



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TEMPO DE PANDEMIA:
O PAPEL DO SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

Maria Isabel Barros Ramos

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento

Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Fevereiro 2022



**BUSINESS
SCHOOL**

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TEMPO DE PANDEMIA:
O PAPEL DO SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

Maria Isabel Barros Ramos

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento

Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Fevereiro 2022

Agradecimentos

É impossível omitir que esta dissertação é pensada para dar resposta às dificuldades sentidas num momento único e particularmente difícil das nossas vidas - o contexto da pandemia COVID-19. Um quotidiano profissional modificado e altamente vivenciado em que não foram raros os dias de sofrimento e de angústia a ele associados.

À minha orientadora, Professora Generosa do Nascimento, o meu enorme agradecimento pela dedicação, paciência, tolerância, pela palavra amiga e por aquela calma tão necessária para prosseguir este longo caminho.

Ao Doutor Tobias R. Spiller M.D. da Universidade de Zurique, o meu reconhecimento pela amabilidade ao me ceder o questionário, aplicado a profissionais de saúde na Suíça.

À Professora Cláudia Rita Phillipart e ao Bruno Pires, quero agradecer o apoio dado para a concretização deste projeto.

E, por fim quero manifestar a minha gratidão, a toda a minha família, em especial, à Sandra, ao Tomás, à Ana, e aos meus filhos, à Catarina, à Sofia e ao Francisco, que me incentivaram a continuar este trabalho, pois sem eles teria sido impossível concretizá-lo. Uma palavra especial ao Fernando, pelo estímulo na finalização deste estudo.

A grande pressão de trabalho, e envolvimento diário com os Profissionais de Saúde, no acompanhamento devido à infeção ao SARS-COV2, foi complexa. Existiram sucessivas interrupções na escrita desta dissertação, e daí a dificuldade inerente a um tempo adequado para prosseguir este trabalho de forma constante

Resumo

O impacto psicológico, resultante da pandemia COVID -19 na saúde mental dos profissionais de saúde, tem sido tema com relevância global, amplamente discutido por diversos setores, com repercussões, não só a nível do seu desempenho, mas também, como no equilíbrio da própria saúde.

A presente dissertação procura, em primeiro lugar, avaliar as consequências desta pandemia nos profissionais de saúde, assim como analisar o comportamento do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO), que os protege. A função primordial consistiu questionar os profissionais, no plano do bem-estar físico, mental e psicológico, em período pandémico.

Foram assim, examinados vários estudos, dos quais se aplicou um questionário internacional, adaptado à nossa realidade, cedido pelo próprio autor, que teve por objetivo interrogar e dar resposta às dificuldades sentidas. Neste contexto, a abordagem focalizou-se em um Centro Hospitalar, o maior da região de Lisboa, em número de profissionais e em dimensão. Foi um desafio motivador durante o final da 3ª vaga da pandemia, analisar o impacto na saúde mental, ansiedade, depressão e *burnout*, decorrentes da relação entre o acréscimo de horas de trabalho e diminuição de tempo de descanso. Daí houve uma repercussão na vida diária dos profissionais e no papel desempenhado pelo serviço (SSO).

Os resultados obtidos demonstraram que os profissionais com a saúde mental mais fragilizada, foram aqueles que tiveram menos horas de sono, tiveram dificuldade em adormecer, sentindo-se por isso esgotados e intranquilos, tendo sido mais afetadas as faixas etárias dos 40 - 49 anos.

Por último, foram efetuadas algumas sugestões de melhoria para SSO do Centro Hospitalar em análise, esperando ainda que este trabalho possa contribuir para a implementação de uma proposta de um sistema de vigilância para a saúde mental dos profissionais.

Palavras-chave: profissionais de saúde; saúde mental; pandemia; comunicação; horário laboral; serviço de saúde ocupacional.

JEL Classification System:

I 18 Public health; I 12 health behavior.

J Labor and demographic economics; J 44 Professionals labor and markets.

Abstract

The psychological impact of the covid-19 pandemic on the mental health of health professionals has been a topic with global relevance and widely discussed by others with repercussions not only in terms of their performance, but also in the balance of their own health.

In this context, the present dissertation, was in the first place designed for health professionals, but also thought of in the response of a service that takes care of these professionals and where I currently find myself inserted, with the mission and task of understanding these same professionals at the level of physical, mental and psychological well-being in a pandemic period. Subsequently, several studies were analyzed until the implementation of an international questionnaire adapted to our reality, consented, and informed by the author himself, with the objective of better understanding and responding to the identified problems. In this context, the approach of a Hospital Center, the largest in the Lisbon region in number of professionals and in size, was a motivating challenge during the end of the 3rd wave of the pandemic to analyze the impact of mental health, anxiety, depression and burnout on the relationship with the increase in hours worked and the relationship with sleep and its impact on daily life and the role played by the service that takes care of and responds to the difficulties of health professionals.

The results obtained show that professionals with worse mental health were those who had fewer hours of sleep, in terms of difficulty falling asleep, feeling exhausted and restless. The age groups of 40 - 49 years were more affected. It should also be noted that in the observations proposed for improvement, emphasis is on a power model in the vaccination and testing process, improved communication and proximity and even greater proactivity. In short, a corporate governance model is demanded at the level of processes and people.

Keywords: health professionals; mental health; proximity; Communication; working hours/load; occupational health service

JEL Classification System:

I 18 Public health; I 12 health behavior;

J Labor and demographic economics; J 44 Professionals labor and markets;

Índice

1. Introdução	1
2. Revisão da Literatura	6
2.1. As pandemias	6
2.2 Pandemia COVID-19	8
2.3 Impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde- Médicos e Enfermeiros do SNS.	9
2.4 A importância do serviço de saúde ocupacional na resposta à ansiedade e impacto emocional dos profissionais de saúde	12
2.5. Dificuldades decorrentes desse impacto psicológico na gestão hospitalar durante a pandemia	16
3. Metodologia	22
3.1 Método	22
3.2 Caracterização da população	22
3.3 Técnica de Recolha de dados	23
3.4 Procedimento para a recolha de dados	25
3.5 Técnicas de tratamento de dados	25
4. Caracterização do Estudo de Caso: Os Serviços de Emergência do Centro Hospitalar de Lisboa Central	27
4.1 O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central	27
4.2 O Serviço de Saúde Ocupacional do CHULC	31
4.3 Papel da Saúde Ocupacional na Pandemia COVID-19	32
5. Resultados e Discussão	34
5.1 Taxa de resposta	34
5.2 <i>Burnout</i> e ansiedade e depressão	42
5.3 Análise estatística das diferentes variáveis em estudo	49
6. Conclusões	56
Referências Bibliográficas	60
Anexos	65

Índice de Tabelas

Tabela 2.1-Número de camas abertas.....	19
Tabela 2.2-Evolução do número de camas por doentes COVID-19.....	19
Tabela 2.3-Número total de doentes admitidos até março de 2021.....	21
Tabela 3.1 Caracterização da população Serviço de urgência e da Unidade de cuidados intensivos dos profissionais de saúde do CHULC, EPE.....	23
Tabela 3.2 Sessões do questionário e respetivos objetivos.....	24
Tabela 4.1 Distribuição dos trabalhadores do CHULC infetados por polo hospitalar.....	33
Tabela 4.2 Distribuição de médicos e enfermeiros infetados COVID-19 nos serviços de Urgência+UCI.....	33
Tabela 5.1 Resultados do inquérito referentes à informação demográfica (frequências absolutas e percentagens)	35
Tabela 5.2 Resultados do inquérito referentes ao trabalho/emprego (frequências absolutas e percentagens)	36
Tabela 5.3 Resultados do inquérito referentes à carga horária (frequências absolutas e percentagens)	38
Tabela.5.4 Respostas ao questionário relativo à exposição ao COVID-19. (frequências absolutas e percentagens)	42
Tabela.5.5-Respostas ao questionário relativo ao Espaço e Proximidade ao COVID-19.....	42
Tabela 5.6-Respostas do questionário relativo à solidão. (frequências absolutas e percentagens)	45
Tabela 5.7- Respostas do questionário relativo à vacinação. (frequências absolutas e percentagens)	46
Tabela 5.8– Resultados da frequência absoluta em relação ao apoio por parte do Serviço de Saúde Ocupacional (Escala a de 1 = mau a 5 excelente)	47
Tabela 5.9 – Categorias, unidades de análise e respetiva frequência e %, referentes à questão sobre sugestões de melhorias e identificação de pontos fortes e fracos sobre o serviço de saúde ocupacional.....	48
Tabela 5.10 - Categorias e respetiva frequência em %, referentes à questão sobre comentários adicionais ao inquérito.....	49

Tabela 5.11 – Resultados do teste ANOVA referentes à relação entre as variáveis mais relevantes que refletem o estado mental dos profissionais. *Valor $p < 0.10$ implica diferença significativa.....	50
Tabela 5.12 – Resultados do teste ANOVA referentes à relação entre as variáveis mais relevantes que refletem o estado mental dos profissionais e o indivíduo contraiu COVID-19 e se o indivíduo frequenta espaços de tratamento de pacientes COVID. *Valor $p < 0.1$ implica diferença significativa.....	51
Tabela 5.13 – Resultados do teste ANOVA referentes à relação entre as variáveis mais relevantes que refletem o estado mental dos profissionais e as horas de trabalho. Valor $p < 0.10$ implica diferença significativa	52
Tabela 5.14 – Resultados do teste ANOVA referentes à relação entre as variáveis mais relevantes que refletem o estado mental dos profissionais e as doenças dos profissionais. Valor $p < 0.10$ implica diferença significativa.....	54

Índice de Figuras

Figura 4.1. Organigrama do Serviço de Saúde Ocupacional do CHULC a dezembro de 2020.....	31
Figura 5.1 Data das respostas ao questionário.....	34
Figura 5.2 Resultados do questionário referentes à informação demográfica: Percentagem de homens e mulheres, b) crianças em casa e c) profissão dos respondentes.....	36
Figure 5.3 a) Anos de experiência profissional e b) Distribuição dos anos de trabalho dos participantes no inquérito.....	37
Figura 5.4 – Comparação de horas de trabalho na última semana e nas horas de trabalho habitual.....	39
Figure 5.5 – a) Diferenças ao número de horas de trabalho por dia (na época normal) e na última semana por género e profissão e b) Variação nas horas de trabalho na época normal e na última semana.....	41
Figure 5.6 – Respostas em relação ao número de horas em média que dormiram os respondentes na última semana.....	41
Figura 5.7 – Resultado às 5 questões referentes à situação de trabalho durante a pandemia. Escala de Likert: 1 = nem um pouco a 7 = absoluto.....	43
Figure 5.8 - Resultado às 2 questões referentes à situação de <i>Burnout</i> . Escala de Likert: 1 = muito pouco a 6 todos os dias.....	43
Figure 5.9- Resultado às 2 questões referentes à situação de Ansiedade. Escala de Likert: 0 = muito pouco a 3 quase todos os dias.....	44
Figure 5.10 Resultado às 9 questões referentes à situação de Depressão – PHQ-9. Escala de Likert: 0 = muito a 3 quase todos os dias.....	45

Siglas e acrónimos

CA	Conselho de Administração
CHULC	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
COVID-19	Doença pelo SARS-COV2
CH	Centro Hospitalar
EUA	Estados Unidos da América
EPE	Entidade Pública Empresarial
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HCC	Hospital de Curry Cabral
HDE	Hospital Dona Estefânia
HSAC	Hospital de Santo António dos Capuchos
HSM	Hospital de Santa Marta
HSJ	Hospital de São José
MAC	Maternidade Alfredo da Costa
OMS	Organização Mundial de Saúde
SARS-COV2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SSO	Serviço de Saúde Ocupacional
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SO	Saúde Ocupacional
UAU	Unidade de Atendimento Urgente
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
WHO	World Health Organization

1. Introdução

A existência de uma Pandemia é considerada como um dos piores cenários para a saúde humana. É caracterizada quando a doença se generaliza pelos indivíduos, tem localização em diversas regiões geográficas e atinge todo o nosso planeta. O contágio tem gigantescas proporções letais com repercussão económica, demográfica e política. A História ao longo dos tempos expressa bem e desde os tempos da antiguidade até a. C. e após a descrição das pandemias é o exemplo da Praga Justiniana, como uma das mais mortíferas que vitimou 50 milhões de pessoas, cerca de 26 % da população mundial, metade da População europeia (Barata, 2020).

Nos últimos anos, não houve uma preocupação mundial, nem dos estados, a nível político, social e demográfico para salvaguardar uma nova pandemia com a dimensão conhecida da do princípio do século passado, a pandemia da gripe de 1918 que levou a uma redução de 18% na produção industrial. Esses padrões são consistentes com a noção de que as pandemias deprimem a atividade económica por meio de reduções na oferta e na procura (Eichenbaum *et al.*, 2021).

Podemos por isso associar as pandemias, a profissionais de saúde e um profissional de saúde é, em geral, qualificado como alguém que exerce uma atividade nos domínios das ciências ligadas à saúde humana. Associamos a esta prática profissional, os médicos, em primeiro lugar, coadjuvados por enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc., mas também podíamos incluir nesta caracterização os nutricionistas, os técnicos de imagiologia e os psicólogos.

Quando nos referimos a um profissional de saúde, estamos imediatamente a pensar em espaços muito concretos – hospitais públicos e privados, clínicas, centros de saúde, consultórios – que acolhem este desempenho profissional.

Sem discriminar naturalmente as rotinas quotidianas de cada um dos profissionais, adstritos a diversos recintos – hospitais, clínicas, centros, etc. – e localizados em zonas urbanas, em regiões, ou micro regiões, este trabalho procurará focalizar-se em uma situação, particularmente concreta, que procurará caracterizar o exercício da atividade de um profissional de saúde em contexto de urgência e emergência pandémica, tendo presente que a pandemia,

para além, da sua propagação rápida, irradia-se pela proximidade entre os seres humanos, isto é, age através da contaminação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) 2020, define pandemia no momento em que surge o aparecimento de uma nova doença, que vai atingir fortemente a população e a sua propagação a nível global, independentemente de fronteiras políticas, sociais ou económicas. O novo agente, frequentemente desconhecido, ou insuficientemente caracterizado, infecta o ser humano de modo extremamente sério, causando inúmeras mortes, e procedendo através de elevada contagiosidade entre os seres humanos.

Os profissionais de saúde estão, em geral, sujeitos a elevados níveis de exaustão física e psicológica, o que tem conduzido a estados, reiterados de *stress* e a *burnout* de variada gravidade. As causas são identificadas e podem estar dependentes de cargas horárias, de condições materiais, de pressão psicológica, entre muitos outros fatores. Fácil será, por estes motivos, conjecturar que, em tempo de pandemia, a exaustão, física e mental, atingirá níveis muito mais elevados. Que estratégias deverão ser delineadas para um contexto de crise e especificamente para uma situação pandémica pelos serviços de saúde ocupacional de uma unidade de saúde? Esta questão é central nesta investigação.

