2019), já que, ao nível da Europa, são responsáveis por afetar cerca de uma em cada cinco pessoas num momento substancial da sua vida, e uma em cada duas pessoas ao longo do percurso da sua vida (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019), sendo a principal causa de incapacidade e a terceira causa em termos de carga da doença, depois das doenças cardiovasculares e do cancro (Caldas et al., 2019).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), a saúde é definida como “*um estado total de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade*” (WHO, 2006). No entanto, no que diz respeito à definição concreta de saúde mental, nem sempre é fácil chegar a um consenso, já que esta tende a variar consoante os diferentes valores, culturas, géneros e classes dos diversos países (WHO, 2001). Ainda assim, a WHO define saúde mental como “*um estado de bem-estar no qual o indivíduo compreende as suas habilidades, consegue viver com o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e com bons resultados, e contribui de certa forma para a comunidade*”(WHO, 2005). Por esta

razão, a saúde mental deve ser um motivo de preocupação para todos, e não apenas para quem sofre de qualquer transtorno mental, já que os problemas mentais afetam a sociedade como um todo não apenas um segmento pequeno e isolado (WHO, 2003).

Em Portugal, na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019)<sup>1</sup>, o Estado indica que “*Os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, e ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada e prioritariamente a nível da comunidade*” e ainda que “*As pessoas afetadas por doenças mentais não podem ser estigmatizadas ou negativamente discriminadas ou desrespeitadas em contexto de saúde, em virtude desse estado*”. Adicionalmente, na Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98)<sup>2</sup>, indicam que “*A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social*”; “*Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível*”; “*O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais*”; e “*No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes*”.

### **2.1.1) Tipos de Perturbações Mentais**

No que diz respeito ao tipo de perturbações mentais mais comuns, estas dividem-se em duas categorias: as perturbações depressivas e as perturbações de ansiedade. As perturbações depressivas são normalmente caracterizadas por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. Por sua vez, dentro desta categoria, existem ainda outras duas subcategorias: a perturbação depressiva *major*/episódio depressivo (com sintomas como humor deprimido, perda de interesse e do prazer, e diminuição da energia) e a distímia (com sintomas semelhantes aos do episódio depressivo, mas com tendência a serem menos intensos e menos duradouros). Adicionalmente, é ainda importante falar da perturbação afetiva bipolar,

---

<sup>1</sup> Ver Lei n.º 95/2019. Diário da República n.º 169/2019: Lei de Bases da Saúde. Série I de 2019-09-04.

<sup>2</sup> Ver Lei n.º 36/98. Diário da República n.º 169/1998: Lei de Saúde Mental. Série I-A de 1998-07-24.

que consiste em episódios maníacos e depressivos separados por períodos de humor normal (Carvalho, 2017). Quanto às perturbações de ansiedade, estas são caracterizadas por sentimentos de ansiedade e medo, incluindo assim a 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)(Carvalho, 2017). No que diz respeito a Portugal, num estudo realizado em 2013, a prevalência das perturbações psiquiátricas era muito elevada, com mais de 1 em cada 5 indivíduos da amostra a apresentarem uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo as perturbações de ansiedade o grupo que apresentava uma prevalência mais elevada (J. Almeida et al., 2013).

Ainda nesta linha de pensamento, é também importante referir o *burnout*, proveniente do inglês e que significa “queimar até à exaustão” (Marôco et al., 2016). Este é caracterizado por três dimensões que, ainda que sejam independentes, podem estar relacionadas entre si: exaustão emocional (que corresponde a um estado de esgotamento emocional e de desvitalização física e psicológica), despersonalização (com atitudes e comportamentos de distanciamento, frieza, cinismo, desprezo e evitamento para com o trabalho e para com as pessoas associadas ao contexto laboral) e baixa realização pessoal no trabalho (caracterizada por sentimentos de ineficácia e desmotivação profissional) (Melani Silva, Cristina Queirós, Miguel Cameira, Natália Vara, 2015). Se o *burnout* não for devidamente tratado ou intervencionado, pode facilmente levar a um forte desgaste físico e emocional, estando associado a sintomatologia física como cefaleias, tonturas, dispneia ou distúrbios de sono, podendo estar igualmente associado a alterações psicológicas como labilidade emocional, irritabilidade, ira, ansiedade e ainda a dificuldade de relacionamento social. Uma baixa produtividade e possíveis conflitos de natureza laboral, bem como a dependência de substâncias psicotrópicas, a redução da satisfação com o trabalho e com a vida pessoal podem, em situações mais graves, resultar mesmo em suicídio (Marôco et al., 2016). No que diz respeito aos profissionais de saúde, por ser uma profissão que exige normalmente o contacto direto com o público, torna-os particularmente vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Para além disto, lidam também constantemente com pacientes em sofrimento físico e/ou emocional, ao qual não conseguem ser totalmente indiferentes. Os profissionais de saúde são ainda forçados a adaptarem-se ao sistema de saúde, que é geralmente desumanizado e despersonalizado, o que pode trazer consequências ao nível da saúde mental (Melani Silva, Cristina Queirós, Miguel Cameira, Natália Vara, 2015). Assim, este é atualmente considerado um problema de saúde pública, já que tem várias implicações na saúde física e mental do profissional, alterando e reduzindo a qualidade de vida do indivíduo (Marôco et al., 2016).

Pelas razões referidas, sem o devido acompanhamento ou tratamento, a saúde mental pode ter consequências devastadoras no quotidiano das pessoas, podendo mesmo levar a suicídio (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019). No que diz respeito à mortalidade, estima-se que cerca de 900 mil pessoas morram em todo o mundo devido a suicídio a cada ano. Em Portugal, em 2015, a mortalidade por suicídio era de 10,9 óbitos por cada 100 mil habitantes (Caldas et al., 2019).

## **2.2) Saúde Mental dos Profissionais de Saúde e a Crise Pandémica de COVID-19**

Em 2002 e 2012, surgiram, respetivamente, dois tipos de vírus pertencentes ao grupo dos coronavírus que são considerados altamente patogénicos, denominados de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* (SARS-CoV) e *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV), tendo estes sido responsáveis por causar algumas doenças respiratórias que se tornaram fatais, emergindo assim toda uma nova preocupação em termos de saúde pública no século XXI (Hu et al., 2021). Com ambas as pandemias, há relatos que indicam que, em 2003, com o vírus SARS-CoV, cerca de 18 a 57% de profissionais de saúde experienciaram problemas emocionais e psicológicos sérios, e que em 2013, já com o vírus MERS-CoV, também este foi responsável por causar episódios de disforia e stress entre os profissionais de saúde (Ornell et al., 2020)(Saxena, 2020). Com o vírus SARS, existem ainda alguns estudos que concluíram que a pandemia teve efeitos diferentes sobre enfermeiros e médicos (Lung, Lu, Chang, & Shu, 2009)(Chen et al., 2005), o que vai de acordo com a opinião que diferentes níveis profissionais podem sofrer diferentes impactos na saúde mental devido a uma pandemia (Shah et al., 2020). No entanto, é de reforçar que ambas as pandemias resultaram em impactos severos na capacidade dos profissionais de saúde de realizarem as suas funções normalmente, sendo alguns destes efeitos mesmo a longo termo e não somente algo pontual (Braquehais et al., 2020).

Mais tarde, em 2019, surgiu um novo coronavírus na cidade de Wuhan (China), atualmente designado de SARS-CoV-2, e responsável por originar a doença COVID-19. Este espalhou-se rapidamente pelo resto do mundo por ser altamente transmissível, ultrapassando facilmente o número de pessoas e regiões infetadas registados nos dois anteriores coronavírus (Asghari et al., 2020)(Hui et al., 2020). A 30 de Janeiro de 2020, a WHO classificou a infeção COVID-19 enquanto pandemia, declarando emergência mundial em termos de saúde pública (Fiorillo & Gorwood, 2020). Em Portugal, os primeiros casos de COVID-19 foram detetados a 2 de Março de 2020 (Paulino et al., 2020).

Deixando de lado todas as consequências físicas que os casos confirmados ou suspeitos de COVID-19 se encontram sujeitos, por extrapolarem os objetivos desta pesquisa, é também ainda bastante frequente que sofram uma pressão psicológica relativamente elevada, podendo experienciar, por exemplo, sentimentos de solidão, negação, ansiedade, depressão ou insónia (Li et al., 2020), sendo atualmente um consenso que a pandemia de COVID-19 afetou não só a saúde física mas também o bem-estar e a saúde mental dos indivíduos – as respetivas medidas de contenção, como a quarentena ou o distanciamento/isolamento, a preocupação com a própria saúde e com a de quem lhes é mais próximo, juntamente com a incerteza acerca do futuro, são alguns dos fatores que têm bastante impacto nesta pressão psicológica. Adicionalmente, é também importante referir o estigma e discriminação aos quais os infetados e respetivos familiares são atualmente sujeitos (Fiorillo & Gorwood, 2020). Por todas estas razões, é possível compreender porque é que estudos anteriores demonstraram que situações epidémicas e outras transmissões massivas de determinadas doenças são seguidas de um grande impacto, não só social, mas também individual, o que pode ser ainda mais alarmante que a própria epidemia (Ornell et al., 2020).

Com o aumento da procura de cuidados de saúde, tal como seria expectável, também os profissionais de saúde não são uma exceção a esta pressão (Joshi & Sharma, 2020), já que lidam constantemente com pacientes infetados estando, conseqüentemente, mais expostos ao risco e a outras variantes – a literatura sugere que “*every clinician, is also a patient*” (Li et al., 2020)(Fiorillo & Gorwood, 2020). No entanto, existem também outras causas que podem estar a levar a alterações ao nível da saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. Assim, é necessário considerar outras situações, como:

- *A Reorganização dos serviços.* Até ao momento, os médicos/enfermeiros especialistas estavam provavelmente a trabalhar de forma quase independente nos respetivos departamentos, seguindo uma determinada hierarquia profissional. Com a pandemia de COVID-19, foi necessário o reajustamento de vários serviços, e alguns foram até quase obrigados a trabalhar em conjunto. Os profissionais de saúde com posições séniores estão habituados a “dar ordens” e não em recebê-las, o que pode desde logo potenciar algum tipo de crise (Grover et al., 2020);
- *A utilização de Equipamentos de Proteção Individual.* Quando falamos de carreiras de profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, auxiliares médicos e assistentes operacionais, estes estão provavelmente

mais preocupados com variantes como a própria segurança e a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) suficientes e adequados, a preocupação de contraírem o vírus e, conseqüentemente, poderem também contaminar familiares ou amigos, e ainda com o dever de cumprirem a quarentena depois de terminar um dia de trabalho. Infelizmente, durante a pandemia, muitas das vezes os profissionais de saúde são apresentados com a necessidade de terem de economizar a utilização de EPI, obrigando-os a utilizar o mesmo fato durante horas seguidas, o que transmite insegurança e medo (Grover et al., 2020). Para além disto, existe também o outro lado da moeda: os profissionais de saúde ao pensarem no processo de colocação e remoção dos EPI apropriados para o tratamento de pacientes contaminados com COVID-19 sentem que por vezes têm tendência a “olhar” de forma diferente para os doentes (Grover et al., 2020)(Ornell et al., 2020);

- *Dilemas éticos.* No decorrer da pandemia, os profissionais de saúde podem também ser perseguidos com alguns dilemas éticos como, por exemplo, se tiverem sintomas, avaliarem se deverão ou não reportar a situação: se o fizerem, têm receio de serem vistos como alguém que está apenas a tentar evitar o trabalho, e se não o reportarem, sentem a pressão de poderem ser responsáveis pela transmissão aos colegas de trabalho ou até aos pacientes (Grover et al., 2020). Ainda que uma situação pandémica possa facilmente aumentar a probabilidade de ausência por motivo de doença de alguns elementos, ou o *turn-over* do *staff*, a verdade é que existe evidência que a grande maioria dos médicos ou enfermeiros sentem necessidade de continuar a trabalhar mesmo conscientes do risco, pois sentem que esse é o seu dever e função, e que se não o fizerem, poderão ser julgados (Galbraith, Boyda, McFeeters, & Hassan, 2020). Outras questões dentro do mesmo género podem ainda surgir em unidades que lidam apenas com doentes infetados, já que os profissionais de saúde podem estar constantemente a ser atormentados com pensamentos como o que teriam de fazer caso o número de pacientes existente excedesse o número de recursos disponíveis e tivessem de priorizar equipamentos vitais, como ventiladores (Grover et al., 2020). Por último, é ainda importante mencionar a dificuldade que, regra geral, os profissionais de saúde sentem em partilhar com colegas ou outros empregados dificuldades que possam estar a sentir no que diz respeito à sua saúde mental, por terem medo de serem alvo de estigma ou que a sua carreira possa ser afetada no futuro (Galbraith et al., 2020);

- *Gestão dos espaços COVID-19* (também chamados de “covidários”). Os profissionais de saúde responsáveis pela gestão deste tipo de espaços têm a difícil tarefa de manter tudo sob controlo, enfrentando os mais variados desafios diários, o que pode facilmente aumentar os níveis de stress e, conseqüentemente, afetar a saúde mental do indivíduo (Grover et al., 2020);
- *Falta de pessoal e aumento das horas de trabalho*. Com o aumento do volume de trabalho, e a existência de colegas de trabalho em quarentena/isolamento, os profissionais de saúde podem ser apresentados com uma redução de pessoal inesperada, o que pode aumentar o cansaço e reduzir o tempo que passam com a família (Wańkiewicz, Szylińska, & Rotter, 2020);
- *Fenómenos de “Contágio de Emoções”*. Durante a pandemia, e toda a ansiedade a esta associada, os profissionais de saúde podem experienciar alguns fenómenos de “contágio de emoções”, onde os pensamentos negativos de um determinado indivíduo podem despoletar emoções semelhantes num outro indivíduo, podendo mesmo levar a uma exaustão emocional, também chamada de *burnout* (Joshi & Sharma, 2020);
- *Insegurança no tipo de tratamento a aplicar aos diferentes pacientes*. Alguns profissionais de saúde podem sentir-se inseguros ou pouco confiantes no tipo de tratamento a aplicar aos pacientes, visto não se ter conhecimento completo sobre o vírus e o modo de atuação (Ornell et al., 2020);
- *Medo de contraírem o vírus e de o transmitirem aos seus familiares, amigos ou colegas*. Isto pode levar a que o profissional de saúde se isole da sua família e outros contactos mais próximos, levando a uma redução do apoio garantido por estes, o que se pode facilmente traduzir em conseqüências do foro psicológico, como stress, irritabilidade, cansaço mental e psicológico, e até mesmo desespero (Ornell et al., 2020).

Assim, a pandemia de COVID-19 veio colocar os profissionais de saúde numa situação que muitas das vezes os obriga a tomar decisões quase impossíveis e a trabalhar sobre condições e pressões extremas. Estas decisões podem incluir, por exemplo, alocar recursos escassos a pacientes com necessidades semelhantes, equilibrarem as próprias necessidades físicas e

psicológicas com as dos pacientes, alinharem o dever para com os pacientes e o dever que têm para com a família e amigos, e prestarem cuidados de saúde com recursos inadequados ou insuficientes (Greenberg, Docherty, Gnanapragasam, & Wessely, 2020). Por tudo isto, não é complicado perceber porque é que uma pandemia pode facilmente ter sérias implicações no que diz respeito à saúde mental dos profissionais de saúde que podem, por sua vez, levar ao surgimento de sintomas como perda de apetite, fadiga, insónia, irritabilidade, dificuldade de concentração, entre outros (Ornell et al., 2020). Por sua vez, por estarem constantemente expostos a níveis de stress elevados, existem também autores (Wańkiewicz et al., 2020) que defendem que tais condições podem levar a comportamentos que podem comprometer a sua saúde em outros aspetos. Por exemplo, mesmo antes da pandemia, já era possível verificar que os profissionais de saúde que trabalham em contexto hospitalar apresentam uma maior tendência para fumar que outros profissionais de saúde, como os que prestam cuidados de saúde primários, por estarem expostos a um nível de stress superior. Ao fumarem mais, a incidência de dislipidemia neste conjunto de trabalhadores pode também ser maior, que diz respeito a uma das comorbidades que pode levar a um desenrolar da doença COVID-19 mais severo, com intensificação de sintomas de ansiedade, depressão, insónia, fadiga crónica e stress (Wańkiewicz et al., 2020).

No entanto, é importante referir que a saúde mental era já algo que requeria alguma atenção e que era considerado um desafio a cumprir mesmo antes da pandemia de COVID-19, não só em Portugal, mas também em muitos outros países (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019). No que diz respeito aos profissionais de saúde em Portugal, é possível perceber que a saúde mental era também já um problema existente com, por exemplo, um estudo realizado em 2016 (dados recolhidos entre 2011 e 2013), a demonstrar que 21,6% dos profissionais de saúde apresentavam níveis de *burnout* moderados, e 47,8% com níveis de *burnout* elevado (Marôco et al., 2016)

Neste contexto, sendo a saúde mental parte integrante da saúde, e um fator determinante para a coesão social, progresso económico e desenvolvimento sustentável da sociedade, desde 2008 que em Portugal, alinhado com as principais recomendações políticas propostas no Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar, que está em curso o Programa Nacional para a Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2018). O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, e extensão a 2020, definiu algumas estratégias para a área da saúde mental, incluindo a reforma dos serviços de saúde mental (Caldas et al., 2019)(Xavier et al., 2017). Infelizmente, apesar dos objetivos concretos, este foi um Plano que não teve apoio político e os recursos financeiros necessários à sua implementação (Caldas et al., 2019).

### 2.3) Saúde Mental dos Profissionais de Saúde e a Crise Pandémica: *Benchmarking*

Ainda que existam alguns estudos dedicados ao estudo da saúde mental dos profissionais de saúde durante o decorrer da pandemia de COVID-19 nos mais variados países, por ser um acontecimento relativamente recente, é difícil encontrar estudos que se dediquem especificamente ao estudo do impacto da crise pandémica na saúde dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas e saúde pública (TSDTACSP), especialmente pelas normas e planos de combate à COVID-19 variarem de país para país e estes poderem até não estar diretamente envolvidos. No entanto, sendo os TSDTACSP considerados profissionais de saúde que se encontram na linha da frente ao combate à COVID-19 em Portugal, e sendo um dos objetivos da presente dissertação perceber que falhas existiram na gestão da saúde mental deste grupo de profissionais, indicando possíveis melhorias que se podem tornar extensíveis a outros profissionais de saúde, torna-se importante o exercício de *benchmarking*.

Um estudo realizado no Paquistão (Sethi, Sethi, Ali, & Aamir, 2020), com o título “*Impact of Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic on Health Professionals*”, envolveu 298 profissionais e evidenciou que, devido à pandemia de COVID-19, no que diz respeito ao impacto pessoal, os profissionais de saúde reportaram alterações na saúde mental, física e no bem-estar social, sentindo-se ansiosos, frustrados e com níveis de stress fora do normal. Ao nível do impacto pessoal, referiram que ainda que inicialmente tenham experienciado uma redução da carga de trabalho, com alguns funcionários a trabalhar em *lay-off*, com o avançar da pandemia o volume de trabalho aumentou bastante. Neste contexto, no que diz respeito ao trabalho a partir de casa, os profissionais de saúde apontaram como desafios o facto de ser complicado conciliar a gestão do trabalho com a gestão das suas casas, família e filhos, já que, devido à pandemia, perderam uma série de serviços que antes ajudavam neste processo, como empregadas domésticas ou o facto de terem de ajudar os filhos em teleescola, por considerarem que o acompanhamento garantido por esta não ser suficiente. Ao nível do trabalho no hospital, relatam serem forçados pela administração a lidar com pacientes sem terem EPI adequados ou recursos suficientes. Sentem ainda falta de *Standard Operating Procedures* (SOP) para lidar com os novos desafios e situações com que são constantemente enfrentados, dificuldade em manter o *staff* motivado, e desmotivação pela indiferença de uma grande parte dos pacientes à pandemia e todas as restrições e medidas implementadas.

Um outro estudo (Wańkiewicz et al., 2020), desta vez realizado na Polónia, com o título “*Assessment of Mental Health Factors among Health Professionals Depending on Their Contact with COVID-19 Patients*”, contou com a participação de 441 profissionais de saúde, e dividiu-os em dois grupos principais: profissionais na linha da frente do combate à pandemia

(constituído por 206 profissionais) e profissionais que não estavam diretamente envolvidos no combate à pandemia de COVID-19 (constituído por 257 profissionais). Após a análise dos resultados, os autores descobriram que os profissionais de saúde com maior probabilidade de estarem em contacto com pacientes infetados com o vírus SARS-CoV-2, apresentam também uma probabilidade de fumar cigarros mais frequentemente, apresentando uma maior probabilidade para sofrerem de dislipidemia ( $p = 0,025$ ) quando comparado com os profissionais de segunda linha ( $p = 0,010$ ). Adicionalmente, uma proporção significativa dos participantes experienciou sintomas de ansiedade, depressão e insónia, com mais de 90% de prevalência destes no grupo de profissionais de saúde diretamente em contacto com pacientes suspeitos ou infetados com COVID-19. Assim, quando comparado com os profissionais de segunda linha, estes são sintomas que surgem mais frequentemente neste grupo ( $p < 0,001$ ).

Com o objetivo de avaliar a prevalência do *burnout* nos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 e de, conseqüentemente, avaliar as suas causas, surgiu também em Itália um estudo com o título “*The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study*” (Giusti et al., 2020), que contou com a participação de 330 profissionais de saúde, dos quais 26,8% expressaram depressão clínica, 31,3% apresentaram ansiedade, 34,3% demonstrou stress e 26,8% stress pós-traumático. No que diz respeito ao *burnout*, 35,7% apresentaram níveis moderados e 31,9% níveis severos de exaustão emocional, 14,0% demonstrou níveis moderados e 12,1% níveis severos de fenómenos de despersonalização, 40,1% apresentaram níveis moderados e 34,3% de nível severo de reduzida realização pessoal. Neste contexto, os resultados vieram demonstrar que níveis severos de *burnout* e sintomas psicopatológicos apresentam alta prevalência nos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19, já que os fatores psicológicos e *work-related*, juntamente com a necessidade que os profissionais sentem de colaborarem e contribuírem para o combate à pandemia, aumentam o risco de conseqüências psicológicas negativas. Ainda neste contexto, também um estudo realizado com uma breve meta-análise a envolver doze estudos realizados na China e um em Singapura, intitulado “*Prevalence of Depression, Anxiety, and Insomnia Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis*” (Pappa et al., 2020), descobriu que os níveis de prevalência de ansiedade nos profissionais de saúde no decorrer da pandemia de COVID-19 são de 23,2%, de 22,8% para depressão e 38,9% para a insónia.

Assim, estes são resultados que não só traduzem implicações ao nível da saúde dos profissionais de saúde, com conseqüências a curto e longo prazo (Giusti et al., 2020), mas que também resultam, claro, numa redução da eficiência do sistema de saúde, já que o *burnout* está

bastante associado a maiores períodos de ausência por motivos de doença, a absentéismo, a baixa eficiência ou até mesmo maiores níveis de demissão (Salvagioni et al., 2017).

#### **2.4) Saúde Mental dos Profissionais de Saúde e a Crise Pandémica em Portugal**

Em Portugal, devido ao facto da pandemia de COVID-19 ser um acontecimento relativamente recente, ainda não estão disponíveis muitos dados relativos à saúde mental da população. No entanto, foi desde logo possível verificar que apenas três semanas após o surgimento dos primeiros casos de COVID-19, muitos foram os indivíduos que sentiram um impacto psicológico moderado a severo (Paulino et al., 2020).

No que diz respeito aos profissionais de saúde em particular, o maior estudo realizado em Portugal até ao momento tem o título “*Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19*” e foi coordenado pelo Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), em colaboração com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (T. Almeida et al., 2020). Este tinha a finalidade de caracterizar o impacto da pandemia na saúde mental e bem-estar da população residente em Portugal e em particular dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, técnicos superiores de saúde/diagnóstico e terapêutica, auxiliares de ação médica) e das pessoas que estavam/estiveram em quarentena ou isolamento, por infeção ou suspeita. É ainda importante referir que o estudo efetuou a caracterização de indicadores de saúde mental e seus determinantes em dois momentos, correspondentes ao final do último período de confinamento (entre 22 de maio e 20 de julho) e ao desconfinamento (entre 22 de julho e 14 de agosto) (T. Almeida et al., 2020). Os resultados obtidos apontam para taxas elevadas de perturbações em saúde mental nos profissionais de saúde, já que 44,8% apresenta sofrimento psicológico, 30,8% sintomas de ansiedade moderada a grave, 28,4% de sintomas de depressão moderada a grave, 26,2% de stress pós-traumático. Dos profissionais que participaram no estudo, apenas 27% indicou estar na linha da frente a tratar de doentes COVID-19 – são sobretudo os profissionais de saúde que tratam de doentes COVID-19 que são os mais afetados, apresentando um risco de 2,5 vezes mais elevado de sofrimento psicológico em relação ao que não tratam pacientes infetados (T. Almeida et al., 2020). O estudo demonstra ainda que existem algumas condições que podem influenciar negativamente a saúde mental dos profissionais de saúde, como a categoria profissional, as características individuais sociodemográficas (como o rendimento e o contexto laboral), a perceção da falta de acesso a suporte social e familiar, e a dificuldade em conciliar o trabalho e a família, bem como a necessidade de se afastar desta. Ainda nesta linha

de pensamento, o estudo descobriu também que a percentagem de indivíduos com menor incidência de sintomas de ansiedade moderada a grave são aqueles que durante a pandemia conseguiram manter passatempos, *hobbies*, e uma rotina diária, podendo estes ser potenciais fatores protetores da saúde mental. Para além disto, quando se comparou os dois momentos de avaliação já referidos, também se verificou uma diminuição de profissionais de saúde em sofrimento psicológico, apesar desta ser uma tendência que carece ainda de análise (T. Almeida et al., 2020). Ainda que as conclusões retiradas do estudo sejam importantes, é de salientar e reforçar que este terá sido um estudo realizado em Portugal que incluiu os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica na sua amostra, mas, ainda assim, não é feita a distinção entre as diferentes categorias, o que pode levar a conclusões que podem não ser iguais para todas estas.

Para além do estudo já referido, existem também outros estudos realizados em Portugal dirigidos a outras carreiras de profissionais de saúde, como os enfermeiros, em que é possível perceber que estes sentiram que a sua saúde mental foi afetada com a pandemia de COVID-19, com destaque de estados emocionais negativos associados a ansiedade, angústia, medo, stress, preocupação e insegurança, provocados, por exemplo, pela utilização prolongada de EPI, o medo do desconhecido, o medo de contrair/transmitir o vírus. Por outro lado, referem o suporte familiar e dos colegas de trabalho como uma influência positiva, afirmando que a união da equipa cresceu durante este período (Borges, Queirós, Vieira, & Teixeira, 2021).

Num outro estudo, com o título “*Burnout Among Portuguese Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic*”, verificou-se que 52,5% dos profissionais de saúde participantes apresentavam níveis elevados de *personal burnout* e 53,1% apresentavam elevados níveis de *work-related burnout*. Profissionais de saúde que estavam diretamente em contacto com pacientes com COVID-19 apresentaram níveis mais altos de *personal burnout*. Níveis elevados de stress e depressão nos profissionais de saúde mostraram-se significativamente associados a níveis elevados de todas as dimensões de *burnout* ( $p < 0,001$ ), nomeadamente, *personal burnout*, *work-related burnout* e *client-related burnout*, o que vem mais uma vez demonstrar a importância do problema e da sua prevenção (Duarte et al., 2020).

Ainda noutro estudo, verificou-se que os níveis de depressão, ansiedade e stress são tendencialmente maiores em enfermeiros do que na população geral durante a pandemia COVID-19 (Sampaio et al., 2020). Descobriram que a 15,8% dos enfermeiros foram atribuídos outros departamentos ou unidades que estavam antes da pandemia, embora, curiosamente, isso não tenha tido qualquer impacto nos níveis de depressão, ansiedade ou stress. Perceberam também que ter EPIs suficientes e adequados tem um impacto positivo nos níveis de depressão, ansiedade e stress, e que os enfermeiros que trocaram temporariamente de habitação durante a

pandemia (normalmente de forma voluntária), apresentam significativamente um maior número de sintomas depressivos. Os enfermeiros assumiram que tinham medo de estar infetados e ainda mais de infetar a sua família ou amigos, o que também leva ao aumento dos níveis de depressão, ansiedade e stress (Sampaio et al., 2020).

No entanto, todas estas foram conclusões apenas retiradas da primeira vaga da pandemia pelo que, com as vagas que se seguiram e ainda a “crise” do processo de vacinação, as causas e consequências podem ser diferentes, não existindo, ainda, um estudo conclusivo, nesta fase, para avaliar esse mesmo efeito em Portugal.

## **2.5) Crise Pandémica de COVID-19 e os Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública**

O método mais frequentemente utilizado para a deteção de vírus patogénicos no sangue e em secreções respiratórias diz respeito à técnica de *Polymerase Chain Reaction* (PCR), já que é considerada altamente sensível e específica (Asghari et al., 2020). À data da escrita desta dissertação, segundo a Circular Informativa Conjunta n.º 003/CD/100.20.200<sup>3</sup>, em Portugal, o método de deteção laboratorial de referência do SARS-CoV-2 é feita por *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction in Real Time* (rRT-PCR), por apresentar uma maior fiabilidade. Neste contexto, segundo a Orientação n.º 015/2020 da Direção-Geral da Saúde (DGS)<sup>4</sup>, “*Para o diagnóstico laboratorial de SARS-CoV-2 está indicada a colheita de produtos biológicos do trato respiratório (...), podendo estes ser complementados, para fins de estudo e investigação, por colheita de sangue ou de outros produtos biológicos (...)*”. Acrescentam ainda que “*(...) deve dar-se prioridade à colheita do exsudado da nasofaringe (ou aspirado nasofaríngeo ou lavado nasal) quando não for possível a colheita dos dois exsudados*”. Quanto ao trato respiratório inferior, deve-se colher um aspirado endotraqueal ou lavado bronco-alveolar em doentes com doença respiratória grave ou sob ventilação mecânica invasiva, podendo ainda ser colhida expectoração se existir tosse produtiva.

---

<sup>3</sup> Ver Circular Informativa Conjunta n.º 003/CD/100.20.200. República Portuguesa/Direção-Geral da Saúde/INFARMED. Testes Laboratoriais para SARS-CoV-2; Testes Rápidos. 27 de Maio de 2020.

<sup>4</sup> Ver Orientação n.º 015/2020. República Portuguesa/Direção-Geral da Saúde. COVID-19: Diagnóstico Laboratorial. Atualizada a 24 de Abril de 2021.

No entanto, de acordo com a Norma n.º 019/2020 da DGS<sup>5</sup>, e segundo os termos da Circular Informativa Conjunta n.º 003/CD/100.20.200, os testes laboratoriais para SARS-CoV-2 disponíveis atualmente em Portugal são não só os Testes Moleculares de Amplificação de Ácidos Nucleicos (TAAN), já referidos anteriormente, mas também os Testes Rápidos de Antigénio (TRAg), considerados testes de proximidade (*point-of-care*), com sensibilidade analítica igual ou superior a 90% e especificidade analítica igual ou superior a 97%, devendo ser utilizados nos primeiros cinco dias (inclusive) de doença de modo a diminuir a probabilidade de falsos negativos. Adicionalmente, também existem os autotestes, e os testes serológicos, que avaliam a resposta imunológica à infeção SARS-CoV-2 (detetando anticorpos, IgA, IgM e/ou IgG), através de amostras de soro, sangue total ou plasma. Neste sentido, ainda que os testes de pesquisa de antigénio desenvolvidos para o diagnóstico do SARS-CoV-2 sejam maioritariamente imunocromotográficos, estes necessitam também da colheita de amostras do trato respiratório (normalmente, exsudado da nasofaringe), uma vez que detetam proteínas específicas produzidas pelo vírus replicante no trato respiratório. Assim sendo, a colheita de produtos biológicos deve ser efetuada por profissionais devidamente habilitados para a realização da colheita, conservação e acondicionamento, podendo estes ser, por exemplo, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública, Enfermeiros ou Médicos.

Segundo a Norma n.º 007/2020<sup>6</sup>, a transmissão do SARS-CoV-2 de pessoa para pessoa já foi confirmada e julga-se que ocorra “(...) através da disseminação de gotículas respiratórias produzidas, quando tosse, espirra ou fala, as quais podem ser inaladas ou pousar na boca, nariz ou olhos de pessoas que estão próximas”. Adicionalmente, “O contacto das mãos com uma superfície ou objeto contaminado com SARS-CoV-2 e, em seguida, o contacto com boca, nariz ou olhos, pode conduzir igualmente à transmissão da infeção”. Assim, a transmissão pode ocorrer por gotículas respiratórias, contacto direto com secreções respiratórias infecciosas, com fezes ou com superfícies contaminadas por estas, e por via aérea. Neste sentido, a DGS indica que os profissionais de saúde que estejam “(...) envolvidos no atendimento direto de casos

---

<sup>5</sup> Ver Norma n.º 019/2020. República Portuguesa/Direção-Geral da Saúde. COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2. Atualizada a 22 de Junho de 2021.

<sup>6</sup> Ver Norma n.º 007/2020. República Portuguesa/Direção-Geral da Saúde. Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). 29 de Março de 2020.

*suspeitos ou confirmados de COVID-19 devem utilizar EPI de contacto e de gotícula (...)*”, utilizando para isso bata (com abertura atrás, descartável, impermeável/resistente a fluídos, de manga comprida e que vá até abaixo do joelho), proteção ocular (óculos ou viseira, de abertura inferior), luvas (descartáveis, não esterilizadas; em procedimentos invasivos, pode ainda ser utilizado um duplo par de luvas, onde as externas são utilizadas como “luvas de trabalho”), cobre-botas (caso não se esteja a utilizar calçado dedicável e não higienizável), touca e outras medidas adicionais de isolamento de via aérea que possam ser acrescentadas de acordo com a necessidade. Em relação ao EPI respiratório, para profissionais de saúde que prestem cuidados diretos a doentes suspeitos ou confirmados de COVID-19, devem utilizar o respirador FFP2/N95 (sempre que sejam efetuados procedimentos geradores de aerossóis) ou então o respirador FFP3 (que pode ser utilizado em procedimentos geradores de aerossóis de risco elevado). Por último, *“Cada turno deve ter um número suficiente de profissionais experientes, devendo ser escalados de forma a que haja sempre profissionais disponíveis, que possam ajudar com a colocação e remoção do EPI nas zonas críticas de isolamento”*.

## **2.6) Medidas de Apoio à Saúde Mental dos Profissionais de Saúde em Portugal**

Ainda que a saúde mental dos profissionais de saúde seja uma condicionante da pandemia de COVID-19 que se pode facilmente traduzir em consequências catastróficas, em Portugal não foram desenvolvidas medidas preventivas exclusivamente dirigidas aos profissionais de saúde.

Ainda assim, é de notar a preocupação demonstrada em avaliar a saúde mental da população em geral e dos profissionais de saúde, através do estudo realizado pelo INSA, em colaboração com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, onde foram também referidas algumas recomendações, com medidas a curto, médio e longo prazo (T. Almeida et al., 2020). Adicionalmente, é também de reconhecer as iniciativas por parte da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Saúde Pública – Universidade do Porto, e CESOP – Universidade Católica Portuguesa, em aceder aos dados relativos à adaptação e medidas de contenção da pandemia de COVID-19 por parte da população em geral e profissionais de saúde (Mendes-Santos, Andersson, Weiderpass, & Santana, 2020). Também a Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), em conjunto com a Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB), desenvolveram iniciativas e ferramentas de suporte à comunidade científica, como o portal “Science 4 COVID-19” (FCT & AICIB, 2020c), mas também outras iniciativas de estímulo e apoio à investigação, como a linha de financiamento excecional, “RESEARCH 4 COVID-19” (FCT & AICIB, 2020b), que visa apoiar projetos e

iniciativas de investigação e desenvolvimento que respondam às necessidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ou o concurso “DOCTORATES 4 COVID-19”, que abriu 50 bolsas de investigação para doutoramento no âmbito do SARS-CoV-2 (FCT & AICIB, 2020a). A Ordem dos Psicólogos teve também um papel importante, com o desenvolvimento de constantes investigações e disponibilização de informação útil (Ordem dos Psicólogos, 2020).

De forma a tentar garantir o maior apoio possível, também várias linhas telefónicas foram disponibilizadas por diferentes hospitais e associações, e a 1 de abril de 2020 foi criado o serviço de acompanhamento psicológico, totalmente gratuito e integrado na linha telefónica do SNS, com o propósito de dar apoio às preocupações e desafios psicológicos dos utentes e também de profissionais de saúde. A 20 de Julho de 2020, esta linha já tinha recebido 23,590 chamadas. Ao longo do país, também vários hospitais e associações foram criando e desenvolvendo algumas linhas de apoio (Mendes-Santos et al., 2020).

Por último, é de realçar a importância da digitalização durante este período, em particular para a telemedicina e teleconsultas, que permitiram a continuidade da prestação de cuidados de saúde sem comprometer a segurança dos doentes (Mendes-Santos et al., 2020). Foi também importante para o desenvolvimento de algumas *apps* para o telemóvel grátis, como, por exemplo, a PSICOVIDA *app*, que permite que os utilizadores falem diretamente com psicólogos qualificados através de videochamada. A *app* é composta por módulos especializados, de acordo com as necessidades dos utilizadores (FCT & AICIB, 2020d).

### **3) Opções Metodológicas**

Neste capítulo explicam-se quais as opções metodológicas empregues para atingir as conclusões da presente investigação. Assim, na seção 3.1) é indicado qual o método de investigação e na seção 3.2) qual a população e amostra. Na seção 3.3) é demonstrado como foram recolhidos os dados e na seção 3.4) como foram tratados. Por último, na seção 3.5) e 3.6), são ainda indicados quais os recursos que foram necessários e quais os aspetos éticos associados à presente investigação, respetivamente.

#### **3.1) Método de Investigação**

Tendo em consideração as características do presente estudo, este é classificado como qualitativo/intensivo (estudo exploratório com duas questões centrais a serem respondidas), já que se baseia num processo essencialmente indutivo entre aquilo que é a teoria e o que é pesquisa, utilizando um conjunto de métodos e técnicas que não recorrem aos “números” propriamente ditos para explicar e analisar os resultados (Bryman & Bell, 2011). O tema do estudo, apesar de envolver variáveis que já são há muito importantes (como a saúde mental dos profissionais de saúde), envolve também a análise de questões da gestão de crise provocada pela pandemia de COVID-19, e respetivas consequências, sendo um tema recente e que apresenta um nível de desconhecimento consideravelmente elevado. Por essa razão, a utilização de um estudo qualitativo pareceu ser a decisão mais acertada e adequada, já que permite analisar o tema de forma aprofundada, procurando explorar todas as variáveis pretendidas que possam estar envolvidas e serem relevantes ao estudo em causa. Assim, ainda que o estudo qualitativo possa acarretar algumas consequências, como a dificuldade de generalização (Rego, Cunha, & Meyer Jr., 2019), por ser um tema recente e sensível à maioria dos participantes, esta pareceu ser a estratégia metodológica mais adequada a utilizar para a obtenção de informação e subsequente interpretação dos resultados. No entanto, não significa que em investigações futuras não faça sentido a realização de um estudo quantitativo de modo a quantificar e extrapolar as conclusões obtidas, complementando os resultados obtidos com o presente estudo. Com a utilização de um inquérito como ferramenta de recolha de dados (presente num estudo quantitativo) os inquiridos necessitam de responder a um conjunto definido de perguntas, o que pode limitar bastante a liberdade de expressão por ser uma ferramenta essencialmente “fechada”. Com as entrevistas, ainda que seja utilizado um guião com determinados pontos-chave necessários de desenvolver, não é necessário segui-lo de uma forma tão rígida, existindo assim mais espaço para explorar o tema na íntegra, pelo que pareceu ser a decisão

adequada para explorar o tema numa fase tão recente como a que atravessamos, à data da realização da presente investigação.

Quanto ao modelo de análise, este foi estruturado através da definição de catorze dimensões centrais, delimitadas com base nos conceitos abordados e indicadores característicos de cada dimensão. Neste sentido, foram definidas as seguintes dimensões: a) Perfil sociodemográfico e outras variáveis de triagem, b) Novas dinâmicas no trabalho, c) Perceção de segurança no trabalho, d) Valorização no trabalho, e) Reconhecimento público da profissão, f) Alterações sentidas a nível pessoal (componente social), g) Alterações sentidas a nível pessoal (componente familiar), h) Variação emocional ao longo das diversas fases da pandemia, i) Perceção da doença COVID-19, j) Alterações psicológicas sentidas ou aprofundamento de condições já existentes, k) Partilha emocional entre colegas de trabalho e chefia, l) Importância da saúde mental no desempenho no trabalho, m) Avaliação da resposta dada à saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia e n) Avaliação de possíveis estratégias ou medidas possíveis de aplicar. No conceito de Fatores de Caracterização Sociodemográfica e Outras Variáveis de triagem está inserida a dimensão a), no conceito de *Work-related Burnout* as dimensões b), c) e d), no conceito de *Client-related Burnout* a dimensão e), no conceito de *Personal Burnout* as dimensões f) e g), no conceito Pandemia de COVID-19 as dimensões h) e i), e no conceito Saúde Mental dos Profissionais de Saúde as dimensões j), k), l), m) e n).

### **3.2) População e Amostra**

No presente estudo, recorreu-se à construção de uma amostra não probabilística, selecionada por conveniência e também pelo efeito “bola de neve”. Neste sentido, a população em estudo são os TSDTACSP de Portugal, tanto do setor público como do setor privado, com o propósito de avaliar se as diferentes respostas geradas pelos serviços foram ou não influenciadas por esta condicionante. Adicionalmente, foram também inquiridos profissionais que não estiveram diretamente envolvidos no combate à pandemia de COVID-19, mas que contribuíram para a gestão de aspetos relacionados com este grupo de profissionais durante este período, nomeadamente, Diretores de Serviço (DS) de Patologia Clínica, com o propósito de não só compreender se se sentiram afetados psicologicamente pela pandemia de COVID-19, mas também perceber com o que é que contribuíram para que as suas equipas não se sentissem afetadas neste sentido.

Nos estudos qualitativos, um critério frequentemente utilizado para justificar a dimensão da amostra é a saturação teórica ou concetual, pelo que esta deverá ser suficientemente grande e diversa para que seja possível responder a todos os objetivos do estudo (Rego et al., 2019).

Assim sendo, para a realização do estudo, espera-se ter atingido a saturação utilizando uma amostra de 14 TSDTACSP, e 2 DS, perfazendo um total de 16 participantes.

Quanto à zona geográfica dos inquiridos, o estudo envolveu inquiridos de todas as regiões do país, ainda que exista uma maior participação de TSDTACSP e DS da Área Metropolitana de Lisboa (AML) por ser a região em que a autora do estudo congrega um maior número de contactos. No que diz respeito aos critérios de seleção, procurou incluir-se TSDTACSP de ambos os sexos, em quantidade suficiente para representar a distribuição destes na profissão. Também se envolveram profissionais de diferentes faixas etárias, com o propósito de tentar avaliar como a saúde mental pode influenciar os diferentes estágios em que se encontram.

Como critérios de exclusão, registaram-se todos os TSDTACSP que não tenham sido diretamente influenciados pela pandemia por não desempenharem nenhuma função que estivesse diretamente relacionada com a pandemia de COVID-19.

### **3.3) Recolha de Dados**

Tal como foi anteriormente referido, a metodologia adotada foi qualitativa/intensiva, pelo que a recolha de dados foi realizada através da aplicação de entrevistas semiestruturadas a TSDTACSP de Portugal. A realização de entrevistas ocorreu entre Junho e Agosto de 2021 (cerca de um ano e meio após o primeiro caso de COVID-19 em Portugal), e a sua transcrição e análise também entre Junho e Agosto de 2021. Face à crise pandémica que o país atravessa, as entrevistas foram feitas à distância, utilizando o programa “Zoom” para realizar videochamadas e tentar aproximar a experiência o máximo possível do que seria uma entrevista presencial, analisando assim com maior certeza todas as variantes envolvidas no processo.

Aos participantes, disponibilizou-se um consentimento informado, com o título, bem como os respetivos objetivos e pertinência do estudo, para que estes se sentissem incluídos em todo o processo. Neste, o inquirido aceitou não só a gravação da entrevista, mas também a utilização dos dados para a dissertação em causa, que, de forma a obedecer ao Código de Ética do grupo de profissionais a que o estudo se aplica, garantiu sempre o anonimato, nunca sendo relevada a identidade dos inquiridos. Posteriormente, foram também convidados a responder a algumas questões sociodemográficas, como a idade, género ou profissão. Por último, foi enviado um *Debriefing*/Explicação da entrevista, onde, tal como o próprio nome o sugere, se agradeceu a colaboração no estudo e se realçou de novo o dito no consentimento informado.

As entrevistas foram previamente estudadas, existindo algumas questões no guião que estão obrigatoriamente presentes e outras que surgiram com o desenrolar e decorrer destas, pelo que o processo envolve não só a entrevista propriamente dita, mas também todo o planeamento,

preparação, recolha de notas e gravação inerentes (após consentimento). As entrevistas tiveram uma duração média de 40 a 50 minutos, não tendo nenhuma ultrapassado os 60 minutos.