Emergências no âmbito da saúde pública podem afetar a resistência física, a segurança e o bem-estar entre indivíduos, que estão diretamente envolvidos pelos cuidados da saúde. Bastaria citar como, perante uma pandemia, a insegurança, a confusão, a emoção, o isolamento, o descrédito, a inadequada fonte de melhorias nas respostas a uma doença, ou a deficiente distribuição das necessidades, se tornaram bastante mais prementes (Pfefferbaum & North, 2020). Alguns estudos têm demonstrado que durante uma *pandemia* existe um forte impacto na saúde mental dos profissionais de saúde como consequência da exposição aos riscos significativos e sintomáticos (Cheng & Wong, 2005).

Ao evidenciar a situação, que ainda estamos a viver – COVID 19 –, alguns autores têm sublinhado a repercussão que esta pandemia tem exercido no bem-estar psicológico de todos os profissionais de saúde. Estes contextos de alto risco devem implicar, por isso, um acesso a apoio psicológico imprescindível (Lu *et al.*, 2020; Matthewson *et al.*, 2020). A carga de trabalho, quase incontrolável, identificada pela equipa médica, a necessidade de isolamento social, a perspetiva do confinamento familiar, a perceção de uma doença nova e o seu desconhecimento, as experiências de discriminação social, associados a fatores de exaustão e

perturbação, podem conduzir a desequilíbrios na saúde mental de grande parte dos profissionais de saúde (Lu *et al.*, 2020).

Previendo este impacto na saúde mental dos profissionais de saúde, devido à pandemia, e para melhor salvaguardar o seu equilíbrio emocional, houve, de imediato, grandes alterações na rotina de todos os serviços do hospital e o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) do CHULC, fundamentalmente orientados para os profissionais de saúde não foi exceção. A carga laboral foi realmente considerável para poder dar resposta às necessidades, que urgentemente se impuseram. Incertezas, angústias, desesperos sucediam-se, sobretudo para quem se sentia mais frágil, mais exposto, mais inseguro e para quem, mais precisava de atenção de uma palavra, ou de um estímulo.

A equipa de Saúde Ocupacional do Serviço Nacional de Saúde do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central teve que, muito rapidamente, se adaptar, reagir e resistir perante as novas exigências impostas, sem precedentes, por causa da Pandemia da COVID-19. Não se deve omitir que diariamente se confrontou com decisões difíceis a serem tomadas, perante o tipo de uma doença ainda desconhecida, altamente contagiosa, com conhecimento científico bastante escasso, com dados limitados, e na presença da qual o medo dos profissionais foi (tem sido) um sentimento que tem marcado a vivência diária com este inimigo invisível. O inimigo invisível – COVID-19 – é ainda mais impercetível nos serviços de urgência de um hospital, o serviço da linha da frente. Quem chega, está infetado? Pode contagiar-me? A incógnita coliga-se ao medo, e mesmo ao pânico, que pode neutralizar o adequado cumprimento profissional. A presente dissertação no âmbito – Investigação em Gestão – surge na dependência da prática, que teve de ser apressadamente modificada no SSO do CHULC, provocada pela adaptação que o serviço teve que suportar perante os obstáculos, que se impuseram com a eclosão dos primeiros casos COVID-19. Neste contexto, para o Serviço foi imperativo equacionar novas metodologias de trabalho, na perspetiva de facultar esclarecimentos eficazes e assertivos para, de algum modo, transmitir tranquilidade a todos os profissionais, independentemente do serviço, onde se encontravam a exercer funções. É imprescindível evidenciar que nos nossos serviços, a perceção de medo e de ansiedade eram as reações mais visíveis, nomeadamente com indícios fortes nos profissionais que não se encontravam diretamente em contacto com pacientes COVID-19, contrariamente aos que se deparavam diariamente com esses pacientes. Conjunturas análogas àquelas que são expostas já por alguns estudos (B. Y. Q. Tan *et al.*, 2020).

O Serviço de Saúde Ocupacional, como Serviço de apoio à Gestão Empresarial Hospitalar tem uma grande responsabilidade a de poder contribuir para a satisfação e bem-estar dos profissionais de saúde com medidas de prevenção, segurança, controle de riscos, acidentes de trabalho, e /ou sobretudo, diagnóstico, caracterização e a notificação de doenças profissionais. Tem de existir um esforço continuado, por parte das administrações centrais, ao estímulo e valorização destes profissionais de Saúde que cuidam de outros profissionais de Saúde, provocando pela carência de meios humanos, e de recursos materiais. Deste modo, e apesar das dificuldades, ao longo do tempo tem vindo a impor-se como um Serviço com personalidade própria, reconhecido através da sua qualidade e da sua indispensabilidade.

Muitos fatores contribuíram para o sofrimento psicológico de médicos, enfermeiros, terapeutas respiratórios, auxiliares e outros profissionais de saúde que prestaram (e continuam a prestar) atendimento direto na linha de frente de pacientes com COVID-19. É em dezembro de 2019, que o mundo assistiu a uma propagação de o coronavírus -infecção pelo SARS-CoV-2 com um crescimento diário em número de pacientes que sofre da sua doença a COVID-19. Esta crise global de saúde pública apresentou vários desafios aos profissionais de saúde em todo o mundo. E ao longo deste tempo alguns profissionais de saúde trabalharam horas adicionais para cuidar de um aumento crescente no número de pacientes COVID-19 e colocaram-se em risco de infecção, enquanto outros profissionais de outras atividades viram a sua carga de trabalho diminuir devido a medidas relacionadas pela saúde pública aplicadas pelas autoridades. Embora muitos países tenham conseguido controlar a propagação de SARS-CoV-2 numa fase inicial (maio de 2020), depois desta situação e após a abertura ao confinamento muitos países foram afetados por uma segunda onda com aumento exponencial de infeções e Portugal não foi exceção onde a partir de dezembro de 2020 e sobretudo em janeiro e fevereiro de 2021 em que foi um dos piores países do mundo em casos e mortes por milhão de habitantes.

A atual pandemia foi e poderá continuar a ser um desafio para os sistemas de saúde e à força de trabalho médica e de enfermagem em todo o mundo. Da investigação em médicos e enfermeiros, é do conhecimento que os stressantes relacionados com o trabalho, é o exemplo do trabalho extraordinário, estão associados a uma saúde mental deficiente, sob a forma de *burnout*, ansiedade e depressão (Jennings, 2008). Importante será dizer, que as consequências da redução da saúde mental não afetam apenas os próprios profissionais de saúde, mas também a qualidade dos cuidados que prestam e ao próprio desempenho profissional. Isto tornar-se-á

particularmente problemático, porque o desempenho médico é essencial na gestão das consequências das crises de saúde pública.

Portanto, monitorizar e manter a saúde mental dos profissionais de saúde é fundamental durante uma pandemia. É necessária uma compreensão sólida dos fatores que influenciam a saúde mental dos mesmos para desenvolver e otimizar medidas protetoras.

A nossa pesquisa não incidirá, portanto, na gestão da COVID-19 em meios hospitalares, mas antes na gestão do impacto que esta pandemia suscitou nos profissionais de saúde.

Nesta dissertação propõe-se como objetivo principal, caracterizar o impacto psicológico em termos emocionais (medos e ansiedade) dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), do CHULC em tempo de pandemia, considerando as unidades de urgência médica e as unidades de cuidados intensivos. Tendo como ponto de partida um estudo internacional, aplicado também a profissionais (médicos e enfermeiros) a nossa pesquisa tem como objetivos específicos: 1) Compreender o papel do SSO na gestão emocional dos profissionais quanto à pandemia. Procurando quantificar e qualificar através da análise a perceção dos profissionais, na resposta do SSO em tempo de pandemia; 2) Retirar aprendizagens e propor melhorias para respostas futuras.

A investigação poderá contribuir para uma delineação descritiva de uma conjuntura pandémica grave, assistida por profissionais expostos a riscos complexos, como obter a relevância de um tipo de gestão (boa, suficiente ou insuficiente) de um Serviço de Saúde Ocupacional predestinado ao apoio dos seus componentes.

Assim, este trabalho estrutura-se do seguinte modo: (1) revisão da literatura sobre pandemias, pandemia COVID, saúde ocupacional e impacto nos profissionais de saúde; (2) metodologia aplicada; (3) resultado, discussão e tratamento estatístico aos questionários submetidos; (4) Conclusões. O trabalho inclui ainda um conjunto de anexos documentais inerente à temática tratada.

2. Revisão da Literatura

2.1. As pandemias

Ao longo do tempo, têm ocorrido várias pandemias, das quais se devem evidenciar a peste negra, a gripe espanhola, a gripe A (pandemia H1N1 em 2009 - 2010) e, mais recentemente, a pandemia COVID-19.

Podem salientar-se entre as pandemias, algumas que mais marcaram a história da humanidade, como a Praga de Justiniano, a Peste negra, a Gripe espanhola e a Pandemia da gripe A.

É evidente que, perante todas estas epidemias e pandemias, além dos pacientes infetados, são os profissionais de saúde os que mais sofrem as consequências e os impactos destes surtos.

A evidência destas pandemias passadas aponta já para efeitos psicológicos negativos e severos a longo prazo em profissionais, que trabalham na área da saúde, onde são notórios níveis elevados de *stress*, de depressão e de ansiedade, comparativamente a outros profissionais que trabalham em áreas que não se encontram diretamente envolvidas pela saúde (Cheng & Wong, 2005).

A Praga de Justiniano deflagrou entre o ano 541 e 750 da nossa era. Foi também considerada a primeira pandemia, historicamente documentada, que vitimou cerca de 25 a 100 milhões de pessoas a nível mundial, ou seja, mais de metade da população europeia. eclodiu esta peste bubónica no Egipto, generalizou-se pelo Império Bizantino (onde reinava o Imperador Justiniano I – “O Grande”) espalhando-se por toda a bacia do Mediterrâneo.

Já a Peste Negra, que ocorre mais tarde, considerada a maior pandemia da civilização a chamada (Peste Bubónica, Grande Peste, Peste ou Praga) ficou conhecida uma das mais devastadoras pandemias na história humana.

A doença foi causada pela bactéria *Yersinia pestis*, transmitida ao ser humano através das pulgas dos ratos-pretos, ou outros roedores e provocava febre, arrepios, dores de cabeça intensa e cansaço excessivo. Acredita-se que a peste tenha surgido nas planícies áridas da Ásia Central e foi-se espalhando alcançando a Crimeia em 1343. O pico ocorreu entre os anos de 1346 e 1353 e calcula-se que, durante estes anos, tenha vitimado só no continente europeu pelo menos um terço da população. No total, a peste pode ter reduzido a população mundial de cerca de

450 milhões de pessoas para 375 milhões em meados de século XIV. A peste negra continuou a aparecer de forma intermitente e, em mais pequena escala, pela Europa até praticamente desaparecer do continente apenas no início do século XIX (Karim *et al.*, 2020).

A Gripe espanhola, também conhecida como pandemia de 1918, foi uma pandemia do vírus influenza subtipo A (H1N1) de origem aviária que, por mutação adaptativa, adquiriu a capacidade de se transmitir de pessoa a pessoa. Teve uma elevada mortalidade nas idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos. Ao contrário do que a sua designação sugere, não teve origem em Espanha e, em 1993, mas ganhou solidez a teoria de que este H1N1 teve origem na China, depois da mobilização de 96 mil chineses para a I Guerra Mundial (1914-1918). Estes homens, recrutados em 1917, e transportados em navios e comboios, em vagões e contentores fechados, resultaram pelo menos em 3 mil mortes por gripe entre eles, durante a viagem. Pouco depois, surgiram os primeiros casos de infeção em França, entre militares norte-americanos (Barata, 2020).

Relata-se que o fim da I Guerra talvez tenha sido “apressado” pelo avanço da pandemia, pois nenhum exército tinha já capacidade para suportar tantos milhares de baixas. Mais de 50 mil soldados americanos morreram na Europa devido à gripe – cerca de metade do total de baixas registadas durante toda a I Guerra. De janeiro de 1918 a dezembro de 1920, o vírus infetou 500 milhões de pessoas, cerca de um quarto da população mundial naquela época. Estima-se que o número de mortos se encontre entre 17 e 50 milhões, e possivelmente mesmo até 100 milhões, tornando-a uma das epidemias mais mortais da história da humanidade. Em Portugal, onde a epidemia chegou em maio de 1918, logo nos primeiros seis meses provocou 60.474 mortes (Karim *et al.*, 2020). É importante ressaltar que os declínios económicos, resultantes do pós-guerra, sobretudo nas áreas mais afetadas, permaneceram deprimidos em relação às áreas menos expostas de 1919 a 1923 (Correia *et al.*, 2020).

Em 1981, surgiu o VIH/SIDA - Vírus da imunodeficiência humana. Acredita-se que esta pandemia tenha surgido na República Democrática do Congo na década de 1980. Desde 1980, acredita-se que mais de 20 milhões de pessoas tenham morrido devido a complicações provocadas pelo Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), transmitido sexualmente, por transfusões de sangue contaminado, de mães para filhos durante a gravidez, parto, amamentação, esta epidemia

continua ainda a agir um pouco por todo o mundo, uma vez que ainda não foi encontrada uma cura eficaz para esta doença, atualmente considerada doença crónica (Karim *et al.*, 2020).

A pandemia do H1N1 (designada também inicialmente de gripe suína), surgiu em abril de 2009 como Pandemia da Gripe A, e é reconhecido agora como um vírus comum da gripe humana, que continua a circular sazonalmente em todo o mundo. O novo vírus influenza A (H1N1), primeiramente identificado no México e nos USA em março de 2009, rapidamente se propagou, e pela sua elevada infecciosidade. Atingiu – e atinge – particularmente os indivíduos mais idosos e os mais suscetíveis, com doenças crónicas, provocando mortes em vários países por pneumonias severas, como anunciado com o alerta pandémico pela WHO (World Health Organization) em junho de 2009 (Hatchette, 2009; Karim *et al.*, 2020; Waterer *et al.*, 2010).

2.2 Pandemia COVID-19

No início da pandemia COVID-19, que atualmente nos afeta, os primeiros casos foram reportados na China na província Hubein e as notícias iniciais provieram do Hospital de Wuhan em janeiro de 2020.

Um dos estudos, efetuado num hospital psiquiátrico, refere que muitos dos pacientes psiquiátricos severos, que se encontravam internados, transmitiram o vírus aos profissionais de saúde, resultando numa importante contaminação. Explicavam-se assim as causas do forte contágio provavelmente por fornecimento insuficiente de equipamentos de proteção (Xiang, Yang, *et al.*, 2020).

A doença provocada pelo novo coronavírus COVID -19 causada pela síndrome respiratória aguda do coronavírus- COVID -19, foi designada por pandemia global a 11 de março de 2020 pela World Health Organization (WHO). Por isso, foi inevitável implementar estratégias preventivas para o risco elevado de transmissão entre pacientes crónicos com, por exemplo, insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise. Foi assim, fundamental “educar” o *staff* profissional e outros pacientes, exigindo a separação entre infetados e não infetados (Ikizler & Kliger, 2020).