### **3.4) Tratamento dos Dados**

Após a recolha dos dados, estes foram devidamente guardados e organizados de acordo com o tratamento adequado. As entrevistas foram transcritas, utilizando o programa Microsoft Word 2016, e o respetivo conteúdo foi depois transferido para o programa de análise *MAXQDA*. Neste, foram atribuídos códigos às diferentes citações dos entrevistados, que correspondiam aos conceitos inicialmente estabelecidos no momento da construção do guião das entrevistas, e ainda subcódigos, que correspondiam às respetivas dimensões definidas. Por sua vez, dentro dos subcódigos correspondentes às dimensões, e por forma a facilitar o processo de análise, foram ainda definidas categorias, atribuídas consoante o diferente tipo resposta dada pelos entrevistados. Algumas das frases proferidas pelos entrevistados foram escolhidas para serem devidamente citadas na fase de interpretação dos resultados, com o propósito de explicar ou justificar da melhor forma algumas conclusões retiradas do estudo.

Para a análise dos dados, os participantes foram identificados através de sílabas que abreviam a profissão do entrevistado, seguindo-se depois no número da entrevista entre parêntesis, por exemplo, TSDTACSP (1) – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas e Saúde Pública/entrevistado número 1, e DS (2) – Diretor de Serviço/entrevistado número 2. Desta forma, o anonimato foi garantido ao longo do tratamento dos dados e apresentação dos resultados.

### **3.5) Recursos Necessários**

Como recursos que se consideraram necessários para a realização deste estudo é possível referir um disco rígido externo, para o armazenamento dos dados; um caderno (“diário de bordo”) para anotar possíveis considerações ou notas no decorrer da entrevista que se considerem importantes; programas/software como o *MAXQDA*, Microsoft Word 2016 e o *Zoom*; formulários com as orientações já definidas para cada participante e as respetivas autorizações, para a gravação das entrevistas e a garantia do anonimato. Para além deste tipo de recursos, é ainda possível considerar não só o tempo despendido pela autora do estudo, mas também o tempo de todos os participantes para a realização de entrevistas.

### 3.6) Aspetos Éticos e Outros Problemas

Para o desenvolvimento desta dissertação consideraram-se princípios éticos estritos. Neste contexto, e passando pelas principais partes que o constituem, em relação à definição do problema, respeitou as finalidades a que o estudo se propôs, sendo sempre concordante com os propósitos que o orientaram. Passando para a revisão de literatura, esta foi devidamente referenciada, respeitando sempre os direitos de autor. No que diz respeito aos participantes no estudo, é importante reforçar que a participação envolve sempre o consentimento livre e, obviamente, esclarecido, tendo este sido obtido por escrito (ou gravado oralmente) após breve exposição do propósito da investigação, com a indicação dos objetivos e pertinência do estudo, referindo também possíveis consequências para o participante. Neste, declaram também que aceitam a gravação das entrevistas e utilização dos dados extraídos destas para efeitos, única e exclusivamente, da investigação em causa, ainda que estes sejam sempre utilizados de forma anónima, mantendo a devida confidencialidade e privacidade, utilizando, para isso, sílabas e números (tal como já foi anteriormente mencionado) para se referir aos dados dos participantes. Ainda que na transcrição das entrevistas possa ser difícil de manter a confidencialidade, já que, por vezes, podem ser referidos alguns locais ou expressões que podem levar à identificação do participante, foi salvaguardado que todas as informações que foram divulgadas e expostas, não permitem a identificação dos participantes e, conseqüentemente das suas organizações. Assim, é possível afirmar que todos os princípios do Código da Ética foram cumpridos no decorrer desta investigação, garantindo para isso que todos os participantes foram devidamente informados, com os formulários e consentimentos já anteriormente referidos.

Por último, é importante referir e realçar que os instrumentos de pesquisa construídos para este projeto tiveram parecer favorável da Comissão de Ética do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa (parecer final 82/2021). A informação disponibilizada, em conformidade com o formulário de submissão para aprovação ética em uso no Iscte - Instituto Universitário de Lisboa, incluiu uma proposta de consentimento informado, um guião de entrevista semiestruturada e uma proposta de *debriefing*.

#### **4) Análise e Discussão dos Resultados**

Neste capítulo analisam-se e discutem-se as diferentes dimensões atribuídas aos respetivos conceitos estabelecidos. Neste contexto, a seção 4.1) indica e analisa os fatores de caracterização sociodemográfica e outras variáveis de triagem, a seção 4.2) analisa e interpreta todas as situações descritas pelos entrevistados que se inserem no conceito de *work-related burnout*, e as seções 4.3) e 4.4) de *client-related burnout* e *personal burnout*, respetivamente. Na seção 4.5) é feita uma avaliação da perceção por parte dos TSDTACSP da pandemia de COVID-19, para que depois, na seção 4.6) seja possível fazer uma análise mais profunda da saúde mental dos profissionais de saúde no decorrer da pandemia de COVID-19. Na seção 4.7), são ainda demonstrados os resultados obtidos das entrevistas aos DS.

##### **4.1) Fatores de Caracterização Sociodemográfica e Outras Variáveis de Triagem**

De forma a validar o campo empírico da presente investigação, na análise do perfil sociodemográfico e outras variáveis de triagem foram diferidos os seguintes fatores: idade, género, zona de residência e o número de filhos. Nesta fase pretendeu-se ainda conhecer e avaliar as representações do público-alvo relativamente a outras variáveis importantes à investigação, como o tipo de setor para o qual trabalham (privado/público) e a profissão e respetiva função desempenhada antes e depois da pandemia de COVID-19. Foi ainda questionado aos entrevistados se já tiveram COVID-19 e também se sentiram alguma alteração psicológica no decorrer da pandemia.

Neste sentido, foram entrevistados 14 TSDTACSP e 2 DS. Do total de TSDTACSP, 3 são do género masculino e 11 do género feminino, com idades compreendidas entre os 22 e 42 anos. Relativamente aos DS, uma é do género feminino, e outro do género masculino, com idades de 51 e 61 anos, respetivamente, perfazendo, assim, um total de 16 participantes. Quanto à zona de residência, todos os participantes residem em Portugal, ainda que em zonas distintas: quatro vivem na Amadora [TSDTACSP (3), (9) e (11), e o DS (2)], uma em Cascais [DS (1)], três em Lisboa [TSDTACSP (4), (8) e (10)], duas em Loures [TSDTACSP (5) e (6)], uma em Odivelas [TSDTACSP (14)], uma em Oeiras [TSDTACSP (7)], uma em Olhão [TSDTACSP (2)], dois no Porto [TSDTACSP (1) e (12)] e, por último, uma em Sintra [TSDTACSP (13)].

Em relação ao número de filhos, a TSDTACSP (14) tem dois filhos, e o DS (2) quatro.

No que diz respeito ao setor para o qual trabalham, 10 trabalham apenas para o setor privado, 3 apenas para o setor público, e 3 para ambos. Relativamente às profissões, foram entrevistados 14 TSDTACSP e 2 DS. Dentro dos TSDTACSP, foram estudados indivíduos em

diferentes situações profissionais: que antes eram Estudantes (E) e que passaram a exercer funções em plena pandemia [TSDTACSP (8) e (11)]; que antes faziam apenas Colheitas de Produtos Biológicos (CPB), Laboratório de Urgência (LU) ou Laboratório de Rotina (LAR), e com a pandemia lhe foram atribuídos novas funções, como colheitas de amostras COVID-19 (CAC), ou trabalhar em Laboratórios de Amostras COVID-19 (LAC) [todos os TSDTACSP, à exceção das (8) e (11)]; e que trocaram de emprego durante a pandemia de COVID-19 [TSDTACSP (3) e (13)]. Foram também entrevistados TSDTACSP que depois da pandemia passaram a exercer apenas funções de CAC e apenas de LAC, com o propósito de avaliar se, ainda que sempre em contacto com amostras COVID, trabalhar em contacto com o público, ou num laboratório possa ter diferentes influências no nível de alterações psicológicas sofridas. Por último, foi também entrevistada uma TSDTACSP responsável por coordenar a equipa COVID num laboratório de colheitas central, identificada como TSDTACSP (14) – C. No que diz respeito aos DS, ambos mantiveram as suas funções, sendo a DS (1) Diretora de Organização de Laboratórios (DOL), e o DS (2) Diretor de Serviço (DS) de um hospital privado e Professor Universitário (PU). Ainda que tenham mantido funções, a DS (1) ficou encarregue de todo o material/reagentes relacionados com a COVID-19 em todos os laboratórios pelos quais é responsável, bem como pela adaptação ou criação de novas infraestruturas, enquanto o DS (2) ficou responsável por criar o plano de intervenção de COVID-19 na faculdade na qual exerce funções e no serviço para o qual trabalha no hospital privado.

Do total de entrevistados, 3 tiveram COVID-19 [TSDTACSP (11), (13) e (14)]. Destes, 2 estiveram infetados duas vezes [TSDTACSP (13) e (14)].

Por último, todos os entrevistados consideram ter sofrido alterações psicológicas, direta ou indiretamente, como consequência da pandemia de COVID-19.

## **4.2) *Work-related Burnout***

Para ser feita a análise do *Work-related burnout*, foram analisadas três dimensões: novas dinâmicas no trabalho, percepção de segurança no trabalho e valorização no trabalho.

### **4.2.1) Novas Dinâmicas no Trabalho**

No que diz respeito à percepção de stress, todos os TSDTACSP consideram que o trabalho se tornou mais stressante. Apontam como principais causas o aumento do volume de trabalho [TSDTACSP (1) - “*Tínhamos que trabalhar muito mais horas que antes porque passou a existir um grande número de clientes (...)*”], o reduzido número de recursos humanos [TSDTACSP

(7) - “O número de utentes que temos de atender aumentou, o número de recursos humanos diminuiu, e nós tínhamos de compensar”], a pressão existente para libertar os resultados o mais rapidamente possível [TSDTACSP (8) - “A urgência de querer ajudar, a urgência de querer dar um resultado o mais rápido possível tornaram tudo mais stressante (...) Acho que isso gerou algum stress no sentido de se querer ver muito as coisas feitas, não só por parte do profissional de saúde, mas também, obviamente, por quem está acima de nós (...)”] e o constante medo de contraírem a doença COVID-19 [TSDTACSP (11) - “É sempre stressante pensarmos que apesar de estarmos protegidos, estamos sempre em risco... ”].

No que diz respeito ao horário, todos os TSDTACSP passaram a fazer horas de trabalho mais prolongadas, com exceção da TSDTACSP (14), que indica que, por ter filhos, seria impossível estender ainda mais o seu horário - “Não conseguia fazer mais horas até porque eu tenho os meus dois filhos... De manhã não vejo os meus filhos, fica o meu marido com eles, e depois à tarde tenho que os ir buscar à escola porque o meu marido sai mais tarde do trabalho. Por isso seria impossível”. Os TSDTACSP com filhos acabaram por não ser, talvez, tão afetados em termos de horário, o que poderá ter, conseqüentemente, resultado em alterações mais significativas para os TSDTACSP sem filhos, por não existir a substituição dos elementos, tal como indica a TSDTACSP (6) “Ao início foi complicado porque ficámos só três pessoas a trabalhar pois as outras duas pessoas tinham filhos e eram famílias monoparentais, tanto que em abril do ano passado eu cheguei a fazer o meu horário mais 80 horas extraordinárias”, a TSDTACSP (7) “Os empregados mais novos acabam por ter uma sobrecarga maior, ou porque não têm filhos, ou porque supostamente não têm nenhum tipo de legitimidade... Quem tem filhos tem prioridade em escolher horários (...)”, e a TSDTACSP (13) “Houve elementos do serviço que tiveram de prestar apoio à família e que não foram substituídos em momento algum”. Ainda no que diz respeito às alterações de horário, é possível verificar a existência de alguns casos peculiares, como o da TSDTACSP (2) “Eu antes fazia as minhas 7 horas de trabalho (...). Agora os turnos são de 12 horas, quer seja de dia, quer seja de noite. No princípio, até chegámos a fazer bem mais que 12 horas, na verdade... Eu cheguei a entrar às 8h, sair às 20h, e ao estar de prevenção entrar às 23h e sair às 15h do dia seguinte. Cheguei a fazer quase 90 horas de trabalho numa só semana” ou da TSDTACSP (11) “(...) eu cheguei a não ter horas para sair... Ou seja, basicamente acabávamos por sair apenas quando tudo estava feito e todo o horário que fizéssemos para além do nosso era pago como horas extra (...) Por exemplo, normalmente eu entrava às 8h, saímos do posto por volta das 11/12h, íamos para uma escola e ficávamos lá até ser preciso, até os testes estarem todos feitos”.

Em relação às pausas, todos os TSDTACSP viram as suas pausas a serem afetadas pela pandemia de COVID-19 e as suas novas funções, tal como indica, por exemplo, o TSDTACSP (1) - *“No início da pandemia, raramente parava... Desde as 8-21h penso que no total parava à volta de 20 minutos... Foi horrível, mesmo. Muito cansativo”*, a TSDTACSP (2) - *“(...) houve alturas em que chegámos a ficar 12 horas sem comer ou ir à casa de banho”* e a TSDTACSP (4) - *“Quando comecei a colher amostras COVID, fazia cerca de 60 horas por semana, 10 horas por dia (...). Não tinha pausas”*. Como causas para o incumprimento das pausas, apontam o elevado volume de trabalho [TSDTACSP (9) - *“(...) nunca ninguém as incentivou [as pausas], havia demasiado trabalho”*], o baixo número de recursos humanos [TSDTACSP (4) - *“Estava dependente de ‘buracos’ de tempo vazios que alguém do laboratório tivesse para me vir substituir e assim pausar e comer algo durante esse período de tempo. Encontrar essa ‘sintonia’ nem sempre era fácil e o tempo das pausas era sempre muito rápido”*], a pressão sentida por parte da chefia [TSDTACSP (1) - *“(...) havia muita pressão por parte da chefia. Chegaram a ir chamar-me para voltar ao trabalho quando eu estava a almoçar há apenas 10 minutos.... Diziam coisas do género ‘Olha, a tua colega está sozinha, há imenso trabalho e ela está muito cansada’”*], a falta de paciência/vontade para remover e colocar os EPIs [TSDTACSP (2) - *“Quantas vezes deixei de fazer pausas só por pensar no processo complicado que era trocar o fato... Só de pensar em despir e vestir o fato todo de novo”*], a insegurança que sentiam por estar constantemente a remover e colocar os EPIs potencialmente contaminados [TSDTACSP (12) - *“(...) muitas das vezes acabava por evitar ir às minhas pausas porque sei que isso implicaria ter que tirar o EPI e voltar a vestir o mesmo EPI... E isso não me parece muito seguro. Ter um EPI potencialmente contaminado a passar pela minha cara ou pelas minhas mãos...”*], e a má organização dos horários de marcação das colheitas COVID [TSDTACSP (9) - *“(...) houve uma má organização... Nada funcionava com o sistema de marcação. Era dito às pessoas que podiam comparecer num determinado período sem necessidade de marcação. Se tivessem feito com marcação e existisse um período de pausa, nós conseguíamos desequipar e fazer a pausa”*]. Tal como também já foi sugerido por estudos anteriores, por serem profissionais de saúde, e por estarem expostos a um elevado nível de stress e longas horas de trabalho, deve ser sempre garantido um local em que lhes seja possível realizar uma descompressão mental. No caso de muitas horas de trabalho contínuas, deve-lhes ser garantido um local onde possam relaxar sozinhos, quer seja no trabalho, quer no exterior (por exemplo, num hotel), e possam também satisfazer as suas necessidades diárias, como comer, beber água, e contactar com a família, já que tal medida já provou ter um impacto positivo e

protetor sobre a saúde mental e exaustão emocional dos profissionais de saúde (Wańkiewicz et al., 2020)(Braquehais et al., 2020).

Todos os TSDTACSP referem ainda sentir-se afetados pela utilização diária de EPIs, com destaque para a TSDTACSP (2) que diz que *“Houve pessoal a sentir-se mal, houve quebras de tensão... O laboratório é muito quente (...), o que torna tudo muito insuportável. Nós tínhamos que mudar de roupa 4 a 5 vezes e cada vez que o fazíamos a roupa saía a pingar lá de dentro”*, a TSDTACSP (7) que refere que *“(...) tive das piores enxaquecas que já alguma vez tive. Tive períodos de enxaqueca com aura, o que me assustou imenso e me levou a procurar um médico... Não sei se foi pelo stress ou pelos EPIs que utilizava”* e a TSDTACSP (8) que menciona que *“(...) com o uso constante de máscara e com os níveis de stress a que era sujeita todos os dias, tive um ataque de acne brutal... E isso afetou-me psicologicamente (...). Eu sabia qual era a fonte e sabia o porquê de estar a acontecer, mas não podia alterar nada porque tinha de continuar a trabalhar e de continuar a usar a máscara, que era, sem dúvida imperativo”*. No entanto, é também importante realçar que a TSDTACSP (2) reconhece que *“Com a instalação do ar condicionado, a situação acabou por melhorar um pouco, ainda que não ajude na totalidade porque o ar não entra dentro do fato (...), é mais agradável. (...) Mas demorou! Foi uma grande luta!”*, o que leva a querer que, se em algumas das situações referidas tivessem sido dadas outras condições, o desfecho teria sido outro.

Para além destas novas dinâmicas, alguns TSDTACSP apontaram ainda a falta de equipamentos necessários para a obtenção de respostas rápidas, nomeadamente a TSDTACSP (2), que diz que *“Nós não tínhamos equipamento automático, nada, e as coisas acabavam por demorar muito tempo a serem feitas. (...) O equipamento automático (...), só chegou há dois ou três meses, se tanto... E mesmo assim não podemos usar muito, porque é muito caro (...)”* e a TSDTACSP (5) que diz que *“O laboratório estava caótico e estava 0% preparado para a quantidade de amostras que estávamos a receber (...). Chegámos a ter 10 mil amostras à espera para serem feitas pois apenas estávamos a fazer mil por dia e era tudo muito manual”*. Com o decorrer da pandemia, houve algum investimento na automatização, e a TSDTACSP (5) reconhece que *“(...) agora as coisas são muito mais ‘soft’, tenho tempo para socializar, e não há tanta pressão sobre nós, até porque apostaram muito na automatização”*, o que vem mostrar que, a automatização, para além de garantir a obtenção de resultados mais rapidamente, pode também ser muito vantajoso para os trabalhadores em vários aspetos.

Foi ainda criticada a falta de formação, em particular pela TSDTACSP (2), que diz *“Em termos de formação, nunca tivemos... Foi basicamente ‘Está aqui os protocolos, desenrasquem-se!’ e pronto... Não tivemos formação sobre os equipamentos, sobre os EPIs,*

nada” e o pelo TSDTACSP (12) que sente que *“Outra coisa que também acho que falhou imenso, visto que não nos foi dado qualquer tipo de formação neste sentido. Não aprendemos nada sobre o vírus, sobre processos de desinfecção, nada (...). Basicamente, a nossa instrução tinha que partir de nós”*. Também a falta de orientação foi referida pelo TSDTACSP (12), que confessa *“Senti-me muito sozinho. Acho que os órgãos de gestão deveriam ter ficado conosco durante esse período, deveriam ter ficado mais perto para que nos pudessem ajudar a responder às dúvidas e também para que nos sentíssemos mais seguros no nosso trabalho”*, e também pela TSDTACSP (13), que indica *“(…) senti que as diretrizes da utilização de EPIs estavam confusas, especialmente pela contradição entre a entidade patronal e a DGS”*. Tal como já foi sugerido por estudos anteriores, é importante formar os profissionais de saúde nas medidas restritivas aplicadas, bem como na utilização de EPIs, para que assim estes se sintam devidamente seguros no ambiente de trabalho (Ornell et al., 2020). Ainda assim, a devida formação dos profissionais de saúde sobre a correta utilização de EPIs só é possível, contudo, quando é garantida também a qualidade da liderança organizacional e comunicação existente entre os membros da equipa (Galbraith et al., 2020), o que vem demonstrar a emergente necessidade de criação de equipas de liderança devidamente formadas e sólidas.

Ainda que a maioria das novas dinâmicas apontadas pelos TSDTACSP tenham sido negativas, existem também algumas positivas, nomeadamente a distribuição do volume de trabalho, referida pelos TSDTACSP [(1), (2), (3), (5), (6), (8), (9), (10) e (14)], com destaque para as respostas dadas pela TSDTACSP (9) que diz que *“O trabalho ficou mais stressante, embora tenha sentido uma melhoria a nível do espírito de equipa. Sinto que tenho uma relação com o meus colegas que não tinha anteriormente”* e das TSDTACSP (5) e (8), que consideram que por terem uma equipa muito jovem e com idades muito próximas pode ter ajudado a uma distribuição mais justa do volume de trabalho, dizendo que *“A verdade é que somos uma equipa jovem, com idades muito próximas e isso acaba por ajudar imenso”* e *“A nossa equipa é muito jovem.... Somos todos elementos ou recém-licenciados ou recém-mestrados, por isso não, nesse aspeto não sinto mesmo que tenha havido sobrecarga do pessoal nem em termos de diferenciação de idades, nada”*, respetivamente. Juntando estes testemunhos ao que diz a TSDTACSP (7) relativamente à escolha de horários, que *“(…) a antiguidade também acaba por ter peso (...)”*, tal vem provar que a discrepância de idades entre equipas pode ter influência sobre a distribuição do volume de trabalho e, por isso, ainda que indiretamente, indica também a falta de uma equipa de gestão presente e consciente das situações diárias com que lidam os seus trabalhadores, capaz de estabelecer uma distribuição justa do volume de trabalho. Esta foi uma situação que também se verificou noutro estudo, e que se provou ter influência sobre a

saúde mental do profissional de saúde. De entre as medidas sugeridas, sugerem encorajar os órgãos de gestão a interagir com os profissionais de primeira linha, considerando sempre eventuais sugestões que possam surgir. Sugerem também, por exemplo, a existência de sessões de grupo, com as várias equipas para melhorar a comunicação existente (Grover et al., 2020).

#### **4.2.2) Perceção de Segurança no Trabalho**

Relativamente à perceção de segurança no trabalho, e no que diz respeito à utilização dos EPIs, é importante referir que todos os TSDTACSP, com exceção da TSDTACSP (2), distinguem dois períodos, com condições de trabalho diferentes: o início da pandemia (primeiro/segundo mês), e os restantes meses. Ao início, referem a falta e limitação na utilização de material, com destaque para o que diz a TSDTACSP (6) – *“Logo ao início havia muita escassez de máscaras, e aí sabíamos que tínhamos de ter tudo bem controlado, que não podíamos estar sempre a trocar de máscara”* -, a TSDTACSP (7) – *“(…) no início da pandemia davam-nos uma máscara para fazer testes COVID durante uma semana”* -, e do TSDTACSP (12) – *“Nesse período, até tenho vergonha de dizer isto, mas tive duas semanas a utilizar exatamente o mesmo material... A mesma bata, a mesma máscara, a mesma viseira, o mesmo avental... Tudo. (...) Disseram-me para desinfetar o fato e o avental com lixívia e reutilizar todo o material até ordem em contrário (...)”*. Ainda assim, todos reconhecem que, devido à crise mundial de plástico que se verificou devido à enorme procura de EPIs, não havia muito mais que pudesse ser feito, como se pode verificar, por exemplo, com o que diz a TSDTACSP (8), *“Toda a gente sabe que houve uma crise muito grande de plástico mundialmente... Estava tudo esgotado e na altura em que houve o pico não havia grandes inventários (...)”*. No entanto, ainda que a grande maioria dos TSDTACSP não tenha reconhecido isso, com a existência de um *stock* de segurança, situações como as descritas anteriormente poderiam ter sido evitadas, tal como é provado pela TSDTACSP (2), que diz *“Também tivemos muito material da reserva, graças a Deus! A reserva deu-nos mesmo muito material. Mesmo os testes de amplificação, se não tivesse sido a reserva a dar-nos este tipo de testes, não sei, de verdade, como é que estaríamos”*. Com a existência de um *stock* de segurança, esta afirma ainda que *“Nunca houve qualquer tipo de pressão e sempre tivemos material disponível”* e que *“O máximo que aconteceu foi não termos botas descartáveis, mas eu também não considero isso grave porque nós temos socas próprias para andar por lá...”*, o que indica que não faltou nenhum material essencial para a realização de colheitas e processamento de amostras em segurança, mesmo no período em que todos os outros TSDTACSP verificaram dificuldades em obter todo o tipo de material. Noutras

situações anteriormente descritas de *shortage* em organizações de saúde, três soluções foram sugeridas por outros autores: primeiro, uma melhor utilização da *supply chain management*, incluindo múltiplos fornecedores e *stock* de segurança; em segundo, a existência de uma melhor cooperação entre fornecedores, consumidores e entidades governamentais; e por último, o foco das organizações de saúde em desenvolver equipas de indivíduos responsáveis por monitorizar áreas críticas e por criar planos de contingência (Emmett, 2019). Com a pandemia de COVID-19, também outros autores sugerem que as organizações de saúde devem conseguir um tempo para refletir nas lições aprendidas com a recente pandemia, para que assim possam definir planos estratégicos e obter melhores direções para situações futuras. Assim, estes sugerem, por exemplo, o desenvolvimento e atualização de planos robustos de *business continuity*, a existência de uma cultura *agile* e inovadora da *supply chain*, o aumento do número de fornecedores e da capacidade, e o investimento em tecnologia e análise. Afirmam ainda que, perante a dificuldade em obter material, optaram por algumas alternativas, como a utilização de impressoras 3D para a criação de viseiras (Francis, 2020). Tal como foi provado noutros estudos, o facto de existir limitação de material pode facilmente gerar ansiedade e, em certos casos, outras alterações psicológicas, no profissional de saúde (Grover et al., 2020), o que vem, mais uma vez, mostrar a importância em garantir a existência de todo o material necessário para que o profissional de saúde consiga exercer a sua função sem medo.

Com o avançar da pandemia, as condições foram sendo gradualmente garantidas a todos os profissionais, com a exceção do TSDTACSP (12), que diz que “*Com o avançar da pandemia, disseram-nos que podíamos passar a trocar a máscara de 1 em 1 semana, e muito tempo depois, já a meio da pandemia, de 2 em 2 dias. Ou seja, eu nunca troquei a minha máscara no tempo que era suposto ter trocado para estar devidamente protegido. Nunca trabalhei com as condições certas para estar devidamente seguro. Isto é triste, muito triste*”, afirmando ainda que “*Nunca me senti seguro durante o período que trabalhei para aquela empresa, é incrível*”. Também a TSDTACSP (11) diz que “*Houve alturas em que tivemos colegas a fazer trabalhos esporádicos, que vinham de outros laboratórios, de outras empresas, e estes diziam que eram ridículas as condições em que trabalhávamos... Quer dizer, chegámos a trabalhar com fatos rasgados ou riscados*”, o que vem provar que, ainda que a grande maioria dos laboratórios tenha conseguido garantir a segurança dos seus trabalhadores, terá existido um momento em que a segurança e condições dos trabalhadores poderá não ter sido a prioridade.

No que diz respeito à adaptação das infraestruturas e condições garantidas aos trabalhadores, a maioria dos TSDTACSP (9 de 14 entrevistados) indica que foram feitas remodelações estruturais e outras adaptações, que tornaram todo o processo seguro, tal como é

possível verificar com o que diz, por exemplo, a TSDTACSP (1) a dizer que “*Basicamente transformaram o laboratório por completo: criaram novas salas de espera, com espaços adequados, bem como novos guichés. Senti-me completamente segura nesse sentido... Nem nunca disseram para desligarmos o ar condicionado ou algo do género. Nunca houve pressão para outra coisa que não nos sentirmos confortáveis*” ou a TSDTACSP (5) a dizer “*(...) tiveram, por exemplo, de passar gabinetes para outras salas, juntar pessoas que trabalhavam em trabalhos administrativos numa única sala, movimentar secções para outros edifícios para conseguirem ampliar o tamanho do sítio (...). As únicas obras que existiram foram ao nível das condutas de ar e filtrações, penso eu. E tínhamos também o ar condicionado o que me ajudou a sentir-me segura*”. No entanto, existem alguns TSDTACSP que terão exercido funções sobre condições subótimas, com especial destaque para a TSDTACSP (4) que diz que “*Eu trabalhei durante muito tempo sozinha, num contentor. (...) Tinham extração e insuflação para circular o ar, mas de resto.... Era básico. As cadeiras eram muito básicas e eu não tinha sequer uma cadeira para me sentar - só tinha cadeira para os doentes (...)*”, a TSDTACSP (9) a dizer “*(...) quer em dias de muito sol, ou dias de muita chuva, não tínhamos qualquer proteção das condições atmosféricas, visto que era um sistema de colheitas Drive-Thru – alguns dias tivemos de utilizar chapéu de chuva. Para além disto, chegámos também a ter um contentor, onde havia apenas uma porta e uma janela, (...) e também não tinha distinção entre zona limpa e zona suja, o que podia ser potencialmente perigoso, principalmente para o cliente, visto que nós estávamos completamente equipados*” e a TSDTACSP (11) a dizer “*É um espaço muito pequeno e, para além disso, a sala onde os testes são efetuados não é ventilada e nem sequer tem uma janela que seja, caso queiramos abrir. É uma sala muito quente, quase parece uma estufa e acaba por ficar ainda mais quente porque eu tento sempre ter o cuidado de quando saio de lá, fechar a porta, que é para não vir ‘tudo’ cá para fora (...). Para além de tudo isto, as colheitas de sangue são efetuadas no mesmo local, não existindo uma sala somente dedicada às colheitas COVID (...). O sítio é um cubículo mesmo. Aliás, eu não tenho local nenhum específico dedicado às minhas refeições. Eu como na receção*”. Para além de não ter um local destinado às suas refeições, também não existe um espaço dedicado às colheitas COVID-19, quando já foi provado por outros estudos (Sethi et al., 2020) que idealmente deverá existir um espaço somente dedicado a este tipo de colheitas ou clientes.

Como pontos negativos, os TSDTACSP (1) e (3) indicam ainda a falta de profissionais especializados que auxiliassem no processo de desinfeção, “*Em relação à desinfeção da sala entre clientes, eu era responsável por todo esse processo. Era algo que demorava bastante e que me cansava ainda mais.... Senti que, sem dúvida, faltava ali alguém para ajudar com este*

*processo e ser responsável pela limpeza e desinfecção da sala entre clientes” e “(...) seria mais fácil se contratassem alguém para fazê-lo porque o trabalho seria mais rápido”, respectivamente.*

Como pontos positivos, é de realçar a alta capacidade de testagem garantida por alguns laboratórios, tal como indica a TSDTACSP (9) ao dizer que *“A empresa onde trabalho no setor privado faz rastreios de 15 em 15 dias. Além disso, sempre que existem casos positivos, somos novamente rastreados”* e a TSDTACSP (10) a referir que *“Nós ali no laboratório também acabávamos por estar sempre a fazer testes, e ainda fazemos com alguma regularidade”*.

### **4.2.3) Valorização no Trabalho**

No que diz respeito ao reconhecimento por parte dos órgãos de chefia, nenhum TSDTACSP considera ter sido devidamente valorizado durante a pandemia de COVID-19. Neste contexto, o TSDTACSP (3) afirma que *“Não houve muita preocupação por parte da chefia. Até pediam para trabalhar mais”*, a TSDTACSP (8) diz que *“Para a empresa em si, eu acredito que tenha sido mais acerca da produtividade, e de dar resposta, e de conseguir chegar a muitos lados, até porque há concorrência direta (...)”*, e o TSDTACSP (12) diz que *“Aos olhos da chefia eu só existo para seguir ordens”*. É também ainda de destacar algumas situações mais peculiares, como a que a TSDTACSP (4) passou, *“Após oito meses, entrei completamente em burnout e foi mesmo a gota de água. Eu disse que não conseguia aguentar mais, tanto fisicamente como psicologicamente. ‘Estou esgotada, não tenho mais recursos’, disse. E a resposta que me deram foi ‘Se quiseres ser substituída, tens de avisar’”*.

Em relação à remuneração, os TSDTACSP referem que o salário aumentou por culpa das horas extra que fizeram e não propriamente por um aumento no salário base. Referem também que receberam prémios e/ou subsídios, e a grande maioria sentiu-se bem com isso, tal como indica o TSDTACSP (1) ao dizer *“Este foi um dos aspetos mais positivos da empresa, não tenho nada a apontar. O prémio mais que duplicou o meu salário”* e a TSDTACSP (5) ao dizer *“Recebi, senti que o meu trabalho estava a ser valorizado de certa forma”*. Ainda assim, é possível verificar algum descontentamento por parte de alguns TSDTACSP, como da TSDTACSP (7) que diz que *“(...) não foi adequado e acho também que foi um pouco ‘forçado’ porque a concorrência está a compensar os funcionários ‘lá fora’ e as pessoas acabavam por estar a sair para a concorrência e para o setor público e acho que acabou por parecer que era uma gratificação de boa vontade, mas na minha ótica acho que é mais para manter os empregados”* e da TSDTACSP (14) que indica que *“Recebi prémios, mas acho que também*

*não foram justos face ao que se trabalha. É sempre melhor que não receber nada, é um certo reconhecimento pelo nosso trabalho, mas para aquilo que é feito diariamente, acho que não foi adequado*". A TSDTACSP (9) diz ainda que esta foi a única valorização que sentiu, mas que ficaria igualmente contente mesmo se o prémio não fosse monetário, dizendo que "(...) *podia ser algo como um ou dois dias de férias extra, ou qualquer coisa que nos permitisse sentir compensados e reconhecidos pelo trabalho que fizemos*".

#### **4.3) Client-related Burnout**

Para a análise do conceito *Client-related Burnout* foi avaliada a dimensão reconhecimento público da profissão no decorrer da pandemia de COVID-19.

##### **4.3.1) Reconhecimento Público da Profissão**

A totalidade dos TSDTACSP sente que o reconhecimento dado à profissão em si no decorrer da pandemia de COVID-19 não foi o devido e indicam ainda que esta é uma problemática com a qual já tinham de lidar antes. Por exemplo, a TSDTACSP (2) diz mesmo que "*Senti que o reconhecimento que nos davam era nulo, zero*", e a TSDTACSP (4) diz que "*Muitas pessoas nem sequer sabem que a nossa profissão existe. Havia pessoas que chegavam lá e diziam só 'Oh senhora enfermeira, senhora enfermeira' e eu respondia 'Não sou enfermeira, sou da área de Análises Clínicas' e as pessoas respondiam 'Ah, isso é um curso?' e pronto, eu lá acabava por explicar, outras vezes desistia*". Também a TSDTACSP (6) diz que "(...) *senti um pouco que só falavam dos médicos e enfermeiros (...). Por exemplo, eram enviados presentes ou outras doações para o serviço de urgência, como comida, cremes, e outros bens essenciais e essas coisas eram apenas dadas a enfermeiros e médicos*" e "*Uma das coisas que tínhamos aqui era passar à frente nos supermercados e houve sítios que recusaram essa prioridade porque eu apresentava a minha cédula profissional e diziam que eu não era enfermeira nem médica... E eu dizia 'O que está aí escrito é 'profissionais de saúde' e não 'médicos' ou 'enfermeiros' e mesmo assim perguntavam-me pelo cartão do hospital (...)*". A maioria dos TSDTACSP sentiu-se afetado por esta falta de reconhecimento e considera que, se se este tivesse sido diferente, a motivação também teria sido diferente, tal como diz a TSDTACSP (6) "*Se o reconhecimento tivesse sido diferente dava-me outra motivação... Dava para uma pessoa sentir que apesar do sacrifício, tínhamos o devido reconhecimento*", o que leva a querer que investir na divulgação das diferentes profissões da área da saúde seja algo importante num futuro próximo. Tal como também já foi provado por outro estudo, o apoio e reconhecimento

sentido pelos profissionais de saúde pode ser protetor da saúde mental destes – com o devido reconhecimento, tanto por parte da população, como da chefia e organizações governamentais, a moral e motivação dos profissionais de saúde aumenta. Para além da motivação, o reconhecimento está normalmente associado a melhores *outcomes* em termos de saúde mental dos profissionais de saúde (Galbraith et al., 2020).

Para além disto, todos os TSDTACSP sentiram-se afetados pelo estado de espírito dos clientes que, com a pandemia de COVID-19, acabou por sofrer alterações. Descrevem que passaram a lidar com um público muito mais stressado, assustado e ansioso, e, por consequência disso, que se tornou rude, impaciente e intolerante. A TSDTACSP (4) diz mesmo que *“Ter de lidar com pessoas assustadas, ansiosas, muitas delas rudes... Acho que isso é que me mandava muito abaixo. Havia pessoas que eram extremamente mal-educadas... Houve pessoas que enquanto eu estava a tentar fazer o teste me davam cotoveladas”* e a TSDTACSP (14) que *“O receio das pessoas também, que andam cada vez mais más e brutas.... Têm atitudes cada vez mais bruscas... Por exemplo, às vezes agarram-me as mãos com força”*. Por último, referem ainda sentirem-se afetados pela quantidade de perguntas que o público trazia, como partilha a TSDTACSP (1) *“A maior alteração ou diferença era chegar ao fim do dia cansada psicologicamente porque as pessoas faziam imensas perguntas (...). Quando alguém me perguntava algo que eu não sabia responder confesso que sentia uma pressão acrescida e uma das primeiras coisas que fazia quando chegava a casa era tentar encontrar respostas para as perguntas que não tinha sido capaz de responder naquele dia (...)”*.

#### **4.4) Personal Burnout**

No conceito de *Personal Burnout* foram analisadas as seguintes dimensões relativas a alterações a nível pessoal: alterações do foro social e do foro familiar.

##### **4.4.1) Alterações Sentidas a Nível Pessoal (componente social)**

No que diz respeito ao nível pessoal, e em particular à componente social, todos os TSDTACSP viram a sua vida social a ser afetada, referindo mesmo que deixaram de ver os seus amigos com a mesma regularidade e que ficaram longos períodos de tempo sem os ver. Referem que tal aconteceu não só por causa de todas as restrições impostas pelo governo, mas também pela falta de tempo, tal como confessa, por exemplo, a TSDTACSP (2) ao dizer *“Houve uma altura que era casa-trabalho e trabalho-casa... E até acabava por passar mais tempo no trabalho do que em casa”* e a TSDTACSP (4), que diz que *“No fundo, eu saía de casa às 9 horas da manhã e*

voltava às 9 horas da noite, portanto, também não tinha tempo para fazer nada”. Dos poucos contactos que, a pouco e pouco, começaram de novo a estabelecer, ainda que haja alguns profissionais que confessam ter sentido discriminação por parte dos amigos por lidarem diretamente com amostras COVID, como a TSDTACSP (11) que diz que “(...) *as pessoas têm quase um sentimento de ‘nojo’ e de ‘chega para lá’ porque estou constantemente a fazer testes COVID (...)*”, a grande maioria confessa que a principal preocupação partia do profissional de saúde e quase nunca dos amigos – por exemplo, a TSDTACSP (2) diz-nos que “*Eu é que tinha medo, não eram eles... É tão estranho! Mas eu é que tinha. Eu é que fazia questão de dizer ‘Olha, não queres usar máscara? Ok, não uses, mas eu vou utilizar porque eu trabalho com isto [COVID-19] e sei que a qualquer momento posso ter e estar a transmitir às outras pessoas’ (...)*”, o que, a certo momento, pode ter causado uma pressão acrescida ao profissional de saúde, não permitindo aproveitar o momento como talvez o devesse fazer, como confessa o TSDTACSP (3) “*Sabia que tinha outra responsabilidade porque era profissional de saúde. Gostava de ter partilhado algumas saídas que fiz na internet [Instagram] e não o fiz com medo de que me julgassem por ser profissional de saúde*”.

É ainda de realçar a importância dada por alguns a determinadas situações que consideraram ter atenuado o efeito da pandemia de COVID-19 na vida social, como a existência de *apps* que permitiram efetuar videochamadas com os amigos, ou o facto de partilharem casa com amigos. O TSDTACSP (1) diz “*Em termos sociais, acho que foi ótimo as formas que se foram arranjando para estarmos todos em contacto ainda que estivéssemos longe uns dos outros. Lembro-me daquela aplicação ‘House Party’, por exemplo (...)*”. Diz ainda “*Eu confesso que estive muito tempo com os meus colegas de casa, o que me ajudou bastante*”, assim como a TSDTACSP (4), que diz “*Eu partilho casa, o que ajudou bastante na minha vida social, ajudou-me a ter conversas fora do trabalho (...)*”.

#### **4.4.2) Alterações Sentidas a Nível Pessoal (componente familiar)**

Em relação à componente familiar, também todos os TSDTACSP se sentiram afetados pela pandemia de COVID-19, em vários aspetos. Por estarem na linha da frente do combate à pandemia, os TSDTACSP deixaram de visitar a família com a regularidade que gostariam de ter continuado a fazer e, quando finalmente conseguiram estar com esta, tinham receio. É notório que, por estarem a ser submetidos a um stress constante no trabalho, a necessidade de estar com a família crescia e tal não podia ser concretizável, o que os afetou psicologicamente, como se pode verificar com o que nos diz o TSDTACSP (1) “*A nível familiar foi muito*

*complicado ao início, mesmo... Chorava muito. (...) Eu saía de casa e falava com muitas pessoas... Com os clientes, com os meus colegas de trabalho... Mas não vi os meus pais durante muito tempo. Ainda que falasse muito ao telemóvel com eles, é completamente diferente sentir o toque ou estar com eles presencialmente. E eu não senti isso durante muito tempo. E isso foi muito horrível e complicado para mim que sou muito ligado à minha família”* ou a TSDTACSP (9) que diz *“Houve dias que senti desânimo e cansaço (...). Foi um período em que falei muito pouco com a minha família, que estive muito isolada nos meus pensamentos”*. Está provado que a falta de acesso a suporte social e familiar por parte dos profissionais de saúde tem efeitos negativos na saúde mental destes, podendo estar associado a sintomas como ansiedade ou depressão. Os testemunhos recolhidos vão de encontro ao descoberto por outros autores em Portugal (T. Almeida et al., 2020), o que vem mostrar, mais uma vez, a necessidade de garantir que os profissionais de saúde dispõem de algum tempo do seu dia para poderem contactar com familiares e receber este apoio que confessam ter sentido falta durante a pandemia de COVID-19.

Adicionalmente, por lidarem diariamente com amostras COVID-19, indicam também que experienciaram um receio constante de poderem estar a contaminar a família, sendo este ainda maior nos TSDTACSP com familiares pertencentes a algum grupo de risco para a COVID-19. O TSDTACSP (12) diz ainda que a falta de segurança que sentia no trabalho o impediu de ver a família ainda mais vezes - *“(...) sabia que as condições que me estavam a ser dadas no trabalho não eram suficientes para que me sentisse segura em estar com a minha família e ter 100% de certezas de que não estava contaminado (...)”* e que *“Se calhar se me tivessem sido dadas outras condições, não teria sentido tanto esta preocupação e teria sido capaz de aproveitar melhor os momentos com a minha família”*. Este testemunho, aliado ao facto de, com o avançar da pandemia de COVID-19, a grande maioria dos TSDTACSP (12 de 14 participantes) confessar que este receio tem vindo a diminuir, vem provar a importância de garantir um ambiente de trabalho seguro ao profissional de saúde - com a maior disponibilidade e qualidade de EPIs nos diferentes serviços, esta poderá ter sido uma das causas que tenha levado ao “alívio” e maior relaxamento sentido por parte dos TSDTACSP, permitindo, assim, que conseguissem estar mais tempo com a família sem estarem constantemente preocupados. Reconhecem também que, com o avançar do processo de vacinação, o receio tem vindo, gradualmente, a reduzir, como diz a TSDTACSP (6) *“Por exemplo, o ano passado os primeiros casos surgiram em Portugal em março e eu só estive com os meus pais presencialmente pela primeira vez em julho, e sem máscara, só mesmo depois de eu estar vacinada”*. Assim, a

garantia de EPIs, em número e em qualidade, juntamente com o avançar da vacinação em Portugal, vieram contribuir para a redução do receio dos TSDTACSP em estarem com a família.

Na componente familiar, é ainda importante salientar a discriminação sentida pela TSDTACSP (14) por ter ficado em casa a prestar apoio à família, nomeadamente aos filhos, tanto por parte dos colegas de trabalho, como da chefia. Diz mesmo “*Senti que estava a ser julgada no trabalho por ter ficado em casa com os meus filhos, sim. E até me pareceu muito mal porque houve uma altura em que me ligaram a pedir para eu trabalhar cá em casa por turnos [Risos]... E os turnos eram das 8h da manhã às 16h, das 16h à meia-noite e da meia-noite às 8h da manhã... E ainda me disseram que havia colegas minhas que tinham aceitado e perguntaram porque é que eu não aceitava também. (...) E depois ainda disse ‘Se quiserem eu fico então em teletrabalho, mas no horário que fazia no outro trabalho’ e responderam-me ‘Ah, mas isso depois é injusto para os teus colegas’ (...)*”. Os TSDTACSP com filhos, ao terem de estar isolados em casa não só como prevenção à transmissão do vírus, mas também pela necessidade de prestação de apoio aos filhos, podem sentir-se alvos de julgamento por parte dos seus colegas, o que poderá ter um impacto negativo evitável na sua saúde mental.