A pandemia COVID-19 teve um impacto psicológico esmagador nos intensivistas (profissionais que trabalham nos cuidados intensivos). Há que salientar o facto de estes se encontrarem na linha da frente, e por isso mais expostos, a esta doença desconhecida, sintomas como stress, ansiedade, depressão, insónia, são motivados pela própria pressão que os cuidados

críticos impõem. Segundo Elie Azoulay uma das razões principais foi motivada pela falta de conhecimento e experiência sobre a doença, o que por si só, gerou ainda mais ansiedade sendo encarada como um desafio profissional e emocional mais significativo, quando comparado com doentes não COVID-19 (Azoulay *et al.*, 2020).

Como mitigar o *stress* e prevenir o *burnout*, especialmente nos profissionais da Medicina Intensiva, durante as pandemias ou desastres? Temos de dedicar recursos públicos suficientes, para um planeamento proativo, ao abordar este tipo de acontecimentos. E casos destes podem acontecer novamente, teremos de agir imediatamente e não esperar por outra pandemia (Sasangohar *et al.*, 2020).

2.3 Impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde- Médicos e Enfermeiros do SNS.

Profissionais de saúde, prestadores de cuidados, possuem certamente habilitação apropriada para o exercício da sua atividade. No entanto, algumas categorias destes profissionais estavam – e estão – sujeitas à inscrição na respetiva Ordem Profissional (Diretiva 2011/24/EU): Médicos, Médicos Dentistas, Farmacêuticos, Enfermeiros, Psicólogos e Nutricionistas. O exercício destas profissões desenvolve-se em complementaridade funcional com outros grupos profissionais, ligados à saúde, com igual autonomia técnica para exercício profissional. As profissões, ligadas às áreas de diagnóstico e de terapêutica, regulamentadas são as seguintes (Diretiva 2011/24/EU): Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica, Técnico de diagnóstico e terapêutica em saúde pública Técnico de audiologia, Técnico de cardiopneumologia, Técnico de farmácia, fisioterapeuta Higienista oral, técnico de medicina nuclear, técnico de neurofisiologia Ortopista, Ortoprotésico, Técnico de prótese dentária, Técnico de radiologia, Técnico de radioterapia, Terapeuta da fala, Terapeuta ocupacional, Técnico de saúde ambiental.

Os efeitos da COVID-19 vieram revolucionar as dinâmicas e hábitos dos profissionais de saúde, tendo sobretudo presente que a Europa ocidental se encontrava menos “familiarizada” com este tipo de pandemias em larga escala (não é o caso da África, ou da Ásia).

A pandemia COVID -19 provocou uma crise de cuidados de saúde sem precedentes com elevada prevalência de angústia psicológica nos prestadores de cuidados de saúde. Há até quem enfatize que os profissionais de saúde nesta fase de pandemia, que envolveu as quarentenas,

desenvolveram sintomas de transtorno de *stress* pós-traumático, ansiedade, depressão, insónia e distúrbios pelo uso de substâncias (Brooks *et al.*, 2020).

A pandemia COVID -19 resultou ainda num aumento global de novos casos de ansiedade, depressão e *burnout* em profissionais de saúde, sobretudo nos que estão ligados aos cuidados intensivos. Vários fatores potenciaram este impacto psicológico, como o não conseguir envolver os próprios familiares, a perceção de cuidados inadequados, decisões difíceis em relação a doentes com idade avançada, gestão de camas no melhor interesse dos pacientes, falta de conhecimento e de experiência sobre uma doença nova, constituíram provavelmente as maiores causas de ansiedade e um autêntico desafio profissional e emocional muito significativo se compararmos com a gestão de doentes não infetados por COVID-19 (Azoulay *et al.*, 2020).

Para que os profissionais de saúde desenvolvessem a sua atividade em segurança com conhecimento científico, houve um esforço quanto à circulação informativa- plano de contingência -, para que os procedimentos exigidos, inerentes às práticas clínicas se efetuassem de maneira rigorosa e confiante. Na verdade, tudo se inicia sob um intenso desconhecimento, um “inimigo” invisível que, por vezes, não deu, nem dá sequer sintomas, mas não deixa de disseminar risco elevado de contagiosidade, não escolhendo grupos, nem regiões. Contaminações graves que conduzem à morte dos indivíduos mais debilitados.

Como valorizar, então, a *vida* entre os profissionais de saúde, expostos à perigosidade deste vírus? Como manter um estado de saúde adequado, naqueles que deviam manter-se mais na linha da frente, os mais vulneráveis, num período em que os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) eram escassos ou inexistentes? Como retirar-lhes o medo de contágio tão elevado e ativo?

Foi bastante penoso o sofrimento de alguns profissionais, que não puderam manter-se em atividade, e que forçosamente tiveram de se afastar dos serviços por incapacidade psicológica. Outros, que se mantiveram ativos, procuravam o apoio de grupo de psicólogos dos hospitais, através de uma linha de contacto telefónico, que foi criada em exclusivo para este efeito e que teve uma significativa adesão.

Para sustentar e restabelecer o equilíbrio dos profissionais de saúde de primeira linha, as organizações de saúde e os pesquisadores precisarão de monitorizar e de bem examinar os resultados da saúde mental de clínicos e outros profissionais de saúde ao longo deste período e

dar prioridade às necessidades tanto da saúde mental e física, como da recuperação de indivíduos que cuidaram de pacientes com COVID-19 (Greenberg, Docherty, Gnanapragasam, & Wessely, 2020).

A título exemplificativo, há estudos que descrevem também a implementação e análise de uma linha de suporte telefônico no Reino Unido num SSO, liderada pela psicologia, tendo sido essencial no bom uso dos serviços de saúde ocupacionais (Matthewson *et al.*, 2020). Por outro lado, outros ensaios têm documentado como os profissionais de saúde estão expostos a um elevado risco que pode provocar efeitos adversos na saúde mental, após uma pandemia (Rajkumar, 2020).

A investigação existente sobre saúde mental dos profissionais de saúde e pandemia teve início no princípio do século XXI e, desde então, têm sido publicados vários estudos, resultantes de serviços dedicados ao tratamento de pacientes com COVID-19 em contextos de elevados níveis de stress. Um outro estudo aponta que num baixo suporte organizacional e a desconfiança nos equipamentos é um dos fatores que mais conduziram à exaustão emocional e raiva (Marjanovic *et al.*, 2007). Além disso, a maior carga de trabalho, a atribuição de tarefas desconhecidas, o receio em relação à sua própria saúde e o exigente isolamento social condicionou a relação entre o tratamento de pacientes com SARS-COV2 e a ocorrência de *stress* traumático agudo (Mauder *et al.*, 2004).

O estudo transversal, efetuado em âmbito nacional na Suíça, foi avaliada a saúde mental de médico(a)s e enfermeiro(a)s durante a pandemia de COVID-19. Os dados foram recolhidos entre 28 de março e 4 de abril de 2020, quando o surto de COVID-19 atingia um ponto alto na pandemia (Weilenmann *et al.*, 2021). Além da saúde mental, outros dados, com base nos estudos acima mencionados, refletem condicionantes decorrentes de dados demográficos (por exemplo, gênero, profissão, experiência profissional), características do trabalho (como, por exemplo, disponibilidade de suporte, horas de trabalho) e ainda elementos sobre a exposição aos profissionais ao COVID-19 que estavam na linha da frente.

Bem consciente de que uma pesquisa científica, focalizada em um momento, em que ainda não é possível usufruir de distanciamento suficiente, gera obstáculos quase inultrapassáveis para análises rigorosas, completamente baseadas em evidências empíricas que possam ser verificáveis. Como ponderar o número elevadíssimo de publicações sobre este problema, publicadas apenas em estes últimos dois anos. Como extrair uma lógica, aplicada à ciência, na

excitação de mediatização do COVID-19, jamais observada? Como se servir de métodos indutivo, dedutivo, hipotético-dedutivo, dialético, ou fenomenológico, quando o próprio objeto de investigação, COVID-19, ainda não é completamente claro, estando ainda envolvido por muitas incertezas.

Em Itália, nas últimas décadas, os hospitais evoluíram para um modelo de atendimento centrado no paciente, e na gestão económica da saúde, considerando assim que qualquer epidemia/pandemia requereria uma mudança de perspetiva em direção a um conceito de cuidados, centrados na comunidade e nos serviços prestados. Existem fronteiras estreitas entre racionalização e racionalidade que não podem ser cruzadas e devem ser equacionadas. Isto é particularmente importante para o nosso sistema do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no caso de Portugal, como em Itália que também foi fragmentado em unidades regionais de saúde, cada uma delas com autonomia decisória apenas dependendo da administração política local. A única decisão comum destes serviços resultou na demissão de dezenas de profissionais de saúde, alguns serviços desmantelados por falta de recursos humanos, colocando em risco os pacientes e a responsabilização dos próprios profissionais de saúde. Outro traço comum em Portugal como em Itália, manifesta-se pela redução progressiva de camas hospitalares, para atingir uma capacidade de 3 – 4 leitos para cada 1000 habitantes. É evidente que esta redução se agrava fortemente em tempos de pandemia (Mutti, 2020).

2.4 A importância do serviço de saúde ocupacional na resposta à ansiedade e impacto emocional dos profissionais de saúde

Nos momentos iniciais da pandemia de COVID-19, os serviços de saúde ocupacional conseguiram um maior reconhecimento no que se relaciona com o papel e com a responsabilidade das autoridades de saúde, e até mesmo dos colegas envolvidos que consideravam a prevenção como um item de luxo, e não como pré-requisito para a preservação da saúde durante o exercício da atividade profissional. Por exemplo, todas as profissionais de saúde, grávidas, imunodeprimidos, ou portadores de doença crónicas, especialmente aqueles que se encontravam colocados em áreas de alto risco (cuidados intensivos e unidades especializadas), foram aconselhados a debater os seus problemas de saúde individual e o seu local de trabalho com o Departamento de Saúde Ocupacional.

Os profissionais de saúde ligados ao Serviço de Saúde Ocupacional parecem ter ganho um papel fundamental, devido à sua ética e ao seu mandato vinculativo – ou seja, a proteção da saúde dos trabalhadores, desde a ação dos dirigentes de forma multidisciplinar, ao esforço para reorganizar as atividades diárias, garantindo que o trabalho fosse projetado e adequado à segurança e proteção da saúde de todos os trabalhadores, e não apenas focalizado na aptidão dos trabalhadores para as práticas profissionais.

Perante o aumento de ansiedade e de desconforto, foi concedida prioridade à criação de uma equipa de psicólogos, tendo como principal elo de ligação a psicóloga ligada ao serviço (Medicina do Trabalho), que passou a integrar a equipa de psicólogos do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), disponível numa linha de atendimento telefónica, que respondia a dúvidas, a perturbações, a ansiedade, questões que lhe eram colocadas diariamente. A restante equipa – médico(a)s – passaram a operar em telemedicina, enfermeiro(a)s e técnico(a)s superiores de higiene e segurança também se socorreram do suporte digital, ou disponibilizando-se ainda para informações, facultadas pela linha telefónica (disponíveis mesmo durante o fim de semana). Deste modo, eram dadas as informações aos casos positivos do COVID-19 em articulação com a autoridade de saúde pública e, deste modo, se favorecia a continuidade aos rastreios e à realização de testes de pesquisa do *coronavírus* em situações resultantes de contactos de proximidade.

Para poder concretizar estratégias de resposta, a Direção do SSO decidiu ainda colocar um *staff* com todos os médicos internos num polo hospitalar (Hospital de Santo António dos Capuchos) e, nos restantes polos, encontrava-se um médico especialista e/ou graduado, que respondia a *e-mails*, a telefonemas, exercendo mesmo prática de telemedicina e até consulta presencial com distanciamento, nos casos em que existia suspeita clínica para COVID -19.

Cerca de uma centena de contactos diários na fase inicial foi rececionada. Foram facultados esclarecimentos, orientações e diretrizes. Esta situação, completamente nova, e, ao mesmo tempo, desafiante, obrigou o asseverar respostas, firmes e eficientes, para que se pudesse transmitir confiança e tranquilidade. Foi muito importante este auxílio incessante porque, muitas vezes, este apoio compensava já o desgaste emocional. Em casos mais extremos, foi imperativo o encaminhamento para a linha telefónica de apoio psicológico.

Foram atendidos todos os profissionais sem qualquer exceção, tanto os sintomáticos, como os não sintomáticos. Os sintomáticos eram, de imediato, dirigidos para a realização do teste

COVID-19, que era efetuada através da marcação articulada entre o SSO e o serviço de infeciologia do HCC (Hospital de Curry Cabral) e os não sintomáticos recebiam orientações apropriadas.

Os testes de rastreio e os testes efetuados aos profissionais sintomáticos, foram decisivos no sentido em que, deste modo, foi viável reduzir o risco de retorno destes profissionais de saúde ao trabalho, tal como podemos observar na primeira experiência descrita em Inglaterra (Hunter *et al.*, 2020).

Vários estudos põem em evidência os desafios, que foram colocados aos profissionais de saúde nas primeiras semanas da COVID-19, e como esta emergência imprevisível foi prejudicial à sua saúde mental. Esta crise global de saúde pública colocou à prova tanto as práticas governamentais de cada país, como o desempenho de todos os profissionais de saúde em todo o mundo (Greenberg *et al.*, 2020).

Nas primeiras semanas, a carga horária adicional de cuidados justificou-se devido ao elevado número de pacientes COVID-19. Este acréscimo horário, associado ao risco de infeção, e ao *stress*, colocou as instituições de saúde de muitos países, incluindo Portugal, perante desafios incalculáveis à resistência do trabalho médico e à da enfermagem, sobretudo para todos aqueles que se encontravam na primeira linha.

Muitos relataram *stressors* relacionados com a carga de trabalho, com prejuízo da saúde mental, expressando manifestações de queixas de ansiedade, insónias, depressão e *burnout*. Não será, portanto, impensável admitir casos de *stress* pós-traumático, após experiências tão negativas (Greenberg *et al.*, 2020). Importa ainda referir que o desempenho e a qualidade de cuidados poderiam por isso ser colocados em causa. Otimizar medidas protetoras para a saúde dos profissionais era tão essencial, como tratar dos pacientes infetados (Weilenmann *et al.*, 2020).

Nesta crise da COVID-19 pandémica foram necessárias estratégias, que se basearam numa boa liderança, sustentadas por três princípios como refere Yu-Tao Xiang *et al* 2020 (Xiang, Zhao, *et al.*, 2020). Em primeiro lugar, uma gestão da crise eficaz, em segundo lugar, um planeamento e ação e por último uma comunicação que fornecesse uma informação atualizada e segura, que incentivasse ao encorajamento individual (Xiang, Zhao, *et al.*, 2020).

Líderes e gestores deviam manter uma atitude empática, compreensiva, e até alguma compaixão, tentando compreender o que os seus colaboradores necessitavam, porque todos os

dias ocorriam mudanças com consequências impactantes. Foi particularmente importante o apoio dos colegas quando o trabalho era altamente stressante e emocionalmente exigente (Kinman *et al.*, 2020).