#### **4.5) Pandemia de COVID-19**

Neste conceito foram analisadas as seguintes dimensões: variação emocional ao longo das diversas fases da pandemia e perceção da doença COVID-19.

##### **4.5.1) Variação Emocional ao Longo das Diversas Fases da Pandemia**

Ao ser pedido aos entrevistados para descrever o que foram sentindo nas diferentes fases da pandemia de COVID-19, conclui-se que as emoções sentidas não foram as mesmas ao longo do tempo, o que, conseqüentemente, indica também que os desafios experienciados foram também distintos. Na fase inicial, todos os TSDTACSP descrevem que foi difícil lidar com um vírus sobre o qual ainda se sabia tão pouco, e sob normas que estavam em constante alteração. Descrevem ainda que foi difícil enfrentar um público assustado e com muitas perguntas, para as quais, também eles não tinham resposta. Numa fase em que as palavras dominantes para descrever este período foram “Medo” e “Incerteza”, seria importante ter investido em formações e constante disponibilização aos profissionais de saúde sobre o vírus SARS-CoV-2, e outras informações consideradas relevantes, para que se pudessem sentir mais seguros e informados, e que não se sentissem frustrados por não conseguirem esclarecer todas as dúvidas ou questões que lhes eram colocadas, como diz a TSDTACSP (7) - “*Foi uma completa sensação*

*de incerteza... De sentir uma responsabilidade social acrescida por ser profissional de saúde e ao mesmo tempo não conseguir dar respostas a quem não o é... Frustração, nesse sentido, e também pressão psicológica para com a sociedade”.*

Na fase que se seguiu – o primeiro desconfinamento -, a maioria dos TSDTACSP (12 de 14 participantes) descreve sensações de “Alívio” ou “Descontração”, por ser uma altura em que finalmente conseguiram começar a estar com os amigos ou família, e que começaram a fazer algumas atividades ao ar livre, como partilha a TSDTACSP (4) ao dizer *“Tinha saudades de ver pessoas, de passar uma tarde na esplanada, de fazer coisas simples que nós antes nem dávamos valor e depois parece que é a melhor sensação do mundo”*. Nesta fase, teria sido importante fazer com o que o profissional de saúde se sentisse seguro e sem “sentimento de culpa” por estar a praticar atividades sociais, desde que com todas as medidas de distanciamento social a serem cumpridas, visto que, tal como já se verificou anteriormente na dimensão de alterações sentidas a nível pessoal, os TSDTACSP tiveram dificuldades em “libertar-se” deste mesmo sentimento.

Com a chegada da segunda e terceira vaga, todos os TSDTACSP foram inundados de sentimentos negativos, como “Cansaço” ou “Desilusão”. Descrevem que estes foram períodos com um grande volume de trabalho, desafiantes tanto em termos físicos, como mentais, tal como diz, por exemplo, o TSDTACSP (12) – *“Nesta fase acabei por sentir ansiedade, pois já sabia aquilo que me esperava. Depois o que eu achava, ainda acabou por ser pior do que aquilo que alguma vez imaginei. Como nesta altura foi tudo um pouco mais intenso do que aquilo que vivemos na primeira vez, acabei por sentir mesmo muito cansaço e acabei por me sentir muito chateado, talvez, pela atitude das pessoas...”*. Numa altura em que os profissionais de saúde se sentiam cansados/desmotivados, seria importante terem existido chefes de equipa e/ou diretores de serviço devidamente formados em liderança e com conhecimentos suficientes em gestão de pessoas, para que não só a distribuição do volume de trabalho fosse justa, mas também para que os TSDTACSP se sentissem seguros de si mesmos e confiantes o suficiente para partilharem o que estavam a sentir naquele momento. Teria sido também importante investir na divulgação da importância da alimentação e exercício físico na saúde física e mental do indivíduo – de forma a evitar consequências psicológicas, é recomendável a menor exposição possível aos *media*, e manter uma alimentação saudável, com um estilo de vida positivo, com, por exemplo, a prática de exercício físico ou ciclos de sono regulares, que já se provaram ter efeito sobre a saúde mental (Shah et al., 2020). A divulgação sobre os benefícios da alimentação saudável e exercício físico deveria ter sido maior durante a pandemia de COVID-19, para que os profissionais de saúde estivessem conscientes e assim pudessem alterar

ou manter os seus comportamentos – tal como aconteceu noutros países (Vu et al., 2021), o aumento da literacia digital sobre alimentação saudável está associado a melhores *outcomes* em termos de saúde mental durante a pandemia de COVID-19, inclusive nos profissionais de saúde.

#### **4.5.2) Perceção da Doença COVID-19**

Ainda que apenas 3 de 14 participantes tenham contraído a doença COVID-19, todos os participantes descrevem que tiveram medo de contrair a doença em algum momento e também de poderem estar a contaminar a família/amigos. Contudo, é de destacar que algumas das instituições onde trabalham os TSDTACSP facilitaram a testagem dos trabalhadores, o que acabou por os fazer sentir mais seguros e confortáveis em muitos aspetos, sendo algo positivamente referido quando entrevistados. A testagem em massa, pode também evitar baixas desnecessárias (e, conseqüentemente, tempo despendido a formar novos profissionais para a nova função), garantindo, dessa forma, o número de recursos humanos necessários – a TSDTACSP (10) diz mesmo *“A nível de sintomas, se havia alguém com qualquer coisa, ia logo fazer teste. Nós éramos uma equipa e se fosse alguém de baixa tínhamos de arranjar um substituto que entrasse naquele ritmo e temos um ritmo um bocado de ‘loucos’... Portanto ao início até a pessoa ganhar esse ritmo, torna-se um bocado complicado. Dito isto, para manter a máquina oleada, convém que se alguém apanhar COVID-19, não apanhe mais que um. Havia sempre esse cuidado de fazer teste a quem tinha sintomas... Ainda hoje isso acontece”*.

Após testarem positivo à COVID-19, confessam não ter sentido qualquer pressão pela chefia para voltarem ao trabalho, como diz a TSDTACSP (13) – *“Senti que fizeram sempre tudo o que estive ao alcance para que melhorasse sem pressão de regressar ao trabalho e estivesse concentrada em recuperar a 100%”*. Contudo, a TSDTACSP (11) partilha que, ainda que não tenha sido feita qualquer pressão para voltar ao trabalho, que sentiu que um dos chefes apenas estava preocupado com a data em que poderia voltar a trabalhar: *“Quanto aos chefes, o que eu senti foi que um deles só queria saber quando é que eu estaria pronta para trabalhar outra vez, enquanto o outro se preocupou comigo, tanto que na altura fiquei mesmo sensibilizada com a atitude. Ele chegou a ligar-me, a perguntar-me como estava, se vivia ou não sozinha, e se precisava de alguma coisa. Por esta razão, senti um pouco de diferença entre estas duas pessoas: um deles nunca mais me disse nada (...). O que lhe importava, no fundo, era saber se já podia ir ou não trabalhar”*. Este testemunho vem provar, mais uma vez, a importância da existência de órgãos de chefia devidamente formados em gestão de pessoas.

#### **4.6) Saúde Mental dos Profissionais de Saúde**

Para analisar o presente conceito, foram avaliadas as seguintes dimensões: alterações psicológicas sentidas ou aprofundamento de condições já existentes, partilha emocional entre colegas de trabalho e chefia, importância da saúde mental no desempenho no trabalho, avaliação da resposta dada à saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 e avaliação de possíveis estratégias ou medidas possíveis de aplicar.

##### **4.6.1) Alterações Psicológicas Sentidas ou Aprofundamento de Condições já Existentes**

Todos os TSDTACSP entrevistados sentiram, de alguma forma, alterações psicológicas como consequência da pandemia de COVID-19. Ainda que 3 destes participantes refiram já apresentar problemas psicológicos antes da pandemia, sentem também na mesma que, com o avançar da pandemia, as condições pré-existentes foram também elas agravadas, sem nunca terem experienciado algo semelhante antes. Assim, os TSDTACSP descrevem, por exemplo, fenómenos de desmotivação [TSDTACSP (5) - *“Afetava-me mais a ‘vontade’ de ir trabalhar, saber que ia estar mais um dia naquilo, a fazer a mesma coisa... Pensava ‘Não acredito que já é outra vez dia de ir para lá’ ...”*], falta de paciência [TSDTACSP (10) - *“Ao início tinha mais paciência para responder às perguntas das pessoas. Agora tiro as dúvidas na mesma, mas já não tenho a mesma paciência que tinha”*], esgotamento [TSDTACSP (1) - *“Era algo que me deixava extremamente cansado fisicamente e isso acabava por mexer indiretamente com o meu psicológico.... Chegava a casa cansado e só dormia sextas... Quando acordava, pensava, ‘Mas o que é que eu fiz com o meu dia? Trabalhei e dormi’ e isso era muito deprimente para mim, que sempre fui uma pessoa ativa, que gostava de estar ocupada (...)”*], ansiedade [TSDTACSP (9) - *“Foi um período em que tinha ansiedade, sentia nervosismo e só de pensar que no dia seguinte tinha de voltar e ver tudo novo, a nível psicológico afetou-me um pouco”*], e cansaço extremo [TSDTACSP (8) - *“O cansaço psicológico era tanto que às vezes não coincidia com o cansaço físico e às vezes quando ia dormir, por muito cansada que estivesse psicologicamente, o meu corpo não se desligava”*].

Quando questionados acerca das principais causas que terão levado a estas alterações psicológicas, 9 participantes responderam causas relacionadas com a vertente laboral, e 5 participantes causas relacionadas com o conjunto da vertente laboral e social/familiar, o que demonstra, mais uma vez, que a pandemia de COVID-19 teve implicações na saúde mental dos TSDTACSP, principalmente como consequência da componente laboral, demonstrando também assim, indiretamente, a falta de intervenção existente.

Ainda assim, é curioso que apenas 2 TSDTACSP tenham sentido a necessidade de procurar ajuda, pois confessam que deixaram de conseguir controlar a situação, tal como refere a TSDTACSP (11), ao dizer *“Recorri a ajuda profissional há relativamente pouco tempo (...). Senti que já não estava a conseguir resolver a situação por mim própria.... E procurei ajuda porque deixei de me reconhecer, deixei de me sentir ‘eu’. E passei também a sentir crises de ansiedade, algo que nunca tive anteriormente, sem perceber às vezes muito bem porquê (...)”*. Os 3 TSDTACSP que já anteriormente recorriam a ajuda psicológica, continuaram a fazê-lo, ainda que tenham também intensificado algumas terapêuticas como consequência da pandemia, como indica, por exemplo a TSDTACSP (6) *“Estava com muito trabalho e sem poder ver os meus pais... Foi uma altura muito complicada. Foi uma altura em que comecei a fazer uma nova medicação.... Faço neste momento Fluoxetina, que é um antidepressivo, o que me ajudou a sentir menos ansiedade e a manter os níveis de stress mais baixos (...)”* ou a TSDTACSP (14) *“Eu ando no psiquiatra, já era seguida antes da pandemia. Agora não intensifiquei o número de consultas, mas intensifiquei a medicação, ao nível da ansiedade, pois os meus níveis de ansiedade com toda esta situação acabaram também por ficar alterados e intensificados”*.

Os restantes TSDTACSP referem que não recorreram a ajuda por diversas razões. Indicam que não o fizeram, por exemplo, devido a razões financeiras [TSDTACSP (3) – *“E sinceramente também não queria gastar dinheiro com isso (...)”*], à falta de tempo [TSDTACSP (12) – *“Ponderei, mas nunca o fiz. Primeiro porque não tinha tempo... A minha vida foi somente trabalho durante muito tempo”*], ao apoio suficiente dos colegas de trabalho/família [TSDTACSP (2) – *“Acho que não havia assim nada que ninguém de fora pudesse dizer que me fizesse sentir melhor. acho que não há ninguém melhor para falar que os meus colegas que também sabiam aquilo que eu estava a passar”*], ou ainda por teimosia pessoal [TSDTACSP (1) – *“Na minha cabeça acho que é tipo ‘Também não vou para o psicólogo, não é?’ ... Não sei, acho que foi mesmo por teima pessoal e de isso nem sequer me ter ocorrido... Nunca me passou pela cabeça ‘Ah estou mal, se calhar tenho que ir para o psicólogo”*]. Todos os TSDTACSP que não recorreram a qualquer tipo de ajuda, referem também que não o fizeram porque consideram que era “normal” aquilo que estavam a sentir e que sempre tiveram a capacidade necessária para resolver a situação, como indica, por exemplo, a TSDTACSP (2) ao dizer *“E também acho que era normal estar a sentir aquilo... Uma coisa era se não achasse normal sentir aquilo ou achar que não existia nenhuma razão para estar a sentir o que estava a sentir. Só que eu acho, e sempre achei, que era normal sentir-me assim... Com o panorama todo e como eu estava a trabalhar e a passar, eu acho que estranho era se não me sentisse como me estava a sentir (...)”* ou a TSDTACSP (7) ao dizer *“(...) consegui*

*sempre lidar com a situação, consegui controlar a situação*”. Este pensamento vem mostrar a ideia errada de só ser necessário recorrer a um psicólogo quando algo não está bem ou quando já se chegou a um ponto incontrolável, quando, na verdade, se existir um acompanhamento adequado, os problemas podem não atingir pontos extremos onde se tornam mais difíceis de resolver. Neste contexto, é também importante referir que, cerca de um mês após a entrevista, a TSDTACSP (7) entrou em contacto com a autora do estudo para partilhar a informação que tinha sofrido um ataque de pânico enquanto trabalhava, tendo mesmo sentido a necessidade de recorrer às urgências de um hospital, o que vem mostrar a incapacidade de avaliar as situações e a falta de formação na área – ainda que os TSDTACSP possam achar que estão a controlar a situação, tal pode não ser verdade. Neste sentido, e tal como também já foi apontado por outro estudo, é importante investir na formação dos profissionais de saúde em saúde mental, para que estes tenham conhecimento de alguns dos sintomas e sentimentos associados a alterações psicológicas, e consigam assim perceber o quão afetados estão, de forma a poderem procurar ajuda e detetarem essas mesmas alterações em estados ainda recentes, especialmente em casos de PSPT (Ornell et al., 2020). Com esta, os profissionais de saúde iam também conseguir identificar aspetos emocionais relacionados com os pacientes e com a suas famílias, conseguindo, assim, indicar-lhes qual o apoio necessário e onde o podem encontrar – a promoção da saúde mental entre equipas de profissionais de saúde é essencial e tem efeitos clínicos, políticos e sociais (Ornell et al., 2020)(Wańkiewicz et al., 2020).

É também ainda de salientar que muitos foram os TSDTACSP que passaram a ter mais cuidados com a alimentação e também à prática de exercício físico, pois reconhecem que tal tinha impacto na sua saúde mental, tal como refere, por exemplo, a TSDTACSP (8) - *“Eu sempre fui uma pessoa muito preocupada com a alimentação e com o corpo. No entanto, chegou uma altura em que achei que tinha que me alimentar melhor porque também tinha que me nutrir melhor, até mesmo às vezes por causa das condições no trabalho*”. No entanto, existiram também alguns TSDTACSP que, devido à falta de paciência ou de tempo, acabaram por piorar a sua alimentação, passando assim a consumir mais *fast food*. Para estes casos, seria importante intervir e divulgar a importância que o exercício físico pode ter na saúde mental dos indivíduos, incentivando assim a prática deste.

#### **4.6.2) Partilha Emocional entre Colegas de Trabalho e Chefia**

No que diz respeito à partilha emocional entre colegas de trabalho, os testemunhos diferem. No entanto, nos casos em que os TSDTACSP reconhecem o aumento da união e espírito de equipa,

a partilha emocional acaba por ser maior, o que leva a querer que estejam diretamente relacionados. A TSDTACSP (9) diz-nos mesmo que *“No contrato COVID que fiz, foi onde senti mais entrelaçada, humildade, compaixão e compreensão. Estávamos todos juntos na mesma luta. Apesar de ter sido um desafio muito grande e cheio de dificuldades, consegui criar relações muito profundas com aqueles colegas”*. A TSDTACSP (8) diz também que, o facto de trabalhar com uma equipa com idades muito próximas pode ter ajudado a que esta partilha tenha sido mais intensa – *“Como temos todas idades semelhantes e estávamos todos a passar mais ou menos pelo mesmo, tentávamos sempre ajudarmo-nos uns aos outros. Acho que o facto de termos todas idades muito próximas faz com que a empatia seja maior... Se lá estivessem pessoas de 50 ou 60 anos, se calhar seria diferente”*.

No entanto, ainda que existisse alguma partilha emocional, a maioria dos TSDTACSP considera que esta partilha não era muito profunda, tal como diz, por sempre o TSDTACSP (3) ao dizer *“Nós chegámos a falar muitas vezes entre todos, mas nunca num nível assim muito profundo”* ou o TSDTACSP (12) ao dizer *“Problemas mais profundos ou situações mais graves então é para esquecer. Isso seria motivo para gozarem comigo ou para me chamarem ‘maluco’, sem capacidades suficientes para fazer o meu trabalho”*, o que leva a querer que, a saúde mental ainda é um assunto ignorado ou desvalorizado por muitos. Estes testemunhos vêm mostrar a necessidade de intervenção, pois tal como já se verificou noutros estudos (Ornell et al., 2020), existe a necessidade de estimular e desenvolver a comunicação existente entre as equipas de profissionais de saúde, de forma a estabelecer um clima de reciprocidade e cooperação empática, permitindo assim a expressão de sentimentos e outros sentimentos (como *burnout*) ou exaustão emocional. Deve ser criada uma cultura que encoraje uma comunicação aberta e com a redução do estigma associado à vulnerabilidade psicológica – isto pode envolver, por exemplo, atividades que desafiem atitudes indesejáveis, promovendo os valores ambicionáveis, bem como expandir o conhecimento e encorajar uma mudança comportamental positiva (Galbraith et al., 2020).

Quanto à partilha emocional com a chefia, quase todos os TSDTACSP (13 de 14 participantes) consideram que foi quase inexistente. Referem que não o fizeram porque sentem que não iam ser devidamente ouvidos [TSDTACSP (11) – *“Nunca comentei porque achei sempre que não ia ser ouvida”*] ou até mesmo porque sentem que se o fizessem, iam ser substituídos rapidamente tal como diz a TSDTACSP (11) – *“Até porque é um receio.... Acho que deve ser um receio que todos nós devemos ter... Penso coisas como “Se eles [órgãos de gestão] virem um problema em mim, se calhar descartam-me”* ou o TSDTACSP (12) - *“Não, nunca. Tal como já disse anteriormente, acho que se o fizesse acho que a preocupação nunca*

*iria ser em ajudar-me, mas sim em substituir-me o mais depressa possível.... Sentia-me muitas das vezes como um 'palhaço do circo'.... Tinha que fingir que estava tudo bem quando sabia perfeitamente que não estava tudo bem comigo... Não podia simplesmente ser despedido”.*

Consideram ainda que, quando partilhavam algo, a resposta dada não respondia às duas expectativas, com o problema a ser desvalorizado, como partilha, por exemplo, a TSDTACSP (4) – *“Cheguei a queixar-me à chefia, só que na altura diziam que não havia outra hipótese... Tudo o que ‘eles’ [órgãos de gestão] veem à frente é ‘quantas mais pessoas conseguirem atender, mais lucro dá’. Se é factível ou não factível para uma pessoa só, não importa”.*

Por último, referem também que a inexistência de reuniões com regularidade pode ter feito com que esta partilha não tenha sido a desejável [TSDTACSP (8) – *“Nós temos um problema ali... Nós temos muito poucas reuniões com a nossa chefe. Deveríamos ter mais... Às vezes tentamos, e nem sempre é possível”*], bem como o facto de, em algumas situações, não terem a chefia presente [TSDTACSP (6) – *“No entanto, continua a ser uma pessoa que está sempre distante porque ela está no outro hospital e não no meu (são dois hospitais que pertencem ao mesmo grupo, mas que são diferentes). Ainda que eu possa, claro, pegar no telefone e ligar-lhe que ela atende sempre, mas não temos aquela proximidade de ‘aconteceu neste momento, vamos reportar, vamos tentar melhorar’ (...). Faz muita falta ter uma chefia presencial (...)”*.

A única TSDTACSP (10) que considerou a partilha emocional com a chefia positiva, coordena a equipa COVID, o que pode mostrar que o facto de exercerem cargos ou posições na carreira mais altos, pode ter influência no nível de proximidade com a chefia. A TSDTACSP (10) diz mesmo que *“Como eles [órgãos de gestão] sabem que eu estou ali à frente, eu digo que preciso de algo e no dia a seguir arranjam-me isso. Se não é no dia a seguir, tratam das coisas. Pelo menos dentro das possibilidades, tentam sempre tratar. Eu tenho uma boa relação com eles que me permite ajudar toda a gente ali dentro e eles conseguirem aquilo que querem”*.

Os diretores de serviço e outros órgãos de chefia devem estar devidamente cientes e formados sobre o elevado risco que a pandemia de COVID-19 tem para o desenvolvimento de alterações psicológicas nos profissionais de saúde, visto já ter sido provado que o apoio correto da chefia pode ter um impacto positivo sobre a saúde dos profissionais (Greenberg et al., 2020). A literatura mostra que, ainda que melhores *outcomes* tenham surgido em situações onde, por exemplo, os profissionais de saúde são devidamente formados e treinados sobre a utilização de EPIs, estes também surgem em situações onde os profissionais de saúde trabalham sob uma liderança eficiente, com o devido apoio garantido ao aos mesmos e às suas famílias (Galbraith et al., 2020). No entanto, ainda que haja evidência que ter uma chefia que garante todo o apoio desejável é protetor em termos de saúde mental dos profissionais de saúde, não se pode esquecer

que os órgãos de gestão são, também eles, humanos e, por isso, sempre que possível deverá existir alguém responsável pela saúde mental deste grupo de profissionais (Greenberg et al., 2020).

#### **4.6.3) Importância da Saúde Mental no Desempenho no Trabalho**

Em relação à influência que a saúde mental pode ter na performance do profissional de saúde, todos os TSDTACSP consideram que ainda que não tenha influenciado diretamente os resultados obtidos, existem algumas capacidades ou características próprias que se foram perdendo ou que foram sendo afetadas. Nos TSDTACSP que lidam diretamente com o público, todos referiram que a paciência para lidar com o público reduziu [TSDTACSP (1) – *“A minha paciência era quase nula nestas situações e só queria que o cliente se sentasse e estivesse pronto para que eu lhe conseguisse fazer o teste e despachar trabalho. Eu que sempre me considerei uma pessoa bastante atenta ao cliente... Confesso que fiquei mesmo sem paciência”*], o que vem demonstrar que a relação empática entre profissional de saúde e cliente pode ser diferente quando existem problemáticas em termos de saúde mental associadas. Referem também que, devido à pressão existente, acabaram por deixar de fazer as tarefas com a atenção que outrora tinham, como refere o TSDTACSP (3) – *“Perdi o brio, porque começámos a ter pressão em cima... Deixámos de fazer as coisas como deve de ser”* -, ou a TSDTACSP (8) – *“(...) houve uma altura em que, para conseguirmos dar vazão a tanto volume de trabalho, tivemos que ser eficazes... Ou seja, não estou a falar de cortar passos, mas tínhamos que saber onde é que tínhamos de ser mais eficazes para que as coisas resultassem na mesma”*. Por último, referem também que, devido ao cansaço, a produtividade e a capacidade de resolução podem ter reduzido [TSDTACSP (12) – *“Trocar amostras ou resultados acho que nunca aconteceu. O que pode ter acontecido é que às vezes a minha produtividade possa não ter sido a melhor. Tinha um cansaço físico e psicológico tão grande que dava por mim a fazer as coisas muito mais devagar e sem a mesma paciência que outrora tive (...). A minha capacidade de resposta e de resolução de problemas ficou muito pior. Deixei de saber lidar com o stress”*].

A grande maioria dos TSDTACSP (11 de 14 participantes) refere ainda que ponderou, em algum momento trocar de trabalho (ou até mesmo de área de formação) como consequência das alterações psicológicas que estavam a sentir. Alguns indicam também que a paixão que tinham ao trabalho diminuiu, como confessa, por exemplo, a TSDTACSP (6) – *“Não, não continuo com a mesma paixão... Já me perguntei várias vezes o que é que poderia fazer para além disto”* ou a TSDTACSP (11) – *“Sim. Aliás, estou constantemente a pensar nisso... A pensar em mudar*

*de área para passar a fazer algo que eu goste e que me motive mais*”. A TSDTACSP (7) diz ainda que *‘Sim, e é uma coisa que eu penso frequentemente e acho que todos os profissionais de saúde por mais que gostem daquilo que fazem em altura de pandemia há sempre altos e baixos... Há alturas de rotura em que pensei ‘Eu não consigo lidar mais com isto’, mas pronto... São pensamentos, não chegam a ser ações*”, o que vai de acordo com o facto de, apesar de quase todos os TSDTACSP terem ponderado em algum momento trocar de trabalho, apenas dois [TSDTACSP (3) e (13)] tenham efetivamente trocado, o que demonstra o receio que continuam a ter em encontrar condições de trabalho ainda piores.

#### **4.6.4) Avaliação da Resposta Dada à Saúde Mental dos Profissionais de Saúde Durante a Pandemia**

Quando questionados acerca da resposta e atuação do governo no que diz respeito à saúde mental dos profissionais de saúde, todos os TSDTACSP consideraram que a resposta foi inadequada [TSDTACSP (12) – *“Achei que foi totalmente inadequada. Compreendo que existissem outros desafios com os quais tiveram de lidar que fossem mais emergentes que a saúde mental dos profissionais de saúde, mas tal não justifica que não tenham mesmo dado qualquer tipo de atenção”* e, para alguns, mesmo inexistente [TSDTACSP (2) – *“Mas houve sequer algum tipo de resposta dada pelo governo nesse sentido? Não sei de nada”*]. Neste contexto, consideraram que faltou “tudo” e, especialmente, mais apoio, como diz, por exemplo, a TSDTACSP (4) – *“Tudo. Em parte, nenhuma, ninguém – pelo menos no meu local de trabalho ou pessoas que me rodeavam – nunca ninguém se manifestou sobre a saúde mental. Mas acho que isso é uma coisa mesmo própria no nosso país, porque em outros sítios as pessoas aceitam e falam abertamente. Neste país é mais um ‘estigma’, não se encontram tão abertos e recetivos à ideia de ‘saúde mental’ como uma coisa normalíssima e que tem de ser falada”* -, e também o TSDTACSP (12) – *“Tudo! Sinto mesmo que a saúde mental dos profissionais de saúde foi completamente ignorada”*. Sentem também que as instituições para as quais trabalham não desenvolveram qualquer tipo de medidas e que os colegas que trabalham noutras instituições se encontram na mesma situação, dando apenas destaque à resposta do TSDTACSP (1) que nos diz que sabe de colegas no estrangeiro em que lhes é dado um maior apoio nesse sentido – *“Nunca ouvi ninguém dizer que tinha mais apoio que eu nesse sentido. Ouvi isso de colegas meus que não estão em Portugal, mas sim de quem está no estrangeiro, noutros países como o Reino Unido. Aí ouvi dizer que se preocupavam com a saúde mental no trabalho deles”*.

Sentem que os principais desafios com os quais os profissionais de saúde tiveram que lidar no decorrer da pandemia terão sido a falta de reconhecimento (tanto por parte do público, como da chefia), a constante necessidade de adaptação, a falta de recursos materiais e humanos, a falta de orientação, o “pânico” dos *media*, o medo de poderem estar a contaminar a família/amigos a qualquer momento, a constante necessidade de desinfecção e higienização, a falta de acompanhamento e a desorganização por parte do governo. Consideram, por isso, que teria sido importante disponibilizar, por exemplo, uma linha telefónica de apoio psicológico unicamente dirigida a profissionais de saúde [TSDTACSP (1) – “*Também acho que se a linha do SNS não era específica para profissionais de saúde, que devia haver uma linha especializada, com pessoas já treinadas ou que tivessem uma formação específica porque a ansiedade que os profissionais de saúde estavam a sentir não era igual à da população em geral e acho que deve haver um encaminhamento diferente*”], um maior e melhor acompanhamento *in locum* [TSDTACSP (1) – “*Eu acho que o que seria importante era ter acompanhamento ‘in locum’, ou seja, no próprio hospital onde a pessoa está, com uma pessoa especializada em saúde mental que vê a realidade e compreende como é que se faz ali e que vê quais são as pressões a que se está sujeito ali... E se não puder ser hospital, que seja ao menos centro hospitalar (...)*”], um maior investimento em saúde mental por parte da medicina do trabalho/saúde ocupacional [TSDTACSP (14) – “*Como as consultas de medicina do trabalho... São uma treta. Eu ia alguma vez partilhar com o meu médico de medicina do trabalho questões deste género? (...) Nós ali nem direito a análises ao sangue nós temos. Não temos nada. Só querem saber quanto é que pesamos e como está a nossa tensão*], uma maior formação dos órgãos de gestão em gestão de pessoas e saúde mental [TSDTACSP (4) – “*Investir na parte da gestão humana das chefias, porque é algo que me faz imensa confusão. Para mim um chefe não é um chefe se não tiver consideração e respeito pelos seus funcionários. Para mim isto é sem dúvida o mais importante. Se alguém nos der o apoio e a motivação, o nosso rendimento vai ser sempre melhor*”] e uma redução da carga horária e melhor gestão de recursos humanos [TSDTACSP (5) – “*Existir um maior foco nos recursos. Não deixar que os recursos não cheguem ao fim, já que isso pode não só comprometer a segurança das pessoas, mas também aumentar os níveis de ansiedade do profissional*”; TSDTACSP (6) – “*Investir mais em recursos humanos, para tentar dar algum alívio a quem está a trabalhar e a lidar constantemente com a pandemia. Eu já me dava por feliz por não ter que fazer horas extraordinárias (...)*”].

Quanto aos estudos, também nenhum TSDTACSP tem conhecimento de nenhum que tenha sido feito nesse sentido, e, quanto às medidas implementadas, a criação da linha de apoio psicológico do SNS foi mencionada por 4 TSDTACSP, tendo sido a única a ser referida. Perante

uma crise pandémica e, conseqüentemente, uma crise psicológica, é importante primeiramente perceber qual o estado da saúde mental das diferentes populações, para que depois se possa também assim identificar indivíduos que tenham um elevado risco de cometer suicídio e ajudar aqueles que tenham maior necessidade. Nestas condições, e como foi provado noutros estudos, a saúde mental dos profissionais de saúde está muito vulnerável e são um grupo que requer intervenção mais emergente (Li et al., 2020)(Ornell et al., 2020). Por esta razão, é importante estudar a saúde mental dos profissionais de saúde, para assim poder gerar as melhores intervenções possíveis (Li et al., 2020). Ainda que exista um estudo em Portugal bastante completo (T. Almeida et al., 2020), seria importante dar continuidade e também diferenciar as diferentes carreiras profissionais, nomeadamente, distinguir de entre os Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, os TSDTACSP e outros demais.

Assim, todos os TSDTACSP consideram importante existir um maior investimento na saúde mental dos profissionais de saúde no futuro, pois mesmo que já não tenham de lidar com a pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde são expostos a níveis de stress e pressão muito elevados. A TSDTACSP (7) diz mesmo *“É muito importante ter um maior apoio à saúde mental dos profissionais de saúde no futuro, não só pela COVID-19, mas sim também porque a sanidade mental é essencial para um bom desempenho de um profissional de saúde... Nós não vamos cuidar dos outros se não cuidarmos de nós primeiro. Acho que é essencial e acho que deve haver um investimento para garantir a qualidade da saúde mental dos profissionais de saúde”*. Reconhecem também que, ainda que tenham estado diretamente envolvidos no combate à pandemia de COVID-19, existem outras profissões na área da saúde, como médicos ou enfermeiros, que estiveram expostos a níveis de stress e pressão muito mais elevados e que, se em algum momento consideraram recorrer a ajuda psicológica, estes grupos de profissionais ainda devem ter estado em condições piores, como nos diz, por exemplo, a TSDTACSP (2) – *“Quem trabalha num hospital e vê pessoas a morrer todos os dias acho que deve ser muito mais complicado do que neste caso para nós... Porque nós bem ou mal estamos ali na nossa ‘bolha’, e não termos que ver determinadas coisas, já é algo muito bom”*.

#### **4.6.5) Avaliação de Estratégias ou Medidas Possíveis de Aplicar**

No final de cada entrevista, foi realizado um exercício com todos os entrevistados que consistia em organizar num *top 5*, por ordem decrescente de importância, algumas das ideias propostas. Foi pedido que, individualmente, justificassem o porquê de escolherem aquela ordem e também o porquê de estarem a excluir as ideias sugeridas. Este exercício foi realizado com o propósito

de tentar explorar a opinião dos entrevistados face a algumas ideias sugeridas por outros estudos e também com o objetivo de tentar que estes partilhassem algumas sugestões de medidas que considerassem relevantes.

Às ideias, depois de organizadas de acordo com a preferência do entrevistado, foi atribuída uma classificação entre 1-5, sendo 5 a ideia que consideram ser mais importante e 1 a que consideram menos importante. Às ideias excluídas do *top 5*, foi atribuída a classificação 0. Posteriormente, foi realizado o somatório das classificações de todos os entrevistados, de modo a priorizar as medidas. Assim, as medidas e) *Obrigatoriedade da existência de um grupo de psicólogos por instituição que esteja disponível para a realização de consultas a profissionais de saúde (desde que dentro do horário de trabalho)*, e a) *Disponibilização de uma linha telefónica gratuita de apoio psicológico somente dirigida e especializada em profissionais de saúde*, foram as preferidas dos entrevistados. Para a medida e), a TSDTACSP (2) diz, por exemplo, “*Aliás, que esteja disponível a consulta não, acho que a consulta devia ser mesmo obrigatória, porque a maior parte das vezes até achamos que não precisamos e depois se formos bem a ver, se calhar não fazia mal*” e a TSDTACSP (4) diz “*Eu como alguém que já fez psicoterapia e tudo mais, as pessoas não têm noção de que ir ao psicólogo faz sempre bem, mesmo que não tenha problemas*”. Em relação à medida a), a TSDTACSP (7) diz que “*Porque acho que numa situação de pânico ou de ansiedade, ou seja, numa situação mais emergente, acho que de todas as opções esta seria a que tinha uma resposta mais imediata*” e a TSDTACSP (11) que “*Acho que muitas vezes o facto de ser linha telefónica e não uma coisa presencial pode fazer com que algumas pessoas não tenham vergonha*”. Segue-se depois a medida g) *Garantia da existência de um chefe de equipa que assuma a responsabilidade de pesquisar todas as semanas sobre novos workshops, palestras ou estudos desenvolvidos sobre a saúde mental dos profissionais de saúde, partilhando com todos os elementos da equipa através de e-mail*, onde a TSDTACSP (4) diz que, à ideia proposta, acrescentaria apenas também o investimento em formação em gestão de pessoas pois “*(...) quando alguém ‘passa’ a chefe e tem essa função, tem que ser uma pessoa que não só desempenha as suas funções em termos técnicos como deve de ser, tem de ser alguém com empatia e que saiba lidar com a equipa. Aqui a maior parte dos chefes tem a sua função técnica, fazem-nas bem, mas na parte humana têm zero empatia*”. O TSDTACSP (12) diz ainda que “*Acho que se queremos órgãos de chefia preocupados com a nossa saúde mental, é preciso que estes sejam devidamente formados e orientados para tal. Esta medida seria muito importante de aplicar*”. As medidas propostas b) *Existência de um portal online que permita a partilha de experiências entre profissionais de saúde no decorrer da pandemia, de forma totalmente anónima, cumprindo*

*sempre o código de ética (comentários sempre revistos por uma equipa especializada antes de serem publicados), d) Prémios monetários adequados e de acordo com a função desempenhada no decorrer da pandemia e f) Existência de uma app com a disponibilização de vários exercícios de mindfulness e possibilidade de conversar através de um chat com psicólogos/psiquiatras (possível de aceder com o número de cédula profissional), tiveram classificações muito semelhantes, de 28, 26 e 25, respetivamente, sendo a c) Utilização de EPIs adequados, com uma fotografia e respetiva identificação do profissional de saúde devidamente visível, do lado externo (aos olhos do paciente), aquela que obteve pior classificação.*

#### **4.7) Testemunho dos Diretores de Serviço**

Após a análise de ambos os testemunhos, é possível verificar que também os DS se sentiram afetados psicologicamente pela pandemia de COVID-19, com a DS (1) dizer “(...) acordava muito cedo, às 5h da manhã, e acordava a pensar no trabalho. Foram cerca de dois meses seguidos nisto... Sem conseguir dormir seguido. Também era notória alguma irritabilidade com as pessoas à minha volta... Depressão em si, não muito... Mas às vezes tinha pouca energia para lidar com as situações (...)” e com o DS (2) a dizer “(...) Ansiedade sim, completamente. E continua... Porque isto de uma pessoa estar sempre a trabalhar e as horas de sono serem reduzidas, realmente não há dúvida que provoca alterações psicológicas. Alguma depressão no sentido de ter algum desalento e tristeza... Algum cansaço... Aquilo que antigamente chamavam de ‘esgotamento’ ... Em que a pessoa já está mesmo cansada disto e já não olha com entusiasmo para o trabalho (...) Esta é sem dúvida a pior fase profissional que já tive precisamente por causa disso”. É também de referir a frustração sentida pelos DS, de muitos dos seus projetos terem sido esquecidos e toda a sua atenção ter sido dedicada à COVID-19 por tempo indeterminado. A DS (1) diz “Passei a estar muito mais focada na COVID-19, ainda que os projetos tenham continuado a avançar. Os projetos avançaram, mas com muito pouca atenção da minha parte. Fiquei com a sensação que estava a fazer mal as coisas (...)” e o DS (2) diz mesmo que essa foi a principal mudança que sentiu, comentando “Muito mais tempo de trabalho e grande parte deste tempo, dedicado à COVID”. As equipas de gestão foram também elas afetadas pela pandemia de COVID-19 e, por essa razão, o primeiro passo consistirá primeiro em garantir que se tem uma equipa estável e saudável mentalmente, para que assim, se pudesse também garantir todo o apoio necessário à equipa.

Ambos confessam que não tiveram nenhum trabalhador a procurar a sua ajuda, mas que se tivessem tido, procurariam ajudá-los com base na experiência pessoal [DS (1) – “Se tivessem vindo ter comigo, a ajuda que poderia oferecer partiria um pouco da experiência pessoal (...)”]

e naquilo que consideram que pudesse de certa forma ajudar [DS (2) – “(...) *agora se teria a resposta mais adequada ou não, não lhe sei dizer... Mas acho que sim, até porque como lhe disse até eu próprio me sentia esgotado, pelo que percebia a situação deles. Agora se teria a melhor resposta exatamente é sempre difícil dizer*”], o que vem demonstrar a falta de formação deste tipo de profissionais em saúde mental e gestão de pessoas, e é concordante com os resultados obtidos das entrevistas aos TSDTACSP. Ainda assim, quando questionados se procuraram investir em apoio mental, ambos responderam que não - a DS (1) confessa que, devido à falta de tempo, foi mesmo algo que não conseguiu dedicar a sua atenção “*Nós tínhamos que estar permanentemente a trabalhar e a verdade é que não havia tempo. Não fazia tempo para lidar com esta questão (...)*” -, o que pode mostrar a necessidade de investir em equipas multidisciplinares que estejam no campo, disponíveis para ajudar neste tipo de situações e no delegar de tarefas, para que, num caso como o da situação pandémica, em que muitas das vezes os órgãos de gestão estão também eles sobrecarregados, a questão da saúde mental, pessoal e dos trabalhadores, não seja nunca esquecida e tenha uma equipa suficientemente sólida para atuar nesse sentido.

## 5) Recomendações

Após a análise detalhada do conteúdo recolhido das entrevistas, e com base em alguns estudos desenvolvidos nacionalmente, e internacionalmente, existem algumas recomendações a sugerir. A grande maioria das críticas surge em torno de variáveis direta, ou indiretamente, relacionadas com a gestão de serviços de saúde, o que leva a querer que, durante a pandemia de COVID-19, e no que diz respeito à saúde mental dos profissionais de saúde, esta terá sido inadequada – o principal erro terá sido, talvez, subvalorizar o impacto que a gestão pode ter sobre a saúde mental dos trabalhadores.

De um modo geral, os problemas detetados que requerem atenção mais emergente estão relacionados, de uma forma ou de outra, com as relações interpessoais e falhas de comunicação. A falta de empatia e reconhecimento, especialmente numa altura de elevado stress e novas dinâmicas de trabalho, com horários e volume de trabalho completamente atípicos, teve impacto na saúde mental dos TSDTACSP. Ainda assim, com a entrevista aos DS, foi possível concluir que também estes estavam, e continuam a estar, com níveis de stress bastante elevados, com rotinas de trabalho totalmente diferentes daquelas que outrora tinham. Talvez por isso, e também pela falta de tempo, a saúde mental dos trabalhadores acabou por ser esquecida. Neste contexto, teria sido importante a criação de equipas multidisciplinares (com, por exemplo, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros especializados ou assistentes sociais) capazes de intervir em situações como estas, podendo até, em situações mais peculiares, assumir a liderança da equipa por um período de tempo, como também já foi sugerido por outros autores noutros países (Grover et al., 2020)(Ornell et al., 2020). Na área da saúde, as posições de chefia carecem, por vezes, de formações mais específicas da área da gestão, como a gestão de pessoas. Numa situação pandémica, em que as condições e estado de espírito dos trabalhadores são completamente alterados, é importante a existência de chefes de equipa devidamente formados e com capacidades suficientes para manterem a equipa motivada e suficientemente à vontade para partilharem qualquer instabilidade emocional que possam estar a sentir - é importante existir uma cultura que promova a partilha emocional entre chefia e colegas, rejeitando qualquer tipo de atitude de desvalorização ou desprezo pelos problemas mentais (Galbraith et al., 2020).

Tal como também já tinha anteriormente sido sugerido, teria sido importante também reforçar a importância da saúde mental, através da disponibilização e divulgação de linhas de apoio psicológico e emocional para profissionais de saúde, em articulação com a medicina do trabalho, sempre que relevante (T. Almeida et al., 2020) – os entrevistados referiram o notório estigma e desprezo pela saúde mental das entidades patronais e medicina do trabalho e, tal como já foi referido por outro estudo realizado em Portugal, a saúde ocupacional tem um papel muito

importante no estado de saúde dos profissionais de saúde (Duarte et al., 2020). Referem que não se sentiam confortáveis em partilhar informação com a medicina do trabalho porque acham que não iam ser devidamente acompanhados ou então por medo de perder o emprego. Por essas razões, sentiram-se bastante abertos à ideia de existirem consultas de psicologia/psicoterapia sempre disponíveis durante o horário de trabalho, garantidas pela entidade patronal.

O medo e a insegurança foram também várias vezes descritos pelos entrevistados. Seria importante ter, para além de chefias suficientemente presentes e disponíveis aos esclarecimento de eventuais questões, uma plataforma que agregasse informação sobre literacia em saúde e sobre os apoios existentes em termos de saúde mental, com comunicação objetiva sobre a pandemia a partir de fontes fidedignas (T. Almeida et al., 2020). Nesta, seria importante disponibilizar, tal como sugerido noutro estudo feito em Portugal, informações como contactos de apoio psiquiátrico e psicológico (como, por exemplo, linhas telefónicas, telemedicina ou teleconsultas)(T. Almeida et al., 2020), e outras informações relacionadas com a saúde mental que permitissem ao profissional de saúde estar informado em tempo real e que lhe permitisse desenvolver capacidades suficientes para avaliar os sintomas em fases iniciais e assim procurar ajuda no momento certo (Galbraith et al., 2020) – foram muitos os entrevistados que, ainda que acusassem claramente sintomas de esgotamento, não recorreram a ajuda por considerarem “normal” aquilo que estavam a sentir. Seria também importante a disponibilização de informação sobre o impacto que hábitos saudáveis, como alimentação, exercício físico, ou ciclos de sono regulares, podem ter sobre a saúde mental, estimulando a sua prática (Vu et al., 2021)(Shah et al., 2020). Para tal ser possível, é necessário a existência de uma equipa de *marketing* e *press* devidamente competentes, que se dediquem não só à divulgação de todos os aspetos já referidos, mas também da importância e contribuição das mais diversas profissões da área da saúde para o combate à pandemia, para que assim, os profissionais de sintam mais reconhecidos pelo público em geral. Nesta fase, é também importante reforçar a importância da digitalização na mitigação do impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde, com sistemas suficientemente desenvolvidos e capazes de acompanhar o profissional à distância, com disponibilização de informações úteis neste contexto – tal como também já foi provado por outro estudo realizado em Portugal (Mendes-Santos et al., 2020), o reconhecimento da saúde mental digital enquanto estratégia, e o conseqüente investimento num plano de saúde mental digital, que englobe investigação, educação, implementação e respetiva avaliação da qualidade terá facilmente efeito sobre o impacto que a pandemia de COVID-19 tem sobre os grupos de maior risco, como, por exemplo, os profissionais de saúde, tornando-os capazes de enfrentar desafios futuros mais facilmente.