Embora estes estudos possam fornecer evidências quanto à atual pandemia da COVID-19, surgem, no entanto, ainda limitados devido às particularidades específicas de cada pandemia. Assim, as pesquisas oportunas sobre saúde mental de profissionais de saúde durante a atual pandemia têm de ser aprofundadas e continuadas.

Avaliado um primeiro estudo, realizado na China por (Lai *et al.*, 2020) no início de fevereiro de 2020, verificava-se que, entre 1.257 profissionais de saúde chineses observados, mulheres, enfermeiras, trabalhadoras da linha de frente, as profissionais que trabalhavam em Wuhan, no epicentro da pandemia, apresentavam níveis muito mais elevados de sintomas de ansiedade, depressão, insónia e *stress* traumático, em comparação com os homens, médicos, trabalhadores de segunda linha, bem como aqueles que não trabalhavam em Wuhan (Lai *et al.*, 2020). Em contraste, um segundo estudo, também chinês, conduzido por Li *et al.* no final de fevereiro de 2020 constatou que 214 enfermeiras do serviço público e 292, fora da linha de frente, documentaram níveis mais elevados de traumatização (Li *et al.*, 2020). Um terceiro estudo, chinês, conduzido entre o final de fevereiro e o início de março de 2020 Zhang *et al.* comprovou que 927 profissionais de saúde médicos tiveram maior prevalência de insónia, ansiedade, depressão, somatização e sintomas obsessivo-compulsivos do que em 1255 profissionais de saúde não médicos (Zhang *et al.*, 2020). Além disso, ser mulher foi um indicador significativo de insónia, ansiedade e depressão, e a exposição a pacientes com COVID -19 foi um fator acrescido para a manifestação daqueles sintomas (Zhang *et al.*, 2020).

No entanto, outro estudo, entre 470 profissionais de saúde observados em Singapura, realizado durante o mesmo período de tempo, encontrou uma situação diferenciada, ou seja, os níveis mais baixos de sintomas, relacionados com o *stress*, comprova-se em profissionais de saúde médicos, diferentemente dos profissionais de saúde não médicos (Tan *et al.*, 2020). Por último, um estudo qualitativo entre 69 profissionais de saúde nos EUA identificou preocupações que causaram ansiedade entre os profissionais de saúde, sublinhando a falta de acesso a equipamentos adequados à proteção individual, ao suporte e às informações atualizadas (Shanafelt *et al.*, 2020).

A maioria destes estudos, como se observa, foi realizada no início da pandemia, quando a propagação do vírus era ainda limitada e quando, principalmente, se focalizava a sua extensão a uma província na China (Wuhan) ou a alguns casos em Singapura (Weilenmann *et al.*, 2021).

É assim que devemos esperar que os programas acadêmicos contemplem conteúdos de preparação para crises, e nos programas de graduação oferecer educação continuada e robusta sobre este tipo de ocorrências. As lições apreendidas por emergências anteriores de saúde pública poderão dar-nos uma orientação mais clara como estar melhor preparado para a próxima pandemia, incluindo os procedimentos para proteger e quem proteger, sobretudo as mais fragilizadas, e gravemente doentes (Kinman *et al.*, 2020).

2.5. Dificuldades decorrentes desse impacto psicológico na gestão hospitalar durante a pandemia

Os equipamentos de proteção individual, no início da pandemia eram escassos, nomeadamente máscaras com filtragem superiores, como as utilizadas na pandemia da Gripe A. Estas foram, depois, distribuídos aos profissionais que mais necessitavam para desempenho com sucesso no exercício do seu trabalho (Jaffe, 2010). A distribuição de EPI de forma regular e com restrições por inicialmente serem escassas, ocasionou maior ansiedade aos profissionais de saúde por sentirem falta de resguardo adequado no início da pandemia.

O *stress*, relacionado com o trabalho, é um indicador significativo de exaustão psíquica, que é inerente aos profissionais na linha da frente, estando relacionado com a ansiedade que desenvolve como, por exemplo, com atividades clínicas diferentes, depressão quando confrontados com um número de mortes incomensurável e com o prolongamento do trabalho por turnos sem qualquer descanso (Moore & Kolencik, 2020).

A pandemia da COVID-19 apresentou desafios acrescidos em populações, onde já ocorriam patologias mentais, pré-existentes, revelando um aumento acrescido da depressão, ansiedade, abuso de substâncias e até suicídio. Respostas emocionais de *stress* e medo, perante um vírus desconhecido, é normal e até esperável, podendo ter efeitos nocivos na saúde mental dos indivíduos, pelo receio também de ficarem infetados e contaminarem as suas próprias famílias (Vieira, Granja, 2020.).

A exaustão física e mental em prestadores de cuidados primários detém, neste momento, riscos significativos por amplificar sintomas psiquiátricos, motivados pela ansiedade em contrair, ou mesmo até infectar família e amigos (Miller, 2020).

O impacto psicológico da COVID-19 nos profissionais de saúde, foi a incerteza sobre as orientações e recomendações dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) que muito alarmaram alguns profissionais de saúde. As normas e recomendações deveriam ter uma liderança esclarecida para que a equipa se sentisse segura, protegida, preparada e apoiada. Os sistemas de saúde pública devem, por isso, reinvestir num sistema de saúde robusto e confiar em informações e em comunicações precisas. As informações para o setor da saúde devem ser baseadas em evidências, consistentes e alinhadas, com a tomadas de decisão centralizadas. Os líderes do sistema de saúde devem, assim, demonstrar competência nos princípios básicos de saúde pública, incluindo comportamentos adequados no envio de mensagens eficazes durante as crises.

Trabalhar num hospital pode ser gratificante e, ao mesmo tempo, bastante inquietante. Se um ou outro dos estados pode depender de vários fatores, que variam do trabalho por turnos, por cargas físicas, por exercício de responsabilidade e por pressão, a própria autonomia no trabalho e o ambiente profissional e lazer pode alterar o estado psicológico de cada um dos trabalhadores. A satisfação e o bem-estar dos profissionais de saúde são fortemente afetadas por fatores de *stress* no trabalho, como a prática do trabalho extraordinário, frequente ou excessivo, e tensão permanente em todas as atividades. As consequências negativas dos *stressors* do trabalho temporal podem ser atenuadas por recursos organizacionais e pessoais, como um alto nível de autonomia no trabalho, um bom clima de trabalho, ou uma forte crença no controle interno para compensar o melhor possível as consequências negativas dos *stressors* (Siebenhüner *et al.*, 2020).

Os nossos gestores em saúde devem ser suficientemente competentes para podermos contar com sistemas de saúde onde o trabalho seja suficientemente protegido e o trabalhador beneficie do melhor equilíbrio psicológico. Devem estes gestores fornecer apoio à saúde mental de qualquer profissional de saúde. É uma parte crucial da mobilização geral dos sistemas de saúde no combate ao COVID-19. Durante esta pandemia bem como na vida quotidiana, verificamos que não há saúde sem saúde mental (Krystal & McNeil, 2020).

Esta revisão da literatura sobre os efeitos pandêmicos no exercício da atividade dos profissionais de saúde, revelou que as atitudes de segurança das equipas de saúde de emergência são geralmente baixas, em particular no trabalho em equipa e no apoio e na gestão entre enfermeiros, quando comparados com o dos médicos. Inversamente, outros estudos mostraram a eficácia das intervenções em equipa para melhorar a segurança e atitudes do pessoal de saúde nas unidades de urgência. O trabalho em equipa, a comunicação, a boa gestão da unidade, o correto atendimento urgente, são fundamentais para a segurança positiva na tomada de atitudes oportunas. A preparação do trabalho em equipa pode melhorar muito com acertadas atitudes de segurança, dado que as UAU (Unidade de Atendimento Urgente) constituem a "linha de frente" de qualquer hospital. São estes os profissionais mais expostos, são estes os profissionais que, apesar de todos os cuidados com os pacientes em emergências, serão especialmente vulneráveis, não omitindo mesmo que pode ocorrer erros médicos, como recordam ensaios recentes (Alzahrani *et al.*, 2019).

Será inevitável o acesso a recursos exaustivos para a realização de políticas adaptadas aos Serviços de Saúde, que poderão estimular o desenvolvimento de novas fronteiras como, por exemplo, dados agregados a declarações de fontes privadas. Os investigadores de Serviços de Saúde têm ainda muito por descobrir e por documentar sobre os pontos fortes e os limites na presença de dados seguros, sendo, no entanto, desejável confiar em pesquisas e em experiências dos responsáveis da saúde, a que estão vinculados. Os responsáveis na área saúde e as equipas de gestão precisarão de continuar a inovar para que seja necessário acompanhar o ritmo das mudanças na metodologia da pesquisa e as tendências em cuidados de saúde durante períodos de crise (Blewett *et al.*, 2018).

Na realidade, a pandemia veio revelar as fragilidades e, sem ambiguidade, e até podendo comparar com diferentes países e com serviços de saúde mais robustos, a importância de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) forte, de excelência e diferenciado nas suas valências, com profissionais reconhecidos e motivados. Na verdade, a resposta à ameaça com esta dimensão, foi o SNS que provou a sua imprescindibilidade, mesmo com as suas carências em recursos humanos e tecnológicos, não só na prevenção como no controlo em ambulatório e no internamento.

O mundo vive há quase dois anos com uma situação dramática que não imaginávamos ocorrer nestes tempos acuais uma Pandemia declarada pela OMS, uma doença altamente

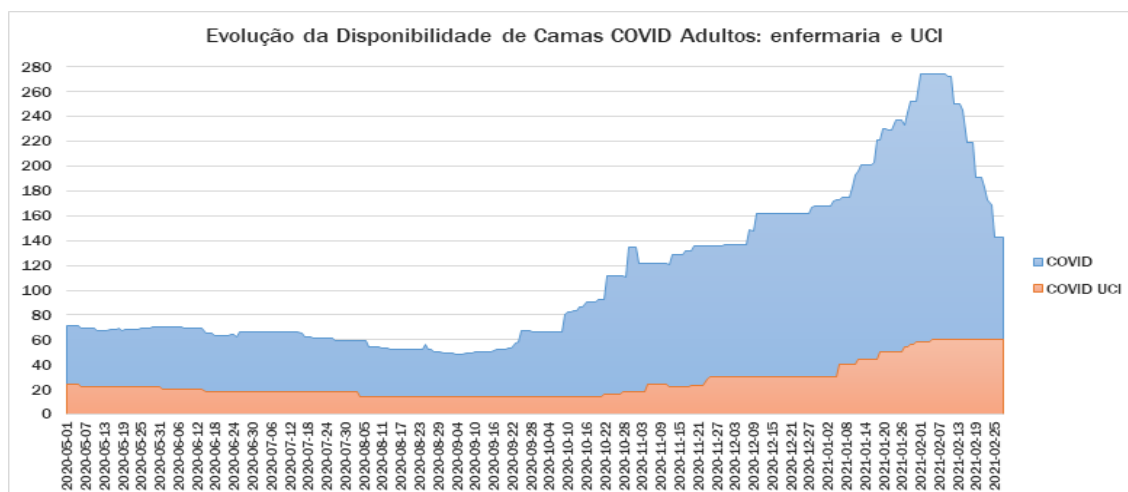
contagiosa, os doentes COVID, os doentes não-COVID, a gestão de camas hospitalares o descontrolo da doença, o aumento da mortalidade rápida, a exaustão profissional por excesso e carga de trabalho. Podemos apreciar a dimensão crescente em número de internados em doentes COVID-19 de forma exponencial, conforme se observa na tabela em 2.1 e 2.2.

Tabela 2.1 Número de camas abertas

Máximo de camas COVID abertas no CHULC	
Adultos	
Máximo camas de enfermaria	274
Máximo camas de UCI nível 3	60
Pediatria	-
Máximo camas de enfermaria	17
Máximo camas de UCI nível 3	2

Fonte: Planeamento e estatística, controle de gestão do CHULC-março de 2021

Tabela 2.2 Evolução do número de camas por doentes COVID-19



Fonte: Planeamento e estatística, controle de gestão do CHULC-março de 2021

Foi por todo isto que surge a vontade de serem colocadas questões, de como se sentiriam os nossos profissionais de saúde, e o que pensariam da resposta de um serviço, que previne e reconhece como se encontra a saúde dos profissionais em ambiente hospitalar.

Os profissionais, que trabalham a área da saúde mental desempenharam, por isso, um papel crucial na abordagem dos indícios, de moderados a graves nos profissionais de saúde, que mais experimentaram depressão, ansiedade e sofrimento psicológico, dado que prestavam cuidados intensos aos pacientes com COVID-19, tentando recuperar da melhor maneira possível desses riscos ocupacionais (Pfefferbaum & North, 2020).

Os cuidados de saúde mental necessários foram, em grande parte, substituídos por meio de serviços em consulta de telemedicina, incluindo visitas, através de vídeo chamada com os profissionais de saúde mental, e ainda recursos *online* e suporte virtual pelos pares.

É neste contexto que o aumento da utilização da telemedicina e de tecnologia de informação à distância veio contribuir para uma melhoria de avaliações profissionais e de programas de bem-estar, formação contínua, que podem ser apoiados em questionários de saúde e outros desenvolvimentos que poderiam ser ainda mais explorados no futuro (Nicholson, 2004).

Para sustentar e restabelecer o equilíbrio dos profissionais de saúde de primeira linha, as organizações de saúde e os pesquisadores precisarão de monitorizar e de bem examinar os resultados da saúde mental de clínicos e de outros profissionais de saúde ao longo deste período para que se possa dar prioridade às necessidades tanto da saúde mental e física, como da recuperação de indivíduos que cuidaram de pacientes com COVID-19 (Greenberg, Docherty, Gnanapragasam, & Wessely, 2020). Por este motivo, tornou-se imperativo, no seio do próprio SSO, dar indicação aos profissionais para que em algumas circunstâncias fossem colocados em teletrabalho, ou em deslocação temporária para outros serviços sujeitos a menor risco. A implementação destas medidas de teletrabalho de acordo com Forte, T. 2021, foram importantes após recomendações da WHO (13 de março de 2020 quando declarada a pandemia). De seguida é em 18 de março de 2020 que o governo de Portugal declara o estado de emergência, mitigando assim os riscos de saúde pública, em que os cidadãos foram colocados em quarentena obrigatória com implicações práticas em relação ao seu trabalho e às suas atividades diárias.

As estratégias do controle do surto foram constituídas pela deteção precoce de casos, pelo diagnóstico antecipado, pelo isolamento imediato, pelo tratamento célere que possa reduzir a relação de casos COVID-19 com doença fatais (Ruan, 2020). As estatísticas revelam que os pacientes com maior comprometimento e risco de fatalidade são os que têm idade superior a 60 anos, abrangendo progressivamente maior gravidade os doentes acima de 80 anos (Verity *et al.*, 2020).

Com estas restrições bibliográficas, importa-nos em este trabalho descrever alguns dos aspetos na perceção do impacto psicológico da COVID-19 no contexto específico dos serviços de emergência tendo presente que estes serviços o de atendimento de urgência e os de cuidados intensivos acolhe, como se sabe, pacientes, que podem implicar riscos imediatos de morte, lesões irreparáveis, tomadas de decisão pouco hesitantes, como cirurgias imediatas, etc. São

serviços que, já por definição, se definem por um vigoroso stress para os profissionais de saúde em situações, qualificadas como normais (atendimento por doença, lesões por acidente, ou por trauma, agressão, etc.), tendo em conta que o serviço de Cuidados Intensivos que acolhe doentes críticos, que se encontram entre a vida e a morte, e cada minuto é vivido intensamente, em que todos os profissionais de saúde estão sujeitos a uma carga emocional violenta, muito mais ainda numa situação de pandemia com forte sobrecarga de trabalho.

Podemos verificar pela tabela 2.3 desde o primeiro dia de admissão o número crescente de doentes COVID-19.

Tabela 2.3 Número total de doentes admitidos até março de 2021

Data de entrada do primeiro doente covid	03/03/20		
	Total	Adultos	Pediatria
Total de doentes	3 316	3 003	313
# doentes que passaram pela UCI	656	653	3
# falecidos	629	628	1
Máximo doentes internados	346	07/02/20	
Máximo camas abertas	353	08/02/20	

Fonte: Planeamento e estatística, controle de gestão do CHULC-março 2021

A pandemia foi e continua a constituir um grande desafio, penoso, mas também a oportunidade de nos tornarmos mais fortes e mais eficientes.

Podemos concluir esta reflexão com uma pergunta? Se o norte da Itália não tivesse rapidamente sido submergido pela propagação do COVID-19, teriam os outros países da Europa ocidental, reagido da maneira como reagiram? E se a situação italiana estivesse circunscrita ao espaço meridional – mais pobre e com menos recursos – a própria Itália teria atuado como atuou? E como teriam procedido os outros países, se os contágios se contivessem em microrregiões e não em espaços urbanos? Perguntas necessárias para a preparação de uma não desejada futura pandemia.

3. Metodologia

3.1 Método

Esta pesquisa recorre ao estudo de caso, tendo como unidade de análise os serviços de emergência do Centro Hospitalar Universitário em Lisboa Central (CHULC), pretendendo analisar o papel do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) deste Centro Hospital na gestão e acompanhamento do impacto psicológico dos profissionais de saúde numa situação pandémica. A abordagem de acordo com o estudo de caso permite um estudo empírico que investiga um fenómeno contemporâneo de forma abrangente, dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos. Permite ainda da necessidade de estudar fenómenos sociais complexos (Yin, 2018).

A abordagem para este estudo foi maioritariamente qualitativa, descritiva, recorrendo a um inquérito por questionário a uma população de profissionais de saúde.

3.2 Caracterização da população

Pretendeu-se uma população representativa de um público-alvo que contemplasse o impacto psicológico resultante de uma epidemia inesperada, que rapidamente evoluiu para Pandemia e a da resposta do SSO.

Assim a análise incidu sobre os serviços de emergência do CHULC e contemplou dois perfis de profissionais de saúde os médicos e os enfermeiros em Serviços de Urgência e em Unidades de Cuidados intensivos.

O Centro Hospitalar Universitário em Lisboa Central, Entidade Publica Empresaria (CHULC, EPE) com serviços de Gestão pública, é composto por 6 hospitais: o Hospital de São José o Hospital de Curry Cabral, o Hospital de Dona Estefânia, o Hospital de Santa Marta, o Hospital de Santo António dos Capuchos e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Possui 2 polos de referência à pandemia (COVID-19), na área da infeciologia de adultos no polo do Hospital de Curry Cabral e outro dedicado às crianças área da pediatria médica o Hospital de Dona Estefânia. A amostra estudada concentrou se nos serviços de urgência - áreas vermelhas (áreas dedicadas a doentes respiratórios com suspeita de estarem infetados com COVID-19), do Hospital de S José, Hospital de Dona Estefânia (crianças), Maternidade Dr. Alfredo da Costa e a Unidade de Cuidados intensivos Hospital de S José e Hospital de Curry Cabral e unidade de

cuidados intensivos pediátricos (tabela 3.1). Os doentes observados nestes serviços e unidades são depois encaminhados para os 2 polos de referência indicados anteriormente.

A caracterização da população encontra-se na tabela 3.1 correspondendo a um total de 785 profissionais de saúde dos quais 255 médicos e 530 enfermeiros.

Tabela 3.1 Caracterização da população Serviço de urgência e da Unidade de cuidados intensivos dos profissionais de saúde do CHULC, EPE.

Serviço ou Unidade	Serviço de urgência		Unidade de cuidados intensivos	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Hospital de São José	71	145	32	101
Hospital de Dona Estefânia	62	92	10	30
Hospital de Curry Cabral	Não tem serviço de urg	Não tem serviço de urg	30	107
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	50	55	Sem bebés covid	Sem bebés covid
Total	183	292	72	238

3.3 Técnica de Recolha de dados

A recolha de dados baseou-se num inquérito por questionário (estruturado em perguntas abertas e fechadas) distribuído à amostra dos profissionais médicos e enfermeiros do CHULC, EPE. Este questionário foi adaptado de um questionário internacional cedido pelo próprio autor com o seu consentimento (Weilenmann *et al.*, 2021). Desta forma utilizou-se um instrumento já anteriormente validado e aplicado a profissionais de saúde também a trabalhar na situação pandémica da COVID-19. O questionário referido anteriormente foi traduzido, adaptado à realidade portuguesa e do estudo de caso e adicionadas duas últimas perguntas de resposta aberta sobre o SSO. Foi depois testado e validado através de um pré teste efetuado a 2 profissionais enfermeiros da urgência e 3 médicos dos cuidados intensivos, não tendo surgidas dúvidas ou efetuadas alterações.

O questionário (Anexo I) foi construído através do Googlesurvey.com, lançado através de um link online, sendo posteriormente distribuído à amostra.

Tendo em conta o objetivo do trabalho o questionário foi dividido em várias questões (ver Tabela 3.2)

Tabela 3.2 Sessões do questionário e respetivos objetivos.

Sessões	Subsessões	Objetivos
Informação demográfica	A. Informação demográfica e identificação de doenças B. Informação sobre trabalho/emprego C. Carga horária	Caraterização demográfica e do local e situação de trabalho.
Burnout e ansiedade e depressão	D. Exposição ao coronavírus – COVID-19 (Sim/Não) E. Situação de trabalho durante a pandemia (Escala de Likert: 1 = nem um pouco a 7 = absoluto) F. Burnout (Escala de “Maslach burnout inventory - human services survey” 0 = nunca a 6 = todos os dias) G. Ansiedade- GAD 7 – (Escala de “General anxiety disorder” 0 = muito pouco a 3 = quase todos os dias) H. Depressão PHQ- 9 (Escala de “Patient Health Questionnaire” 0 = muito pouco a 3 = quase todos os dias) I. Solidão (escala de 0 = nunca ou quase nunca; a 2 = frequentemente) J. Vacinação (Sim/Não)	Caracterizar o impacto psicológico em termos emocionais da pandemia.
Serviço de Saúde Ocupacional (SSO)	L. A qualidade do SSO (escala de 1=mau a 5 = excelente, resposta aberta) M. Comentário (resposta aberta)	Caraterizar a resposta do SSO em tempo de pandemia e identificar melhorias.

A última seção incluiu 2 perguntas abertas de forma a permitir compreender por palavras expressas a sensibilidade e as angústias dos profissionais de saúde, sobre o apoio por parte do Serviço de Saúde Ocupacional e possíveis sugestões e melhorias e possível identificação dos pontos fracos e fortes, informação fundamental face ao objetivo deste trabalho.

Os dados recolhidos serão tratados no contexto da dissertação, não havendo nunca a possibilidade de identificar o informante, pois os questionários são anónimos e não recolhem quaisquer dados pessoais identificativos, cumprindo por isso o Regulamento da Proteção de

Dados. A aprovação deste projeto pelo Conselho de Administração, seguiu as orientações habituais onde foi submetido ao centro de investigação do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, posteriormente enviada à Comissão de Ética para apreciação e concordância.

3.4 Procedimento para a recolha de dados

Foram contactadas informalmente as direções dos serviços da área clínica médica e chefias de enfermagem após aprovação do projeto de estudo pelo Conselho de Administração, com a finalidade de sensibilizar os próprios responsáveis para conduzir a um número de respostas expressivo não só de médicos como enfermeiros.

Os questionários foram posteriormente enviados pelo investigador principal por e-mail, com link para questionário, aos diretores, responsáveis e chefias de enfermagem dos respetivos serviços - Unidades de Cuidados Intensivos e Serviços de Urgência que, por sua vez enviaram às suas equipas. Foi solicitada resposta até 4 semanas após receção do e-mail enviado, com consentimento informado prévio à resposta do questionário garantido o sigilo das respostas.

O preenchimento decorreu durante o mês de março de 2021.

3.5 Técnicas de tratamento de dados

No conjunto das técnicas de tratamento de dados recorreu-se à estatística descritiva (para as perguntas de resposta fechada) e à análise de conteúdo (para as perguntas de resposta aberta).

A estatística descritiva, definida como “o conjunto das técnicas e regras que resumem a informação recolhida sobre uma amostra ou uma população, e isso sem distorção nem perda de informação” (Huot, 2002), consiste na recolha, análise e interpretação de dados numéricos pela produção dos elementos informativos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos (Reis, 1996.). Foi construída uma base de dados com a apresentação das variáveis obtidas através do questionário com a elaboração de uma análise estatística descritiva. Para as diferentes variáveis foi efetuada a determinação de frequências absolutas e relativas e de medidas de tendência central (mediana) e de dispersão (valores mínimo e máximo).

A metodologia de análise de conteúdo é a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas (Bardin L, 1979). Nesta perspetiva e segundo (Vala 1986) a análise de conteúdo permite inferências sobre a fonte, a situação em que produziu o

material objeto de análise, por vezes até, o recetor das mensagens (Vala, 1986). Ou seja, o material sujeito a análise de conteúdo é concebida como resultado de uma rede complexa de condições, onde o analista constrói um modelo que irá permitir inferências de uma ou várias dessas condições de produção. Destina-se assim a classificar e categorizar um qualquer conteúdo, reduzindo as suas características a elementos fundamentais de forma a serem comparáveis a uma série de outros elementos. Esta metodologia necessita de normas bem definidas, como objetividade, regras claras de inclusão e exclusão nas categorias, categorias mutuamente excludentes (exclusividade) e não poderem ser muito amplas (homogeneidade), as categorias contemplarem todos os conteúdos possíveis, e “outro” ser residual (exaustividade). A análise categorial funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, resultando categorias e possibilitando reagrupamentos analógicos (Bardin, 2016).

Foi assim efetuada uma análise de conteúdo para a última sessão do questionário, onde foram elaboradas duas questões de resposta aberta, e criadas categorias de acordo com (Vala, 1986). Para cada categoria foram identificadas, quando aplicável, as unidades de análise, e quantificada a respetiva frequência e percentagem face ao número total de respostas dadas a cada uma destas perguntas abertas. Para aumentar a fidelidade e validade da análise de conteúdo a análise foi efetuada por dois codificadores.

Dado o elevado número de variáveis ao longo de todo o questionário e para fazer uma análise mais profunda entre as variáveis foi necessário eliminar alguma redundância nos dados, isto é, foi necessário excluir algumas variáveis altamente correlacionadas que não estivessem a dar informação útil ao utilizador para além da informação que já é fornecida por outras variáveis. Quando aplicável e complementarmente foram considerados métodos de estatística multivariada (ANOVA) para estudar potenciais associações entre variáveis ou grupo de variáveis, utilizando o teste t. Foi previamente testada a normalidade dos dados, para permitir a análise estatística paramétrica, referida anteriormente.

Para apoiar o tratamento de dados foram utilizados os softwares Excel e R.

4. Caracterização do Estudo de Caso: Os Serviços de Emergência do Centro Hospitalar de Lisboa Central

4.1 O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC) EPE, é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS), localizado na região de Lisboa, reconhecido como centro universitário através do Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de Agosto, denominado a partir daí como Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC).

O CHULC, EPE é o maior da região de Lisboa, engloba uma área populacional de aproximadamente 379 mil habitantes, podendo abranger até 1,5 milhões de habitantes por referenciação diferenciada para um total global de 1352 camas. O CHULC ainda responde a todo o território nacional, regiões autónomas, à solicitação dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e ainda cidadãos estrangeiros em férias, residentes no estrangeiro ou os que se encontram em trânsito ou negócios.

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE foi criado pelo DL n.º 50-A/2007 de 28 de Fevereiro, pela integração, numa única organização, de quatro hospitais centrais: Hospital de S. Marta, EPE (HSM), Hospital de D. Estefânia (HDE), Hospital de S. José (HSJ) e o Hospital de S. António dos Capuchos (HSAC) - os dois últimos integravam o Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central. A partir de 1 de Março de 2012, conforme o DL n.º 44/2012 de 23 de Fevereiro, integra também o Hospital de Curry Cabral, EPE (HCC) e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC).

É um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como instituição de referência no panorama dos cuidados de saúde em Portugal.

O CHULC assegura cuidados de saúde à população da sua área de influência em diversas especialidades médicas e cirúrgicas, que se distribuem por dois polos materno-infantil (HDE e MAC), um polo dedicado à área cardiovascular (Hospital da Santa Marta HSM) e três outros com vocação generalista, para adultos (HSJ, HSAC com valências de hematologia, gastroenterologia, dermatologia neurologia e oncologia e HCC dedicado à infeciologia.,

nefrologia e transplantação). Contempla ainda, uma urgência polivalente de adultos no HSJ, uma urgência pediátrica no HDE e uma urgência obstétrica/ ginecológica na MAC.

A história destes hospitais remonta ao século XV e nasce do Hospital Real de Todos-os-Santos que viria a funcionar durante 273 anos. Com o terramoto de 1755 e a sua destruição nasce Hospital de São José em 1755 que durante o século XIX e início do séc. XX veio agregar em torno de si, um conjunto de outros hospitais dando origem inicialmente ao grupo Hospital de S José e anexos e posteriormente ao grupo Hospitais Civis de Lisboa em 1913, hoje integrado no Centro hospitalar Lisboa Central, o Hospital de São José, o Hospital de Santo António dos Capuchos, o Hospital de Dona Estefânia, o Hospital de Santa Marta, o Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Hospital de S José

Inaugurado em 1755 hoje integrado no Centro Hospitalar de Lisboa (Central) tem 247 anos onde a esses anos, há que acrescentar os 182 anos que já tinha como colégio dos Jesuítas de Santo Antão-o-Novo (inaugurado em 1593).

Única estrutura hospitalar da capital até meados do século XIX Poder-se-á dizer até e sem grande impropriedade, de que a história dos hospitais é, até aqui, a história do Hospital de São José. Por estas razões compreende-se as circunstâncias que têm obrigado a obras constantes de recuperação e remodelação do corpo do edifício e à plethora de construções e acrescentos que, nos 50 000m² de área de cerca, obrigaram as necessidades dos progressos técnicos e científicos de assistência. Na realidade, e embora a traça exterior do edifício do antigo colégio, de arquitetura religiosa maneirista, se mantenha quase intacta, bem como a escadaria de acesso ao atual Salão Nobre, com os seus painéis de azulejos do século XVIII, o resto do interior pouco deve ter a ver com o primitivo (António Matoso, 2012).