## 6) Considerações Finais

Mesmo antes da pandemia de COVID-19, a saúde mental dos profissionais de saúde já era uma preocupação. Com a pandemia, e com as condições de trabalho atípicas, a predisposição para doenças mentais dos profissionais de saúde acabou, tal como seria expectável, por ser maior, como também já aconteceu em situações pandémicas anteriores (Ornell et al., 2020)(Saxena, 2020). Perante os factos, ainda que a gestão de serviços de saúde tenha um papel fulcral na gestão e controlo da saúde mental dos trabalhadores, os TSDTACSP, profissionais de saúde da linha da frente do combate à pandemia de COVID-19, consideram que a resposta aplicada foi inadequada, com uma baixa divulgação das medidas existentes e com a indisponibilização de apoio suficiente. Assim, e respondendo à primeira questão de investigação, é notório o impacto que a pandemia de COVID-19 teve sobre estes. Perante a necessidade de medidas que satisfaçam os profissionais de saúde em termos de saúde mental, e mediante todas as alterações descritas e sentidas por estes no decorrer da pandemia de COVID-19, é notória a emergente necessidade de atuação, com equipas de gestão suficientemente sólidas, informadas e conscientes do problema, devidamente formadas para intervir. A promoção da resiliência dos profissionais de saúde, e a prevenção do agravamento de problemas mentais através da deteção precoce destes, fará com que as equipas reúnam um conjunto de capacidades que lhes permitirá enfrentar desafios futuros com melhores *outcomes*, não só em termos de saúde mental, mas também ao nível da performance da instituição para a qual trabalham. Assim, e acabando por responder à segunda questão à qual se propõe a presente investigação, ainda que a gestão empregue em relação à saúde mental dos profissionais de saúde não tenha sido adequada, é necessário estudar e avaliar a situação, para que assim possam surgir sugestões/recomendações para um melhor desempenho futuro, tal como já foram referidas.

No que diz respeito aos objetivos, considera-se que foram cumpridos na generalidade e que foi possível chegar a conclusões objetivas e substantivas em relação a estes, descritas ao longo da presente dissertação. De referir apenas que, no que diz respeito às diferenças entre o setor privado e setor público, não foram detetadas diferenças significativas no que diz respeito à atuação da instituição em termos de saúde mental dos profissionais de saúde – a única diferença terá sido com a TSDTACSP (2), que trabalha num setor público e tinha acesso a uma plataforma que lhe permitia estar constantemente atualizada sobre o vírus e novas informações. No entanto, por terem sido entrevistados outros TSDTACSP que trabalham no setor público, e nenhum destes ter destacado este acesso facilitado, fez com que essas conclusões não fossem aplicadas a todo o grupo por não serem suficientemente representativas.

Ainda que já existam em Portugal alguns estudos dedicados à avaliação da saúde mental dos profissionais de saúde no decorrer da pandemia de COVID-19, não se conhece publicamente algum especificamente direcionado à saúde mental dos TSDTACSP, supondo-se que esta pesquisa seja original. Também ainda não se conhece estudos que reconheçam a existência de uma relação entre a gestão de serviços de saúde e a saúde mental dos profissionais de saúde, sendo esta dissertação inovadora nesse sentido. Os estudos conhecidos são, além disso, maioritariamente de tipo quantitativo, tendo-se atingido resultados bastante conclusivos e completos pela utilização de um método qualitativo para a recolha e análise dos dados nesta pesquisa. Ainda assim, para estudos futuros, sugere-se a implementação das sugestões indicadas, com subsequente avaliação da conceção destas do ponto de vista dos TSDTACSP (ou dos profissionais de saúde no geral) – poderá ser realizado um estudo quantitativo para quantificar a satisfação dos profissionais de saúde, mas também um estudo qualitativo para avaliar variáveis diferentes, e saber que melhorias devem ocorrer. Também seria importante realizar um estudo, com autores devidamente qualificados na área da saúde mental, que permitisse a avaliação e determinação das alterações psicológicas sentidas – o objetivo desta dissertação não era propriamente determinar e diagnosticar quais as alterações psicológicas dos profissionais de saúde, mas estudar alguns dos sintomas associados, perceber se os TSDTACSP sentiram que a sua saúde mental estava a ser comprometida em algum momento e o que foi feito para tentar atenuar os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental dos destes.

Como limitações ao estudo, é possível apontar a baixa representatividade de indivíduos do género masculino, causada pelo método de “bola de neve” utilizado para recolha da amostra. É de mencionar também o reduzido número de TSDTACSP com filhos que, pela falta de tempo, dificultou a disponibilidade de indivíduos com esse perfil para responder à entrevista. Por último, é de referir que, devido à situação pandémica que ainda atravessamos, não foi possível a realização de entrevistas presenciais e, por isso, ainda que a plataforma *Zoom* tenha permitido contactar com os entrevistados através de vídeo, presencialmente teria sido possível, talvez, captar de forma mais perspicaz outras emoções e reações comportamentais às perguntas que iam sendo colocadas aos entrevistados, já que a linguagem corporal é também importante.

Os profissionais de saúde tiveram um papel fundamental no combate à pandemia de COVID-19, com novos desafios com os quais foram diariamente confrontados e as novas rotinas que tiveram que aprender a gerir. Foram expostos a situações às quais jamais teriam sido, continuando mesmo assim a lutar sempre pelo bem-estar dos seus pacientes. Ainda que, numa situação pandémica a imprevisibilidade seja enorme, a saúde mental dos profissionais de saúde, jamais deverá ser esquecida e não ser considerada prioritária.

## 7) Fontes

Lei n.º 36/98. Diário da República n.º 169/1998: Lei de Saúde Mental. Série I-A de 1998-07-24

Lei n.º 95/2019. Diário da República n.º 169/2019: Lei de Bases da Saúde. Série I de 2019-09-04

Circular Informativa Conjunta n.º 003/CD/100.20.200. República Portuguesa/Direção-Geral da Saúde/INFARMED. Testes Laboratoriais para SARS-CoV-2; Testes Rápidos. 27 de Maio de 2020.

Norma n.º 007/2020. República Portuguesa/Direção-Geral da Saúde. Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). 29 de Março de 2020.

Norma n.º 019/2020. República Portuguesa/Direção-Geral da Saúde. COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2. Atualizada a 22 de Junho de 2021.

Orientação n.º 015/2020. República Portuguesa/Direção-Geral da Saúde. COVID-19: Diagnóstico Laboratorial. Atualizada a 24 de Abril de 2021.

## 8) Referências Bibliográficas

- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M. G., Gusmão, R., Corrêa, B., ... Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1.º Relatório. Em *Nova Medical School - Faculdade de Ciências Médicas*. Obtido de [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)
- Almeida, T., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., ... Vicente, A. (2020). Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19 - SM-COVID-19: Relatório Final. Em *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.18/7245>
- Asghari, A., Naseri, M., Safari, H., Saboory, E., & Parsamanesh, N. (2020). The Novel Insight of SARS-CoV-2 Molecular Biology and Pathogenesis and Therapeutic Options. *DNA and Cell Biology*, 39(10), 1741–1753. <https://doi.org/10.1089/dna.2020.5703>
- Borges, E. M. das N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., & Teixeira, A. A. R. (2021). Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. *Rev Rene*, 22, Artigo e60790. <https://doi.org/https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>
- Braquehais, M. D., Vargas-Cáceres, S., Gómez-Durán, E., Nieva, G., Valero, S., Casas, M., & Bruguera, E. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(9), 613–617. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa207>
- Bryman, A., & Bell, E. (2011). *Business Research Methods* (3ª Edição). Nova Iorque: Oxford University Press Inc.
- Caldas, A. C., Torre, C., Castelão, J., Monteiro, M. da P. L., Lopes, P., & Baptista, T. (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Em *Conselho Nacional de Saúde*. Lisboa.
- Carvalho, Á. (2017). Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns: Enquadramento Global e Nacional e Referência de Recurso em Casos Emergentes. Em *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Chen, W. K., Cheng, Y. C., Chung, Y. T., & Lin, C. C. (2005). The impact of the SARS outbreak on an urban emergency department in Taiwan. *Medical Care*, 43(2), 168–172. <https://doi.org/10.1097/00005650-200502000-00010>
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., ... Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 20(1), 1885. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Emmett, D. (2019). Supply Chains in Healthcare Organizations: Lessons Learned from Recent Shortages. *Hospital topics*, 97(4), 133–138. <https://doi.org/10.1080/00185868.2019.1644264>
- FCT, & AICIB. (2020a). DOCTORATES 4 COVID-19. Obtido 9 de Abril de 2021, de <https://oecd-opsi.org/covid-response/doctorates-4-covid-19/>
- FCT, & AICIB. (2020b). Research 4 COVID-19. Obtido 9 de Abril de 2021, de <https://www.fct.pt/apoiios/research4covid19/index.phtml.en>
- FCT, & AICIB. (2020c). Science4COVID-19. Obtido 9 de Abril de 2021, de

<https://www.science4covid19.pt/en/>

- FCT, & AICIB. (2020d). Science4COVID-19. Obtido 9 de Abril de 2021, de PSICOVIDA app website: <https://www.science4covid19.pt/en/aplicacao-psicovida/>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Francis, J. R. (2020). COVID-19: Implications for Supply Chain Management. *Frontiers of health services management*, 37(1), 33–38. <https://doi.org/10.1097/HAP.0000000000000092>
- Galbraith, N., Boyda, D., McFeeters, D., & Hassan, T. (2020). The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bulletin*, 1–4. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.44>
- Giusti, E. M., Pedroli, E., D’Aniello, G. E., Stramba Badiale, C., Pietrabissa, G., Manna, C., ... Molinari, E. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 11, Artigo 1684. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01684>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *The BMJ*, 368, Artigo m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Grover, S., Dua, D., Sahoo, S., Mehra, A., Nehra, R., & Chakrabarti, S. (2020). Why all COVID-19 hospitals should have mental health professionals: The importance of mental health in a worldwide crisis! *Asian Journal of Psychiatry*, 51, Artigo 102147. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102147>
- Hu, B., Guo, H., Zhou, P., & Shi, Z. L. (2021). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*, 19, 141–154. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
- Hui, D. S., I Azhar, E., Madani, T. A., Ntoumi, F., Kock, R., Dar, O., ... Petersen, E. (2020). The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health — The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 91, 264–266. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.01.009>
- Joshi, G., & Sharma, G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, Artigo 102300. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102300>
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., ... Xiang, Y. T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1732–1738. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>
- Lung, F. W., Lu, Y. C., Chang, Y. Y., & Shu, B. C. (2009). Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: A Follow-up study. *Psychiatric Quarterly*, 80(2), 107–116. <https://doi.org/10.1007/s11126-009-9095-5>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/acta%20med%20port.v29i1.6460>
- Melani Silva, Cristina Queirós, Miguel Cameira, Natália Vara, A. G. (2015). Burnout e

- Engagement em Profissionais de Saúde do Interior-Norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286–298.
- Mendes-Santos, C., Andersson, G., Weiderpass, E., & Santana, R. (2020). Mitigating COVID-19 Impact on the Portuguese Population Mental Health: The Opportunity That Lies in Digital Mental Health. *Frontiers in Public Health*, 8, Artigo 553345. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.553345>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Portugal.
- Ordem dos Psicólogos. (2020). Psicologia na Linha da Frente. *Revista oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses*.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Em *OECD Publishing*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Ornell, F., Halpern, S. C., Paim Kessler, F. H., & de Magalhães Narvaez, J. C. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C. F. (2020). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health and Medicine*, 1, 44–55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Rego, A., Cunha, M. P. e, & Meyer Jr., V. (2019). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 17(2), 43. <https://doi.org/10.12660/rgplp.v17n2.2018.78224>
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & De Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10), 1–29. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 62(10), 783–787. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001987>
- Saxena, S. K. (2020). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutics* (1ª Edição). <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa455>
- Sethi, B. A., Sethi, A., Ali, S., & Aamir, H. S. (2020). Impact of Coronavirus disease (COVID-19) pandemic on health professionals. *Pak J Med Sci*, 36(COVID19-S4):COVID19-S6–S11. <https://doi.org/https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2779>
- Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K., & Patel, R. S. (2020). Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus*, 12(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.7405>
- Vu, D. N., Phan, D. T., Nguyen, H. C., Lan T. H. Le, Nguyen, H. C., Ha, T. H., ... Duong, T. Van. (2021). Impacts of Digital Healthy Diet Literacy and Healthy Eating Behavior on Fear of COVID-19, Changes in Mental Health, and Health-Related Quality of Life among Front-

Line Health Care Workers. *Nutrients*, 13, Artigo 2656.

- Wańkiewicz, P., Szylińska, A., & Rotter, I. (2020). Assessment of mental health factors among health professionals depending on their contact with covid-19 patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 1–8. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165849>
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Obtido de [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)
- WHO. (2003). *Investing in Mental Health*. Obtido de [https://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)
- WHO. (2005). *Promoting Mental Health*. Obtido de [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)
- WHO. (2006). Constitution of the World Health Organization. *Basic Documents, Supplement*, 1–18. <https://doi.org/10.4324/9780203029732>
- Xavier, M., Paixão, I., Mateus, P., Goldschmidt, T., Pires, P., Narigão, M., ... Leuschner, A. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

## 9) Anexos

### Anexo A – Guião de Entrevista Semiestruturada

#### *a) Perfil Sociodemográfico e Outras Variáveis de Triagem*

1. Idade:
2. Género:
3. Zona de residência:
4. Tem filhos?
5. Trabalha no setor público ou privado?
6. Profissão e respetiva função desempenhada:
  - 6.1. Antes da pandemia de COVID-19:
  - 6.2. Depois da pandemia de COVID-19:
7. Já teve COVID-19?
8. No decorrer da pandemia sentiu alguma alteração a nível psicológico?

#### *b) Novas dinâmicas no trabalho*

9. Pensando naquilo que era o seu dia-a-dia no trabalho antes da pandemia de COVID-19, quais diria terem sido as principais mudanças que sentiu?
10. Com essas mudanças sentiu que o seu trabalho se tornou mais ou menos stressante, ou não houve qualquer alteração nesse aspeto?
11. As suas funções mantiveram-se?
12. O seu horário de trabalho foi afetado? E as suas pausas, mantiveram-se?
13. Sentiu que a distribuição do volume de trabalho foi justa entre toda a equipa?

#### *c) Perceção de segurança no trabalho*

14. Sentiu que as infraestruturas do seu local de trabalho foram devidamente adequadas para que se sentisse seguro/a?

15. Sentiu que lhe foram disponibilizados os EPI necessários e adequados? Com que frequência eram trocados?

*d) Valorização no trabalho*

16. Sentiu que o seu trabalho foi devidamente valorizado por parte da chefia?

17. A sua remuneração foi afetada? Recebeu algum tipo de prémio por trabalhar durante a pandemia? Se sim, como se sentiu com esse prémio?

*e) Reconhecimento público da profissão*

18. Como se sentiu ao nível do reconhecimento público comparativamente a outros profissionais de saúde da linha da frente?

19. Como foi lidar com um público cheio de dúvidas e perguntas?

*f) Alterações sentidas a nível pessoal (componente social)*

20. E a nível pessoal, que alterações sentiu na componente social?

21. Sentiu algum receio adicional em estar com amigos pelo facto de ser profissional de saúde? E sentiu algum receio por parte dos mesmos?

*g) Alterações sentidas a nível pessoal (componente familiar)*

22. E a nível pessoal, mas da componente familiar. Que alterações sentiu?

23. Sentiu algum receio adicional em estar com amigos pelo facto de ser profissional de saúde? E sentiu algum receio por parte dos mesmos?

24. [Se tiver filhos] Teve dificuldades em dar acompanhamento ao seu(s) filho(s) durante o período de teleescola? Porquê?

*h) Variação emocional ao longo das diversas fases da pandemia*

25. Consegue indicar-me as principais mudanças que sentiu emocionalmente em cada um dos seguintes períodos?

25.1. Início da pandemia;

25.2. Desconfinamento;

25.3. Segunda/Terceira vaga.

*i) Perceção da doença de COVID-19 [Para quem já esteve infetado]*

26. Como descobriu que estava infetado?

27. Quanto tempo demorou a ser testado desde que sentiu os primeiros sintomas/desde que teve em contacto com alguém infetado?

28. Sentiu algum tipo de discriminação ou pressão por parte dos seus colegas/chefia?

*j) Alterações psicológicas sentidas ou aprofundamento de condições já existentes*

29. Considerando todas estas mudanças, até que ponto sentiu alterações a nível psicológico, como ansiedade, depressão ou outras?

30. Sentiu que essas alterações foram principalmente causadas pela vertente pessoal ou laboral?

30.1. Quais os principais aspetos pessoais/laborais que causaram essas alterações?

31. Já tinha passado por algum episódio desta natureza antes da pandemia ou foi a primeira vez?

31.1. [Se sim] Como compararia esses episódios?

32. Em algum momento recorreu ou considerou recorrer a ajuda psicológica profissional? Porquê?

32.1. [Se Sim] Qual foi a via pela qual obteve essa ajuda? (Linhas telefónicas de apoio psicológico, apoio no trabalho, psicólogo presencial, etc)

32.2. [Se Não] Porquê? (Perceber se teve a ver com o facto de não saber como recorrer)

33. Passou a fazer algo diferente? Por exemplo, os seus hábitos alimentares, mantiveram-se? E o exercício físico?

*k) Partilha emocional entre colegas de trabalho e chefia*

34. Em algum momento comentou essas alterações com os seus colegas de trabalho? Sentiu que alguns dos seus colegas de trabalho também estavam afetados psicologicamente?

35. E comentou essas alterações com a sua chefia?

35.1. [Se Sim] Qual foi a reação e de que forma o tentaram ajudar?

35.2. [Se Não] Porquê?

*l) Importância da Saúde Mental no desempenho no trabalho*

36. Até que ponto sentiu que a sua performance no trabalho foi afetada por questões psicológicas?

37. Em algum momento considerou trocar de trabalho como consequência dessas alterações que sentiu?

*m) Avaliação da resposta dada à Saúde Mental dos profissionais de saúde durante a pandemia*

38. Como avaliaria a resposta e atuação do governo no que diz respeito à saúde mental dos profissionais de saúde? Porquê?

39. Teve conhecimento de algumas medidas ou estudos realizados pelo governo neste sentido? E por instituições privadas? Consegue enumerar algumas?

40. Enquanto profissional de saúde da linha da frente no combate à pandemia, e no que diz respeito aos profissionais de saúde, quais os principais desafios que considera que se atravessaram durante a pandemia? Em relação ao seu serviço, mas também em relação ao próprio país.

41. No que diz respeito à gestão da saúde mental dos profissionais de saúde durante o período de pandemia, o que acha que faltou?

42. Sentiu que os seus colegas de outras instituições estavam a ter um maior apoio no que diz respeito à saúde mental?

43. Acha importante que haja um maior investimento no cuidado da saúde mental dos profissionais de saúde no futuro? Considera que a pandemia COVID-19 pode ter consequências psicológicas apenas a curto ou também longo prazo? Porquê?

44. Se tivesse que atravessar uma nova pandemia, o que acha essencial existir do ponto de vista da saúde mental dos profissionais de saúde? Que medidas são importantes cumprir? Que recursos é importante disponibilizar?

*n) Avaliação de possíveis estratégias ou medidas possíveis de aplicar*

45. Por fim, irei enumerar algumas medidas que poderão ser eficientes no que diz respeito à gestão da saúde mental dos profissionais de saúde no decorrer de uma pandemia (algumas delas aplicadas noutros países durante a pandemia de COVID-19). Destas, quais considera serem aquelas que fazem mais sentido existir, por serem aquelas que, do seu ponto de vista, se iriam traduzir num melhor *outcome*? [exercício com cartões, em que o entrevistado terá de priorizar as medidas de acordo com o seu ponto de vista; será depois explorado o porquê da decisão]

a) Disponibilização de uma linha telefónica gratuita de apoio psicológico somente dirigida e especializada em profissionais de saúde;

b) Existência de um portal online que permita a partilha de experiências entre profissionais de saúde no decorrer da pandemia, de forma totalmente anónima, cumprindo sempre o código de ética (comentários sempre revistos por uma equipa especializada antes de serem publicados);

c) Utilização de EPIs adequados, com uma fotografia e respetiva identificação do profissional de saúde devidamente visível, do lado externo (aos olhos do paciente);

d) Prémios monetários adequados e de acordo com a função desempenhada no decorrer da pandemia;

e) Obrigatoriedade da existência de um grupo de psicólogos por instituição que esteja disponível para a realização de consultas a profissionais de saúde (desde que dentro do horário de trabalho);

f) Existência de uma app com a disponibilização de vários exercícios de *mindfulness* e possibilidade de conversar através de um chat com psicólogos/psiquiatras (possível de aceder com o número de cédula profissional).

g) Garantia da existência de um chefe de equipa que assuma a responsabilidade de pesquisar todas as semanas sobre novos workshops, palestras ou estudos desenvolvidos sobre a saúde mental dos profissionais de saúde, partilhando com todos os elementos da equipa através de e-mail.

## Anexo B – Fatores de Caracterização Sociodemográfica e Outras Variáveis de Triagem

Participante	Idade	Género	Zona de residência	Número de filhos	Setor para o qual trabalha	Profissão/função		Doença COVID-19	Perceção de alterações psicológicas
						Antes da pandemia	Depois da pandemia		
TSDTACSP (1)	25	M	Porto	Nenhum	Privado	CPB	CAC	Não	Sim
TSDTACSP (2)	28	F	Olhão	Nenhum	Público	CPB e LU	CAC e LAC	Não	Sim
TSDTACSP (3)	26	M	Amadora	Nenhum	Privado e Público	CPB e LAR	Trocou de emprego. CPB, CAC e LU	Não	Sim
TSDTACSP (4)	25	F	Lisboa	Nenhum	Privado	CPB	CAC	Não	Sim
TSDTACSP (5)	23	F	Loures	Nenhum	Privado	CPB	LAC	Não	Sim
TSDTACSP (6)	38	F	Loures	Nenhum	Público	CPB e LU	TSCPB e LU	Não	Sim
TSDTACSP (7)	27	F	Oeiras	Nenhum	Privado	CPB	CPB, CAC e LU	Não	Sim
TSDTACSP (8)	22	F	Lisboa	Nenhum	Privado	E	LAC	Não	Sim
TSDTACSP (9)	24	F	Amadora	Nenhum	Privado e Público	CPB e LAR	CPB, CAC e LAR	Não	Sim
TSDTACSP - C (10)	42	F	Lisboa	Nenhum	Privado	CPB	CAC	Não	Sim
TSDTACSP (11)	23	F	Amadora	Nenhum	Privado	E	CPB e CAC	Sim	Sim
TSDTACSP (12)	27	M	Porto	Nenhum	Privado	CPB e LU	CPB, CAC e LU	Não	Sim
TSDTACSP (13)	26	F	Sintra	Nenhum	Público	CPB e LU	Trocou de emprego. CPB, CAC e LU	Sim (2x)	Sim
TSDTACSP (14)	40	F	Odivelas	Dois	Privado	CPB	CPB e CAC	Sim (2x)	Sim
DS (1)	51	F	Cascais	Nenhum	Privado	DOL	DOL	Não	Sim
DS (2)	61	M	Amadora	Quatro	Privado e Público	DS e PU	DS e PU	Não	Sim

Fonte: Elaboração própria.