O Hospital de S. José é onde se situa o Serviço de Urgência Central bem como possui uma Unidade de cuidados intensivos (Unidade de Urgência Médica – UUM) para adultos que antes da pandemia compreendia em janeiro de 2020 um total de 136 camas (aqui incluída a UCI do HCC), que por via do aumento de número de casos COVID-19 teve que se adaptar e crescer para um aumento de camas em número de 154 em janeiro de 2021 (Anexo F).

Hospital de Dona Estefânia

O Hospital, começado a construir em 1860, por iniciativa da Rainha Dona Estefânia, numa parte da Quinta do Paço Real da Bemposta, cedida ao Estado pela família Real é de realçar que foi o primeiro Hospital construído de raiz após o terramoto de 1755. Nunca foi convento, não teve ordens religiosas, sempre foi hospital. É também uma homenagem aos fundadores da pediatria em Portugal e aos seus seguidores que ao longo dos tempos conseguiram impor-se e afirmar-se como a Medicina da criança. Tem sofrido ao longo do tempo obras de reestruturação, em 1960 as obras profundas para se adaptar a hospital moderno conduziu a um aumento de camas em número de 350, com um melhorado serviço de urgência que se adaptou recentemente para o circuito COVID.

A unidade de infeciologia de referência nacional e uma unidade de cuidados intensivos para crianças COVID-19 que ao contrário da dos adultos não teve aumento de camas.

A par de outros hospitais internacionais como o *Children's Hospital Philadelphia* (1855) o primeiro hospital pediátrico dos EUA, que se reclama como o berço de muitos dos mais dramáticos *firsts* em Medicina Pediátrica, também o Dona Estefânia se viria a afirmar como o berço da Pediatria em Portugal.

Hospital de Santa Marta

O Hospital de Santa Marta, era convento, foi construído em 1612. No dia 1 de Novembro de 1755, o sismo, o fogo e o maremoto provocaram devastação praticamente em cerca de 2/3 das ruas da cidade de Lisboa, mas o convento de Santa Marta foi um dos onze entre os sessenta e cinco conventos existentes em Lisboa, que não obstante os danos, se mantiveram habitáveis. Foi em 1890 que o edifício foi usado como hospital improvisado para albergar as muitas vítimas de um surto de gripe que alvoroçou a cidade de Lisboa. Foi hospital escolar até a passagem em 1954 com a transferência dos serviços universitários para o hospital de Santa Maria. Nessa altura e para manter um elevado prestígio de elementos que integram o corpo clínico num permanente desafio competitivo de comparação com o Hospital de Santa Maria. O Hospital do coração e vasos concretiza o domínio cardiovascular. Neste período de pandemia pelo SARS-COV2 foi determinado como sendo hospital *free* COVID, ou seja, não tinha pacientes COVID-19.

Hospital de Santo António dos Capuchos

Muito recente a história do Hospital dos Capuchos reporta-se ao princípio do século sendo integrado ao grupo Hospitais Civis de Lisboa em 1928. Era o convento de Santo António dos Capuchos. Atualmente tem como serviços alocados a este hospital o serviço de medicina, hematologia, dermatologia, neurologia e oncologia, sendo estas unidades reconhecidas de então como pioneiras no país ao nível das respetivas especialidades. No período da pandemia e sendo este hospital “free covid” em qualquer momento que um doente testasse positivo para a COVID -19, seria de imediato transferido para o Hospital de Curry Cabral sendo depois acompanhado pela respetiva especialidade.

Hospital de Curry Cabral

Inicialmente denominado por Hospital do Rego à data da sua inauguração em 1906 é em 1929 que lhe foi atribuído o nome de Hospital de Curry Cabral mantendo a sua função de hospital de doenças infecto- contagiosas. Cresceu e em 1978 passou a estatuto de hospital central com prática multidisciplinar em que se destaca áreas como infeciologia, a medicina interna, endocrinologia, ortopedia, medicina física e reabilitação, urologia e mais recentemente a cirurgia hépato-biliar e unidade de transplantação renal e hepática e ainda as instalações renovadas de grande qualidade a Unidade de cuidados intensivos, (que cresceu em número de camas para este período da pandemia) e um bloco operatório central.

Note-se que ao longo deste tempo de pandemia pelo SARS-COV2 sobretudo na 3ª vaga os serviços de ortopedia e todos os restantes com exceção da unidade de transplante e nefrologia, foram todos transformados em enfermaria para doentes COVID -19 por necessidade de camas para internar doentes.

Maternidade Dr. Alfredo da Costa

A instituição nasce e sua inauguração concretiza-se por decreto nº 20.395 a 17 de outubro de 1931. A mais antiga, maior e mais diferenciada maternidade do país onde nasceram 570 776 bebés de 8 de dezembro a 30 de junho de 2013. Pioneira e centro de referência nacional em áreas como: neonatologia, medicina reprodutiva, gravidez de alto risco, consultas diferenciadas (Diabetes, estudos de morte fetal, gravidez múltipla, hipertensão gestacional, imunodepressão e patologia aditiva), bem como unidade de tratamento oncológico e unidade de multidisciplinar

para adolescente. Durante este período de pandemia o atendimento a grávidas COVID19 foi crescendo motivo pela qual houve necessidade de instalações de novo espaço para acolhimento dessas mesmas grávidas que estavam positivas para o SARS-COV2 quando identificadas no serviço de Urgências ou mesmo já em internamento (Penedo 2012).

4.2 O Serviço de Saúde Ocupacional do CHULC

O serviço de saúde ocupacional dirigido, pela Doutora Maria João Manzano é constituído por uma equipa multidisciplinar que a dezembro de 2020 contava com um total de 25 profissionais: 4 médicos especialistas, 4 médicos internos de formação específica, 6 enfermeiras, 3 técnicos responsáveis pela Ergonomia e Higiene e Segurança no Trabalho, 4 assistentes técnicos, uma psicóloga e uma higienista oral.

A Saúde Ocupacional sendo uma área transversal a vários domínios é essencial a presença de estes profissionais distribuídos pelos respetivos polos hospitalares (os seis polos já identificados anteriormente). O Organigrama do Serviço de Saúde Ocupacional encontra-se na Figura 4.1 de acordo com a aprovação em Conselho de Administração.

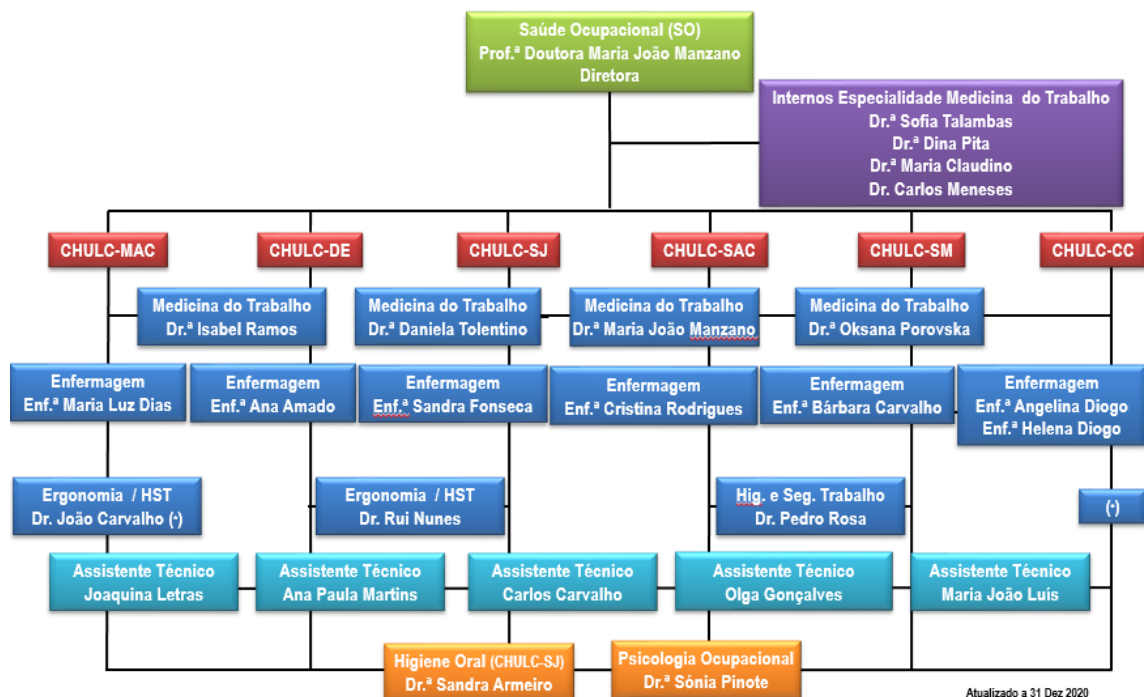


Figura 4.1 Organigrama do Serviço de Saúde Ocupacional do CHULC a dezembro de 2020.

Fonte: Organograma -SSO-dezembro 2020

4.3 Papel da Saúde Ocupacional na Pandemia COVID-19

Foi em 30 de janeiro de 2020, que a Organização Mundial de Saúde declarou o surto da doença COVID-19, declarada internacionalmente. Em 2 de março, Portugal registava o primeiro caso da doença. A 11 de março a OMS declara-a como pandemia mundial. O aumento de internamentos hospitalares por infetados e de óbitos relacionados, direta e indiretamente, com a doença alterou rapidamente o contexto de prestação de cuidados de saúde em Portugal. Os profissionais de saúde, aqueles cuja profissão é cuidar do outro e que até muitas vezes descaram da sua própria saúde viram -se tecnicamente e emocionalmente fragilizados para uma doença a data de então, ainda pouco conhecida.

Os serviços de saúde ocupacional, em particular os hospitalares confrontaram -se com elevados níveis de exigência no apoio à gestão pandémica. A carga de trabalho foi tão elevada que houve necessidade de reforço da nossa equipa com enfermeiros vindos do serviço da Qualidade para conseguirmos dar resposta a todas tarefas e ao acompanhamento necessário dos profissionais de acordo com as normas emanadas da DGS. Foi um período desafiante, exigente, mas ao mesmo tempo estimulante por sentirmos que o Serviço de Saúde Ocupacional desempenhava um papel essencial, na orientação e acompanhamento dos profissionais de saúde que consistia em:

- Identificação e estratificação de contactos de baixo, médio e alto risco.
- Orientação clínica dos profissionais sintomáticos.
- Apoio aos profissionais que contactavam com infetado a nível laboral.
- Registo em Plataforma SINAVE e Trace-COVID– Registo nacional de doenças infecciosas.
- Pedidos de teste PCR para pesquisa de SARS-COV2.
- Rastreios periódicos aos profissionais de acordo com os serviços mais vulneráveis
- Criação de linha de apoio emocional aos profissionais de saúde com a participação ativa da psicóloga do serviço.
- Participação de doença profissional.
- Colaboração na atualização do plano de contingência do CHULC perante as novas orientações pandémicas.

De todo o trabalho este efetuado existe ainda a tarefa de notificação diária e enviada ao Conselho de Administração do CHULC, dos casos positivos identificados dos profissionais de saúde por serviço, idade e categoria.

De março a dezembro de 2020, foram detetados 723 profissionais do CHULC positivos para SARS-CoV-2 num universo de 8969 profissionais. Destes, 112 pertenciam a empresas prestadoras de serviços (Uniself, Clece, Iberlim, Eurest, SUCH, entre outras. Tabela 4.1.

Tabela 4.1 Distribuição dos trabalhadores do CHULC infetados por polo hospitalar.

Hospitais	Frequência	Frequência relativa
HCC	168	23%
HDE	73	10%
HSAC	140	19%
HJS	211	29%
HSM	85	12,5%
MAC	46	6,5%
TOTAL	723	100%

Fonte: Base de dados SSO, 2020

Como se pode verificar pela tabela 4.1, o Hospital de S. José foi o mais afetado (n=211, 29%), seguido do HCC (n=168, 23%). O que está de acordo com os serviços do caso de estudo, os mais expostos a doentes infetados.

Analisando os dados dos profissionais dos serviços de Medicina de urgência e Cuidados intensivos na amostra estudada verificamos que em 2020 houve maior número de profissionais com doença COVID -19, do que em 2021, e que o número de enfermeiros no total que tiveram doença foi mais elevado, o que está de acordo com proporção de enfermeiros ser maior em relação ao número aos médicos conforme tabela 4.2.

Tabela 4.2 Distribuição de médicos e enfermeiros infetados COVID-19 nos serviços de Urgência +UCI

CHULC			
Infetados COVID-19	Urgência + UCI		Total
	MÉD	ENF	
2020	14	51	65
2021	9	39	48
Total	23	90	113

Fonte: \\base de dados Serviços\Saúde Ocupacional\COVID- Infetados ativos-dezembro de 2021

5. Resultados e Discussão

5.1 Taxa de resposta

Responderam ao questionário 166 funcionários, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 21,1%.

As respostas registadas por datas, apresentam-se na figura 5.1.

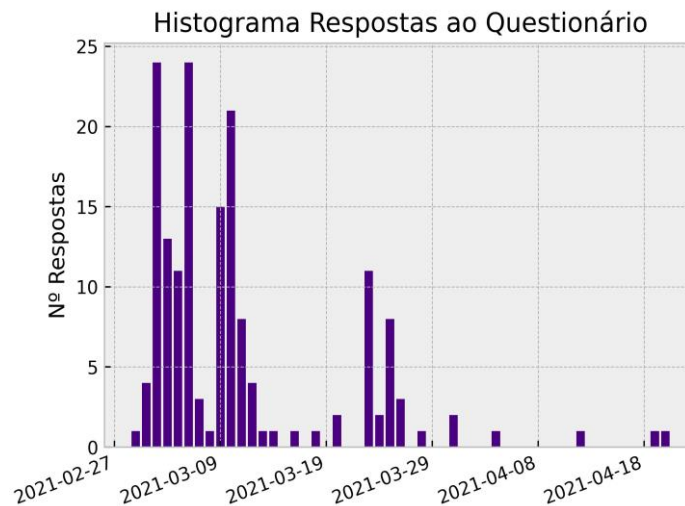


Figura 5.1 Data das respostas ao questionário.

Pela análise do gráfico da figura 5.1, podemos verificar que a maioria das respostas ao questionário foram feitas entre 3 e 25 de Março de 2021, altura em que, em Portugal, se registavam cerca de 500 novos casos diários e, segundo os especialistas, o país estaria na ponta final da terceira vaga. A elevada concentração (a nível temporal) das respostas recolhidas é um ponto positivo no que toca à consistência dos resultados. Adicionalmente, outro ponto bastante interessante dos resultados em questão é o facto de estes terem sido recolhidos após três vagas da pandemia e, na altura do inquérito, os participantes não estavam no pico de nenhuma vaga.

A. Informação demográfica

Uma primeira análise dos dados e caracterização da amostra em termos de informação demográfica e identificação de doenças foi efetuada através de tabelas de frequências absolutas (Tabela 5.1). A faixa etária mais bem representada é dos 40-49 (39 %) e a menos representada mais que 60 anos (4 %). Podemos também observar a distribuição do género dos participantes, a respetiva profissão e o facto de terem ou não crianças em casa, ilustrada na Figura 5.2.

Podemos observar que foram obtidas respostas de 128 mulheres e 38 homens. Além disso, 94 dos 166 participantes não têm crianças em casa enquanto 72 têm.

Tabela 5.1- Resultados do inquérito referentes à informação demográfica (frequências absolutas e percentagens).

	Freq Absoluta	(%)
Idade		
20-29	30	18,1%
30-39	63	38,0%
40-49	43	38,7%
50-59	21	18,9%
60+	9	5,1%
Género		
Homem	38	22,9%
Mulher	128	77,1%
Local Trabalho		
HSJ	53	31,9%
HDE	39	23,5%
MAC	34	20,5%
HCC	32	19,3%
HSAC	6	3,6%
Unidade Trabalho		
U HSJ	38	22,9%
U MAC	33	19,9%
UCI HCC	29	17,5%
UCI UUM/HSJ	28	16,9%
U HDE	23	13,9%
Crianças em casa		
Sim	72	43,4%
Não	94	56,6%
Doenças		
Hipertensão Arterial	8	4,8%
Doenças Respiratórias Crónicas	10	6,0%
Diabetes	1	0,6%
Sistema Imunológico	2	1,2%
Doenças Cardiovasculares	5	3,0%
Doenças Oncológicas	4	2,4%
Nenhuma	140	84,3%

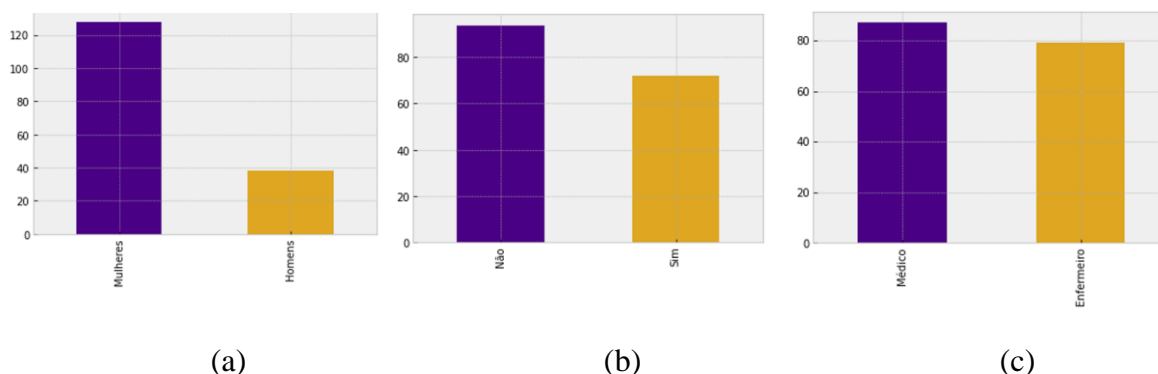


Figura 5.2 Resultados do questionário referentes à informação demográfica: **a)** Percentagem de homens e mulheres, **b)** crianças em casa e **c)** profissão dos respondentes.

Em relação ao local de trabalho observa-se que o HSJ é onde se encontra uma maior percentagem dos respondentes (32 %, sendo que 23 % trabalha na urgência desse hospital) e a menor percentagem no HSAC (cerca de 5 %).

Relativamente às doenças dos respondentes observa-se que a grande maioria, cerca de 84%, não sofre de nenhuma doença, dos restantes a doença com maior frequência encontra-se associada às doenças respiratórias crónicas (6 %).

B. Trabalho/Emprego

Em relação à informação referente ao trabalho observa-se que 87 dos respondentes eram médicos e 79 enfermeiros (Tabela 5.2).

Tabela 5.2 Resultados do inquérito referentes ao trabalho/emprego (frequências absolutas e percentagens).

Profissão	Freq. Absoluta	(%)
Médico/a	87	52,4
Enfermeiro/a	79	47,6
Outra área da saúde	0	0
Domínio de atividade principal	Freq. Absoluta	(%)
Médico Hospitalar	31	18,7
Médico Interno Hospitalar	33	19,9
Aluno Medicina	1	0,6
Enfermeiro Especialista	30	18,1
Enfermeiro	46	27,7
Enfermeira Gestora	1	0,6

Medicina Intensiva	26	15,7
Medicina Interna	13	7,8
Medicina Emergência	2	1,2
Anestesia	1	0,6
Pediatria	22	13,3
Ginecologia/Obstetrícia	16	9,6

A próxima estatística relevante de analisar concerne-se com os anos de experiência de cada profissional.

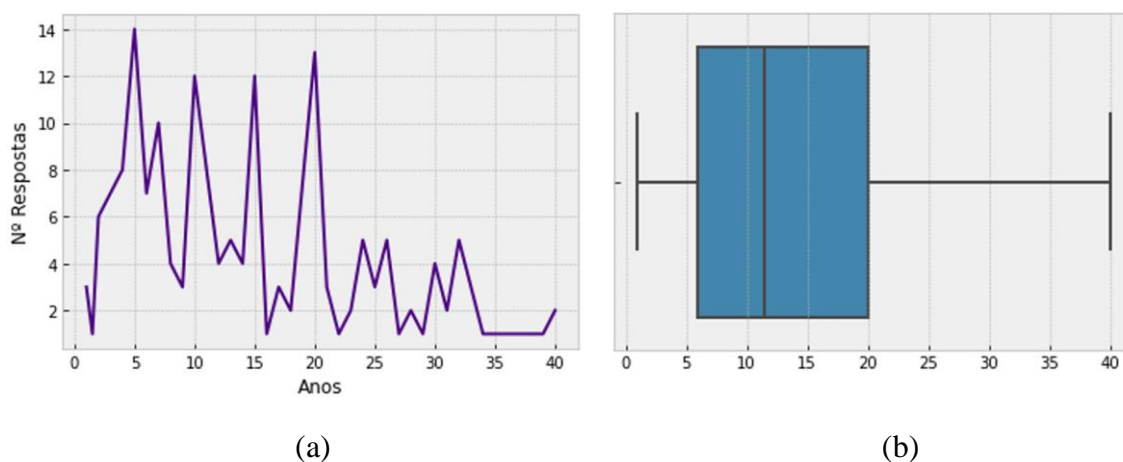


Figure 5.3 a) Anos de experiência profissional e b) Distribuição dos anos de trabalho dos participantes no inquérito

Podemos ver pela análise do gráfico da esquerda da figura 5.3, que temos vários tipos de indivíduos neste estudo, desde indivíduos com um ano de experiência profissional até indivíduos com 40 anos de experiência. Pela análise do gráfico da direita (b) verificamos que 50% dos indivíduos têm 12 ou menos anos de experiência e que há uma grande concentração de indivíduos nos primeiros 12 anos de carreira. Observa-se ainda que metade dos indivíduos têm entre 6 e 20 anos de experiência. Um gráfico *boxplot* representativo da distribuição dos anos de trabalho dos participantes no inquérito. O gráfico tem as seguintes informações; O número mínimo de anos trabalhados é 1, o número máximo é 40; cada secção entre duas linhas verticais corresponde a 25% das respostas o que significa que 25% das pessoas tem 6 ou menos anos de experiência, 25% têm entre 6 e 12 anos, 25% têm entre 12 e 20 e outros 25% entre 20 e 40.

C. Carga Horária

De seguida, foram analisados os resultados referentes à carga horária na última semana e antes da pandemia (época normal) e cujos resultados das frequências absolutas estão ilustrados na Tabela 5.3. As horas de trabalho normal situam-se maioritariamente entre as 36 – 40 horas (36%), 41 – 45 horas (21%) e 51 e 55 (21 %). Comparativamente na última semana entre as 36 – 40 horas (29%), mais de 60 horas (19%), 41 – 45 horas (18%) e 51 e 55 (16 %).

Tabela 5.3 Resultados do inquérito referentes à carga horária (frequências absolutas e percentagens).

Horas Trabalho última 1 Semana	Frequência absoluta	%
<20	3	1,8%
21<25	3	1,8%
26<30	1	0,6%
31<35	2	1,2%
36<40	48	28,9%
41<45	30	18,1%
46<50	14	8,4%
51<55	27	16,3%
56<60	6	3,6%
>60	32	19,3%
Horas Trabalho normalmente		
<20	4	2,4%
21<25	0	0,0%
26<30	3	1,8%
31<35	2	1,2%
36<40	59	35,5%
41<45	34	20,5%
46<50	19	11,4%
51<55	34	20,5%
56<60	3	1,8%
>60	8	4,8%
Horas Sono última semana		
<=4	2	1,2%
4<=5	29	17,5%
5<=6	75	45,2%
6<=7	40	24,1%
7<=8	17	10,2%
8<=9	3	1,8%

Efetuiu-se uma análise mais detalhada e comparativa das horas de trabalho normais e na última semana (ver figura 5.4), e verificamos que, em geral, houve um aumento do número de horas trabalhadas na última semana, quando comparado com a situação normal antes da pandemia. Estes resultados eram de certa forma expectáveis devido à sobrecarga do SNS na altura do inquérito, mesmo estando numa fase descendente do número diário de casos com a doença pandémica. De destacar que também existem alguns casos de indivíduos que trabalharam menos horas nas últimas 2 semanas do que o habitual antes da pandemia. Não era objetivo deste estudo identificar as razões para esta diferenças, mas é possível deduzir alguns fatores que possam levar a isso, nomeadamente, casos de confinamento por contacto com o vírus, trabalho por turnos com equipas fixas para não haver contágios entre equipas o que pode levar a uma redução do número de horas trabalhadas. Por último é importante também destacar que um número significativo de indivíduos indicou que, na última semana, trabalhou pelo menos 70 horas, o que representa uma quantidade demasiado elevada para qualquer ser humano o que desperta interesse em analisar o estado mental dos indivíduos que mais trabalharam na última semana em comparação com os restantes indivíduos.

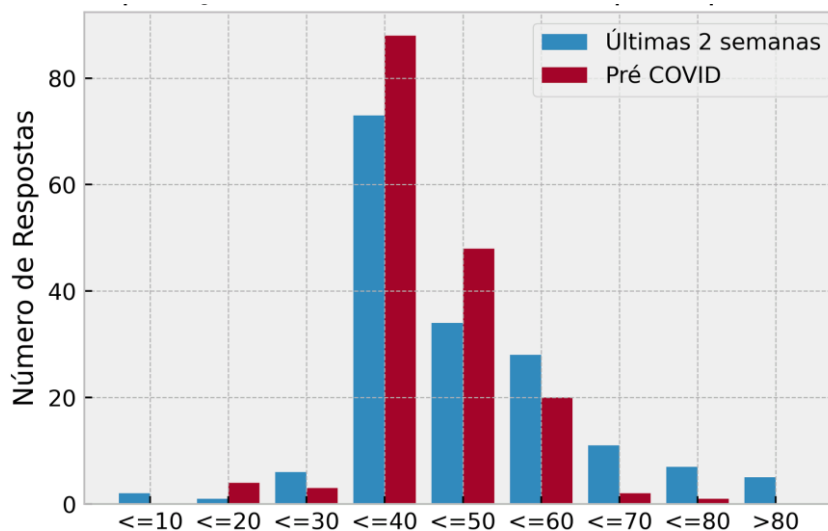
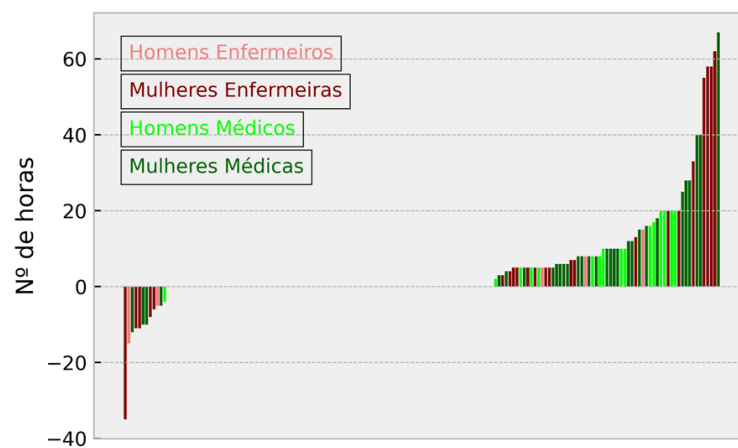


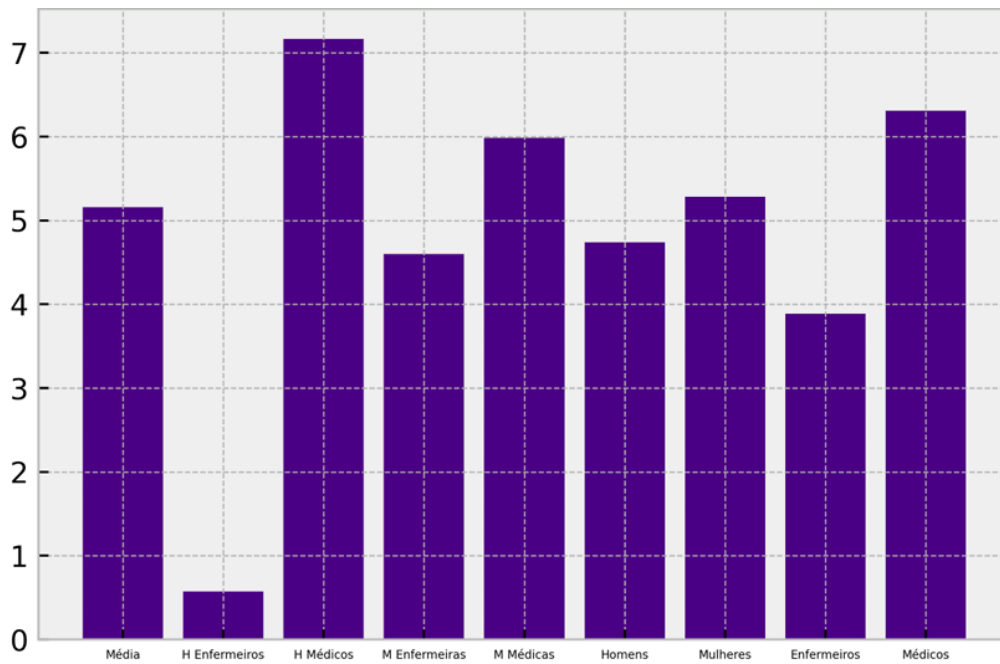
Figura 5.4 Comparação de horas de trabalho na última semana e nas horas de trabalho habitual.