**Anexo C – Modelo de Análise (Conceitos, Dimensões e Indicadores)**

CONCEITOS	DIMENSÃO	PERGUNTA	INDICADORES
<p><b>Fatores de Caracterização Sociodemográfica e Outras Variáveis de Triagem</b></p>	<p><b>Perfil sociodemográfico e outras variáveis de triagem</b></p>	<p>P1, P2, P3, P4, P5, P6 (P6.1, P6.2), P7, P8</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade;</li> <li>- Género;</li> <li>- Zona de residência;</li> <li>- Agregado familiar;</li> <li>- Setor para o qual trabalha;</li> <li>- Profissão/função;</li> <li>- Doença COVID-19 (Sim/Não);</li> <li>- Perceção de alterações psicológicas no decorrer na pandemia (Sim/Não).</li> </ul>
<p><i>Work-related Burnout</i> (Duarte et al., 2020)</p>	<p><b>Novas dinâmicas no trabalho</b></p>	<p>P9, P10, P11, P12, P13</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de mudanças sentidas no trabalho;</li> <li>- Perceção de nível de stress no trabalho;</li> <li>- Exercício de novas funções;</li> <li>- Alteração do horário de trabalho e respetivas pausas;</li> <li>- Perceção de equidade e justiça na distribuição do volume de trabalho.</li> </ul>
	<p><b>Perceção de segurança no trabalho</b></p>	<p>P14, P15</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequabilidade das infraestruturas à função profissional;</li> <li>- Disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual suficientes;</li> <li>- Disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual de qualidade suficiente.</li> </ul>
	<p><b>Valorização no trabalho</b></p>	<p>P16, P17</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceção de valorização do profissional por parte dos órgãos de chefia;</li> <li>- Alteração da remuneração;</li> <li>- Atribuição de prémios de desempenho.</li> </ul>

<i>Client-related Burnout</i> (Duarte et al., 2020)	<b>Reconhecimento público da profissão</b>	P18, P19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepção de valorização do profissional de saúde por parte do público;</li> <li>- Reconhecimento do profissional de saúde por parte do público.</li> </ul>
<i>Personal Burnout</i> (Duarte et al., 2020)	<b>Alterações sentidas a nível pessoal (componente social)</b>	P20, P21	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteração da frequência com que o profissional de saúde está com os amigos;</li> <li>- Alteração das condições em que o profissional de saúde está com os amigos;</li> <li>- Receio do profissional de saúde em estar com os seus amigos;</li> <li>- Discriminação/medo sentidos pelo profissional de saúde por parte dos amigos.</li> </ul>
	<b>Alterações sentidas a nível pessoal (componente familiar)</b>	P22, P23, P24	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteração da frequência com que o profissional de saúde está com os diferentes elementos familiares;</li> <li>- Alteração das condições em que o profissional de saúde está com a família;</li> <li>- Receio do profissional de saúde em estar com a família;</li> <li>- Dificuldade em acompanhar os filhos durante o período teleescola.</li> </ul>
<b>Pandemia COVID-19</b> (Galbraith et al., 2020) (Grover et al., 2020) (Ornell et al., 2020)	<b>Variação emocional ao longo das diversas fases da pandemia</b>	P25 (25.1, 25.2, 25.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Variação emocional entre diferentes períodos da pandemia;</li> <li>- Variação dos desafios em termos de saúde mental conforme os diversos períodos enfrentados.</li> </ul>
	<b>Percepção da doença COVID-19</b>	P26, P27, P28	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medo de contrair a doença COVID-19;</li> <li>- Sentimento de “culpa” após descobrir que estava infetado;</li> <li>- Sentimento de “impotência” após sentir que estava infetado;</li> <li>- Discriminação/pressão por parte dos colegas de trabalho após descobrir que estava infetado;</li> </ul>

			- Discriminação/pressão por parte da chefia após descobrir que estava infectado.
<b>Saúde Mental dos Profissionais de Saúde</b> (T. Almeida et al., 2020) (Duarte et al., 2020) (Giusti et al., 2020) (Grover et al., 2020) (Ornell et al., 2020) (Sethi et al., 2020)	<b>Alterações psicológicas sentidas ou aprofundamento de condições já existentes</b>	P29, P30 (P30.1), P31 (P31.1), P32 (32.1, 32.2), P33	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de alterações psicológicas sentidas;</li> <li>- Alterações psicológicas sentidas como consequência da vertente laboral;</li> <li>- Alterações psicológicas sentidas como consequência da vertente pessoal;</li> <li>- Aquisição de novas alterações psicológicas;</li> <li>- Aprofundamento de condições psicológicas pré-existentes;</li> <li>- Necessidade de recorrer a ajuda psicológica profissional;</li> <li>- Aquisição de novos hábitos alimentares;</li> <li>- Frequência com que pratica exercício físico;</li> <li>- Aquisição de novos hábitos saudáveis.</li> </ul>
	<b>Partilha emocional entre colegas de trabalho e chefia</b>	P34, P35 (P35.1, P35.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de relação com os colegas de trabalho;</li> <li>- Tipo de relação com a chefia;</li> <li>- Abertura para partilhar assuntos relacionados com a sua saúde mental com órgãos de chefia;</li> <li>- Capacidade das chefias de lidarem com problemas relacionados com a saúde mental dos trabalhadores.</li> </ul>
	<b>Importância da Saúde Mental no desempenho no trabalho</b>	P36, P37	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução da produtividade;</li> <li>- Aumento do erro humano;</li> <li>- Desinteresse pelo trabalho;</li> <li>- Falta de motivação para ir trabalhar.</li> </ul>
	<b>Avaliação da resposta dada à Saúde Mental dos profissionais de saúde durante a pandemia</b>	P38, P39, P40, P41, P42, P43, P44	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de resposta dada pelo estado em relação à saúde mental dos profissionais de saúde;</li> <li>- Número de medidas implementadas no setor público em termos de saúde mental dos profissionais de saúde;</li> <li>- Número de estratégias desenvolvidas no setor público em termos de saúde mental dos profissionais de saúde;</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de medidas implementadas no setor privado em termos de saúde mental dos profissionais de saúde;</li> <li>- Número de estratégias desenvolvidas no setor privado em termos de saúde mental dos profissionais de saúde;</li> <li>- Número de estudos relacionados com a saúde mental dos profissionais de saúde realizados;</li> <li>- Tipo de desafios com os quais os profissionais de saúde foram confrontados durante a pandemia;</li> <li>- Importância no investimento na saúde mental dos profissionais de saúde.</li> </ul>
	<p><b>Avaliação de possíveis estratégias ou medidas possíveis de aplicar</b></p>	P45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organização em ordem decrescente de importância para o profissional de saúde de possíveis sugestões a aplicar no futuro no que diz respeito à saúde mental dos profissionais de saúde.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria.

## Anexo D – Variação Emocional dos TSDTACSP no Decorrer da Pandemia

		Sentimento descrito		
Fase da pandemia		Início	Desconfinamento	Segunda e Terceira vaga
<b>Entrevistado</b>	<b>TSDTACSP (1)</b>	Medo; Solidão	Alívio; Descontração	Ansiedade; Cansaço
	<b>TSDTACSP (2)</b>	Ansiedade; Medo	Irritação	Cansaço
	<b>TSDTACSP (3)</b>	Medo; Solidão	Esperança	Cansaço; Desilusão
	<b>TSDTACSP (4)</b>	Medo	Êxtase	Ansiedade; Medo
	<b>TSDTACSP (5)</b>	Medo	Alívio	Desmotivação
	<b>TSDTACSP (6)</b>	Medo	Esperança	Cansaço; Desilusão
	<b>TSDTACSP (7)</b>	Frustração; Incerteza	Liberdade	Desmotivação; Pressão
	<b>TSDTACSP (8)</b>	Incerteza; Medo	Irritação	Cansaço; Desgaste; Pressão
	<b>TSDTACSP (9)</b>	Incerteza; Medo	Alívio; Descontração;	Desespero; Desilusão
	<b>TSDTACSP (10)</b>	Ansiedade; Pânico	Alegria; Descontração	Cansaço; Irritação
	<b>TSDTACSP (11)</b>	Frustração	Liberdade	Cansaço; Desilusão
	<b>TSDTACSP (12)</b>	Incerteza; Medo	Alívio; Descontração	Ansiedade; Cansaço; Irritação
	<b>TSDTACSP (13)</b>	Insegurança	Descontração; Liberdade	Cansaço
	<b>TSDTACSP (14)</b>	Medo	Alívio	Ansiedade; Irritação

Fonte: Elaboração própria.

**Anexo E – Avaliação por Parte dos TSDTACSP de Estratégias ou Medidas Possíveis de Aplicar**

		Estratégia/Medida proposta						
		a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)
<b>Entrevistados</b>	<b>TSDTACSP (1)</b>	5	1	2	3	4	0	0
	<b>TSDTACSP (2)</b>	4	3	0	2	5	1	0
	<b>TSDTACSP (3)</b>	3	0	1	5	4	0	2
	<b>TSDTACSP (4)</b>	3	2	0	0	4	1	5
	<b>TSDTACSP (5)</b>	0	3	2	1	5	4	0
	<b>TSDTACSP (6)</b>	2	0	4	3	5	1	0
	<b>TSDTACSP (7)</b>	5	2	0	1	4	3	0
	<b>TSDTACSP (8)</b>	0	3	5	1	2	4	0
	<b>TSDTACSP (9)</b>	0	5	0	1	2	3	4
	<b>TSDTACSP (10)</b>	5	0	1	2	0	4	3
	<b>TSDTACSP (11)</b>	4	0	3	1	5	2	0
	<b>TSDTACSP (12)</b>	0	1	2	3	5	0	4
	<b>TSDTACSP (13)</b>	5	4	0	2	3	0	1
	<b>TSDTACSP (14)</b>	5	4	0	1	3	2	0
<b>Pontuação total</b>		41	28	20	26	51	25	37

**Legenda:**

	Classificação entre 4 e 5
	Classificação entre 2 e 3
	Classificação entre 0 e 1

**Fonte:** Elaboração própria.

## Anexo F – Problema Identificado vs. Solução/Recomendação Proposta

Problema identificado	Sugestão/Recomendação	Equipas de intervenção	Autores
<p><b>Falta de pausas suficientes</b></p>	<p><u>População em geral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apelar à sensibilidade da população – lembrar que os profissionais estão a dar o melhor que podem e estão sobrecarregados; alertar para os tempos de espera que podem ser mais prolongados que o habitual;</li> <li>- Utilização dos sistemas de marcação para um maior controlo sobre o número de clientes diário e também para que seja possível a existência “espaços vazios” para os TSDTACSP pausarem.</li> </ul> <p><u>Profissionais de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforçar a importância das pausas para um melhor desempenho do profissional;</li> <li>- Reforçar a importância da hidratação, alimentação saudável, ciclos de sono e exercício físico na saúde mental;</li> <li>- Garantia da existência de um espaço em que os profissionais possam descansar, fazer as suas refeições ou falar com a família (inserido no próprio local de trabalho ou no exterior, como num hotel);</li> <li>- Formação dos chefes de equipa acerca da importância das pausas para o melhor desempenho do profissional e para a saúde mental destes. Existência de chefes de equipa que monitorizem e reforcem a importância das pausas vários elementos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas multidisciplinares (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros especializados, assistentes sociais);</li> <li>- Equipas de gestão.</li> </ul>	<p>(Braquehais et al., 2020) (Grover et al., 2020) (Shah et al., 2020) (Vu et al., 2021) (Wańkowitz et al., 2020)</p>

<p><b>Incapacidade de responder às dúvidas dos clientes</b></p>	<p><u>População em geral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investimento em campanhas de divulgação de informação acerca do vírus;</li> <li>- Divulgação dos sites ou outros locais onde a população possa encontrar toda a informação disponível.</li> </ul> <p><u>Profissionais de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chefes de equipa/chefias mais presentes e disponíveis para o esclarecimento de dúvidas ou questões que os profissionais não se sintam suficientemente confortáveis em fazê-lo;</li> <li>- Criação de plataformas a que os profissionais de saúde possam consultar informações atualizadas sobre o vírus e outras informações relevantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas de <i>marketing e press</i>;</li> <li>- Equipas de engenheiros informáticos, programadores e outros profissionais relevantes;</li> <li>- Equipas de gestão.</li> </ul>	<p>(T. Almeida et al., 2020) (Joshi &amp; Sharma, 2020) (Li et al., 2020) (Shah et al., 2020)</p>
<p><b>Medo de contrair a infeção/Medo de estar a transmitir a infeção</b></p>	<p><u>População em geral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar sobre todas as precauções necessárias e correta utilização de EPIs.</li> </ul> <p><u>Profissionais de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilização de equipas multidisciplinares, presenciais ou online, com as quais o profissional de saúde possa facilmente contactar;</li> <li>- Garantir formação sobre a utilização dos EPIs (por exemplo, que tipo de EPIs utilizar consoante as diferentes situações e também de quanto em quanto tempo é necessário trocar);</li> <li>- Garantir a existência de EPIs suficientes e com a qualidade necessária;</li> <li>- Estudar e avaliar quais as principais preocupações dos profissionais de saúde, com equipas multidisciplinares e devidamente formadas na área;</li> <li>- No caso de profissionais a exercerem novas funções relacionadas com a COVID-19, investir numa formação devidamente adequada à nova função, para que este se sinta devidamente apoiado e seguro;</li> <li>- Existência de infraestruturas devidamente adaptadas para que o profissional de sinta seguro a exercer a sua função.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas multidisciplinares (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros especializados, assistentes sociais);</li> <li>- Equipas de <i>marketing e press</i>;</li> <li>- Equipas especializadas no processo de desinfeção (auxiliares/assistentes operacionais);</li> <li>- Equipas de gestão.</li> </ul>	<p>(Emmett, 2019) (Francis, 2020) (Grover et al., 2020) (Ornell et al., 2020)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de chefes de equipa/chefia que mantenham a equipa motivada e recetivos às necessidades dos profissionais de saúde, investindo, para isso, também em formações, como por exemplo, gestão de pessoas ou de <i>skills</i> de comunicação;</li> <li>- Contratação de profissionais especializados para auxiliarem no processo de limpeza e desinfeção;</li> <li>- Testagem garantida pela entidade patronal sempre que necessário.</li> </ul>		
<b>Utilização diária de EPIs</b>	<p><u>Profissionais de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formar os profissionais sobre a utilização de EPIs, para que estes sintam devidamente seguros com a utilização destes;</li> <li>- Informar sobre a importância das pausas e da hidratação;</li> <li>- Abolição de turnos demasiado longos em profissionais que tenham de utilizar fatos de corpo inteiro o tempo todo – implementar pausas obrigatórias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas multidisciplinares (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros especializados, assistentes sociais);</li> <li>- Equipas de gestão.</li> </ul>	<p>(Grover et al., 2020) (Ornell et al., 2020) (Vu et al., 2021) (Wańkiewicz et al., 2020)</p>
<b>Falta de material</b>	<p><u>Profissionais de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar o número de fornecedores (e ter, também, fornecedores de reserva) e a capacidade de armazenamento;</li> <li>- Garantir a existência de um <i>stock</i> de segurança;</li> <li>- Desenvolvimento e atualização de planos robustos de <i>business continuity</i>;</li> <li>- Existência de uma cultura <i>agile</i> e inovadora da <i>supply chain</i>;</li> <li>- Utilização de impressoras 3D para a criação de material específico;</li> <li>- Investir em tecnologia, para que o <i>stock</i> esteja constantemente e devidamente atualizado em tempo real;</li> <li>- Ter a segurança dos trabalhadores como prioridade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas de gestão;</li> <li>- Equipas de engenheiros especializados e outros profissionais relevantes.</li> </ul>	<p>(Emmett, 2019) (Francis, 2020)</p>
<b>Elevado volume de trabalho/Horários</b>	<p><u>Profissionais de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investir na automatização e na respetiva formação dos profissionais de saúde nos novos equipamentos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas multidisciplinares (psicólogos,</li> </ul>	<p>(T. Almeida et al., 2020)</p>

<p><b>de trabalho exagerados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgação de exercícios de técnicas de <i>mindfulness</i>, de medicação, protocolos de prevenção do <i>burnout</i>, criação de grupos terapêuticos, estratégias de controlo de stress, entre outros;</li> <li>- Limitação de horas semanais ou, perante a impossibilidade disso, garantia de um dia de folga após determinado número de horas completas;</li> <li>- Testagem em massa dos funcionários para evitar baixas desnecessárias.</li> </ul>	<p>psiquiatras, enfermeiros especializados, assistentes sociais);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas de <i>marketing</i> e <i>press</i>;</li> <li>- Equipas de engenheiros informáticos e outros profissionais revelantes;</li> <li>- Equipas de gestão.</li> </ul>	<p>(Galbraith et al., 2020) (Grover et al., 2020) (Joshi &amp; Sharma, 2020) (Mendes-Santos et al., 2020) (Ornell et al., 2020)</p>
<p><b>Distribuição do Volume de Trabalho</b></p>	<p><u>Profissionais de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de reuniões com regularidade em que os trabalhadores sejam convidados a partilhar as suas emoções e sugestões;</li> <li>- Incentivar a partilha emocional e menosprezar qualquer tipo de atitudes que descredibilizem de alguma forma a saúde mental;</li> <li>- Garantir a rotatividade entre os elementos das equipas;</li> <li>- Substituição dos elementos em falta (por exemplo, substituir todos os elementos que se encontrem em apoio à família ou que se encontrem infetados com a COVID-19).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas multidisciplinares (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros especializados, assistentes sociais);</li> <li>- Equipas de recursos humanos;</li> <li>- Equipas de gestão.</li> </ul>	<p>(Duarte et al., 2020) (Grover et al., 2020) (Ornell et al., 2020)</p>
<p><b>Adaptação de infraestruturas</b></p>	<p><u>Profissionais de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de espaços destinados aos novos tipos de colheita (não realizar colheitas de produtos biológicos no mesmo local das colheitas COVID);</li> <li>- Garantia de espaços devidamente ventilados;</li> <li>- Garantia de um espaço para o profissional de saúde poder fazer as suas pausas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas de gestão.</li> </ul>	<p>(Grover et al., 2020) (Ornell et al., 2020) (Vu et al., 2021)</p>

	- No caso de colheitas <i>Drive-Thru</i> , garantir condições adequadas (com, por exemplo, toldos que protejam das condições atmosféricas adversas).		(Wańkowitz et al., 2020)
<b>Valorização no trabalho</b>	<u>Profissionais de saúde:</u> - Informar as chefias sobre a importância e impacto da valorização do trabalhador sobre o seu desempenho e saúde mental; - Existência de prémios monetários adequados às funções desempenhadas; - Implementação de reuniões que permitam esta partilha ser mais constante; - Aceitação por parte dos órgãos de chefia das sugestões dos trabalhadores mais frequentemente; - Reforçar a importância do feedback no desempenho do profissional e desempenho profissional deste.	- Equipas multidisciplinares (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros especializados, assistentes sociais); - Equipas de gestão.	(Grover et al., 2020) (Ornell et al., 2020)
<b>Reconhecimento público da profissão</b>	<u>População em geral:</u> - Investir na divulgação das diferentes profissões existentes na área da saúde, explicando qual o seu papel na pandemia de COVID-19 (não só nos <i>media</i> , mas ao nível da própria instituição, com, por exemplo, a colocação de cartazes); - Apelar à sensibilidade do público em geral, lembrando-os que os profissionais de saúde estão a fazer o melhor que podem para lhes garantir a melhor resposta possível, não sendo justas atitudes rudes ou comportamentos negativos contra estes.	- Equipas de <i>marketing</i> e <i>press</i> ; - Equipas de gestão.	(Galbraith et al., 2020) (Grover et al., 2020) (Ornell et al., 2020)
<b>Falta de partilha emocional entre colegas e chefia</b>	<u>Profissionais de saúde:</u> - Implementação de reuniões com regularidade; - Incentivar a partilha emocional entre colegas. Deve ser criada uma cultura que encoraje uma comunicação aberta e com a redução do estigma associado à vulnerabilidade psicológica; - Caso seja necessário, liderança temporariamente assumida por profissionais devidamente especializados em saúde mental (equipas multidisciplinares).	- Equipas multidisciplinares (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros especializados, assistentes sociais); - Equipas de gestão.	(Duarte et al., 2020) (Grover et al., 2020) (Ornell et al., 2020)

<p><b>Falta de apoio e informação sobre saúde mental</b></p>	<p><u>Profissionais de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investimento emergente em saúde mental (integrando-a, por exemplo, nas consultas de medicina do trabalho/saúde ocupacional);</li> <li>- Aumento da divulgação de ações e estratégias implementadas em termos de saúde mental;</li> <li>- Divulgação de materiais informativos e psicoeducacionais acerca da identificação física e emocional de problemas de saúde mental;</li> <li>- Divulgação de instrumentos que permitam a monitorização e identificação de sintomas ainda em fase inicial;</li> <li>- Desenvolvimento de uma plataforma onde os profissionais de saúde possam encontrar todo o apoio em termos de saúde mental;</li> <li>- Divulgação de informação acerca do apoio psicológico existente e como aceder.</li> <li>- Continuar a disponibilizar ou retomar linhas de apoio psicológico e emocional para os profissionais de saúde, em articulação com a medicina do trabalho, sempre que relevante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipas multidisciplinares (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros especializados, assistentes sociais);</li> <li>- Equipas de <i>marketing e press</i>;</li> <li>- Equipas de engenheiros informáticos, programadores e outros profissionais relevantes;</li> <li>- Equipas de gestão.</li> </ul>	<p>(T. Almeida et al., 2020) (Galbraith et al., 2020) (Grover et al., 2020) (Joshi &amp; Sharma, 2020) (Li et al., 2020) (Ornell et al., 2020) (Shah et al., 2020)</p>
--	--	---	--

Fonte: Elaboração própria.