Efetuiu-se uma análise em detalhe para verificar as diferenças e variação das horas de trabalho por dia (na época normal) e na última semana por género e profissão (ver figura 5.5). Pela análise da figura 5.5 a), vemos que as mulheres, tanto enfermeiras como médicas, sofreram

as maiores variações no número de horas trabalhadas em valor absoluto, ou seja, tanto no aumento como na redução das horas trabalhadas. No que toca à diminuição de horas trabalhadas temos um caso de uma enfermeira que trabalhou menos 35 horas. Olhando para este caso em particular vemos que a enfermeira passou de trabalhar 35 horas por semana para trabalhar 0 horas na última semana. Esta diferença pode ser explicada por um possível confinamento devido a contacto com pacientes infetados com COVID-19. Adicionalmente, uma outra explicação para o elevado número de mulheres com redução de carga horária na última semana pode dever-se à presença de crianças em casa durante a época de confinamento. Após a análise dos casos com redução de carga horária não foi possível tirar essa conclusão. Analisando o gráfico da figura 5.5 vemos que, em geral, as mulheres tiveram um maior aumento no número de horas trabalhadas nas últimas duas semanas, no entanto, a maior discrepância não se registou entre homens e mulheres, mas sim entre enfermeiros e médicos, caso em que os médicos trabalharam, em média, mais 6.3 horas por semana e os enfermeiros mais 3.9 horas. De destacar ainda dois pontos importantes. A menor diferença registou-se nos enfermeiros homens com um aumento de apenas 40 minutos de trabalho extra na última semana. Adicionalmente vemos que em qualquer uma das categorias, em média, registou-se um aumento do número de horas trabalhadas.



(a)



(b)

Figure 5.5 a) Diferenças ao número de horas de trabalho por dia (na época normal) e na última semana por género e profissão e **b)** Variação nas horas de trabalho na época normal e na última semana.

No que concerne a horas de sono (tabela 5.3 e figura 5.6), a distribuição das respostas apresenta alguns valores certamente preocupantes. Cerca de 45% dos indivíduos dormiram, em média, entre 5 a 6 horas por dia na última semana.

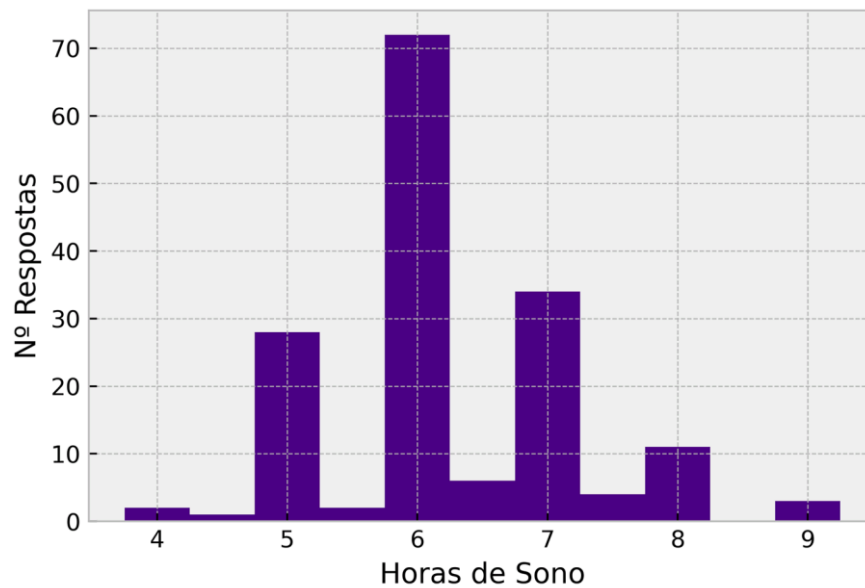


Figure 5.6 Respostas em relação ao número de horas em média que dormiram os respondentes na última semana.

5.2 Burnout e ansiedade e depressão

D. Exposição ao coronavírus – COVID- 19

A próxima secção do questionário pretendia determinar se os profissionais tinham sido infetados com COVID-19 e também se tinham contacto com alguém próximo ou contacto com pessoas infetadas no trabalho. Após recolher as respostas foi possível obter a seguinte tabela 5.4. Cerca de 12% dos indivíduos que responderam ao questionário estiveram infetados com COVID-19.

Tabela. 5.4 Respostas ao questionário relativo à exposição ao COVID-19. (frequências absolutas e percentagens).

Exposição ao COVID 19	Frequência absoluta	%
Teve COVID 19	20	12
Não teve COVID 19	146	88

Por observação e cruzamento das respostas verificou-se que todos os casos de infeção da COVID-19 ocorreram em indivíduos que frequentaram espaços destinado ao cuidado de pacientes COVID-19. Não houve casos de infeção em indivíduos que não frequentaram ditos espaços, quer estes indivíduos tenham estado em proximidade no trabalho com casos suspeitos de infeção ou não. De facto, a permanência em espaços destinados a cuidado de pacientes COVID-19 parece ser um fator determinante na probabilidade de contrair o vírus (tabela 5.5)

Tabela 5.5 Respostas ao questionário relativo ao Espaço e Proximidade ao COVID-19

Proximidade COVID	0	11
Espaço COVID	7	89
Proximidade COVID + Espaço COVID	13	35
Nenhum	0	11
Total	20	146

E. Situação de trabalho durante a pandemia

Esta secção do questionário refere-se às condições de trabalho durante a pandemia, mais especificamente sobre se os indivíduos se sentem bem informados e apoiados pelas autoridades

e pelas entidades empregadoras (ver Figura 5.7). Observa-se que os respondentes se sentiam maioritariamente bem equipados, apoiados e informados pelas entidades.

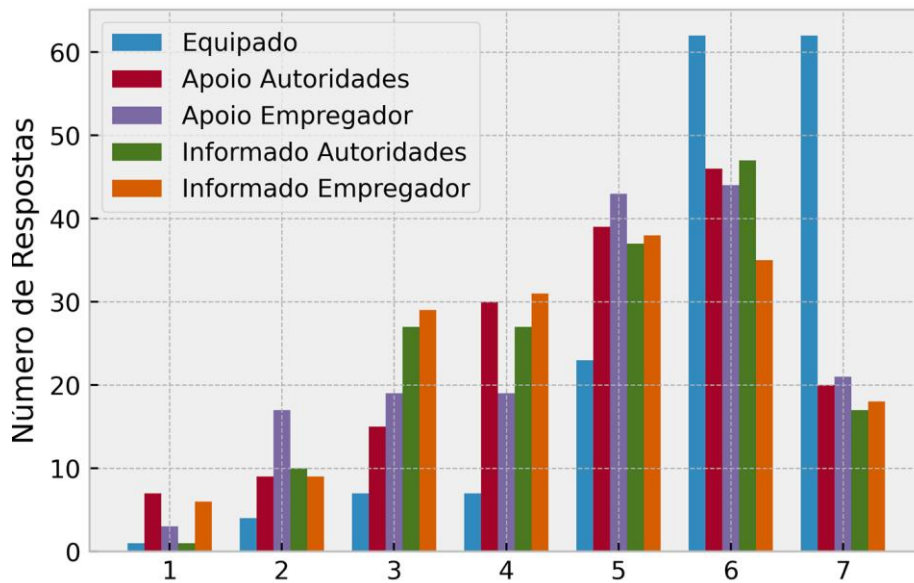


Figura 5.7 Resultado às 5 questões referentes à situação de trabalho durante a pandemia. Escala de Likert: 1 = nem um pouco a 7 = absoluto

F. Burnout

Em geral observa-se um elevado nível de *burnout* entre os participantes, (maior do que os níveis de agressividade), conforme ilustrado na figura 5.8.

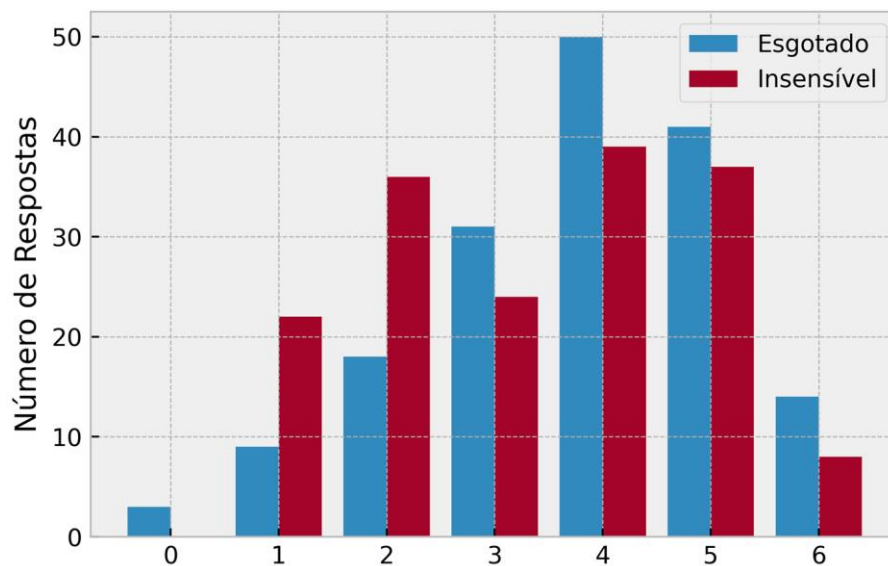


Figure 5.8 Resultado às 2 questões referentes à situação de Burnout. Escala de Likert: 0 = muito pouco a 6 = todos os dias.

G. Ansiedade- GAD 7

Esta secção destina-se ao estudo da ansiedade dos participantes de acordo com a escala internacional de *General Anxiety Disorder -7*. Por observação da figura 5.9 observa-se no geral os participantes sentem-se preocupados quase todos os dias. Os participantes demonstram algum nível de nervosismo, intranquilidade e medo sendo que estes sentimentos são expressos com frequência moderada. Associada aos níveis de preocupação está a dificuldade por parte dos participantes em conseguir relaxar.

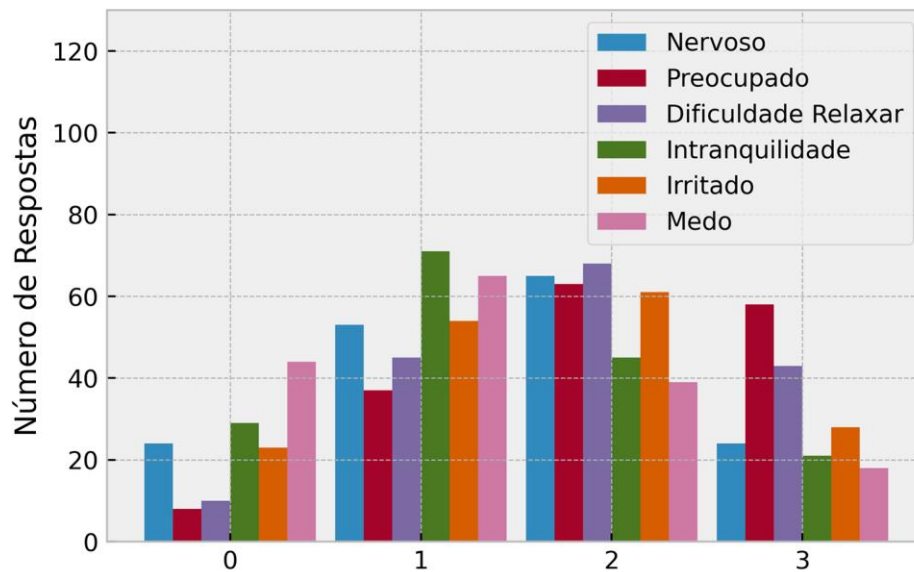


Figure 5.9 Resultado às 2 questões referentes à situação de Ansiedade. Escala de Likert: 0 = muito pouco a 3 = quase todos os dias.

H. Depressão PHQ -9

Esta secção referiu-se ao estado mental dos profissionais, mais concretamente, sobre os níveis de depressão dos mesmos, avaliados pela escala internacional de *Patient Health Questionnaire-9*. Através da análise dos gráficos da figura 5.10, podemos, desde já tirar algumas conclusões. Os níveis de depressão quanto a esta variável tem atribuída pouca importância pelos respondedores e parecem ter distribuições semelhantes. Os valores para a dificuldade em adormecer e para o apetite irregular parecem ter também distribuições semelhantes. Normalmente pessoas com dificuldade em adormecer tendem a petiscar à noite e,

portanto, depois tem um apetite mais irregular ao longo do dia. Os níveis de baixa autoestima e de dificuldade de movimento parecem ser bastante semelhantes em cada grupo.

Quase a totalidade dos participantes respondeu que se sente cansado com regularidade. A maioria dos participantes não apresenta pensamentos suicidas, no entanto, ainda existem alguns participantes que têm pensamentos suicidas com alguma regularidade (2) ou quase todos os dias (2).

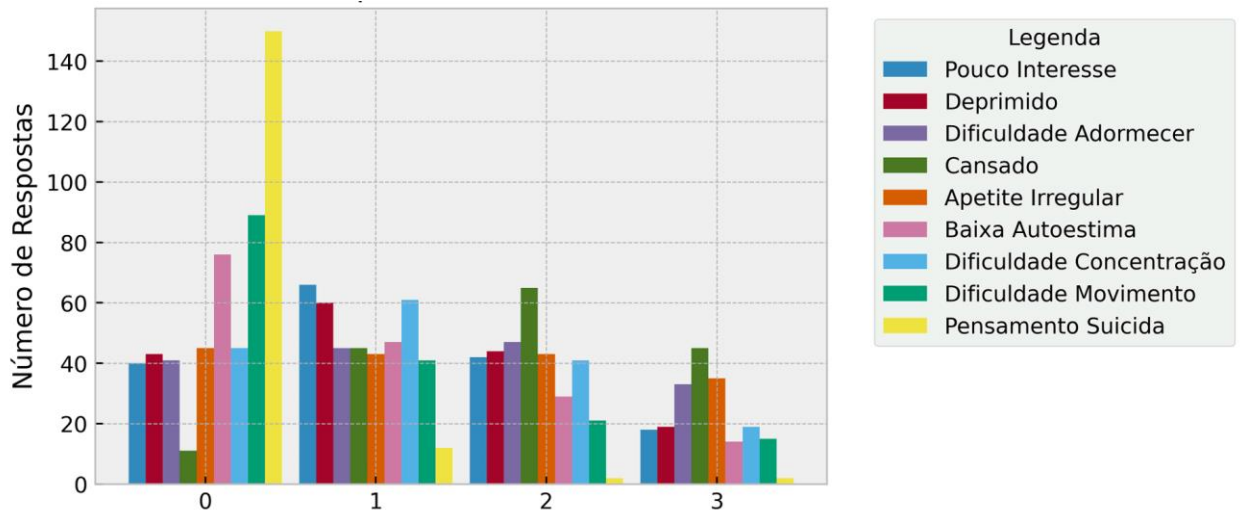


Figura 5.10 Resultado às 9 questões referentes à situação de Depressão – PHQ-9. Escala de Likert: 0 = muito a 3 quase todos os dias.

I. Solidão

Em relação à questão referente ao respondente se sentir isolado na última semana observou-se pela distribuição das respostas, que os valores apresentam comportamentos semelhantes aos apresentados para a dificuldade em adormecer (tabela 5.6).

Tabela 5.6 Respostas do questionário relativo à solidão. (frequências absolutas e percentagens).

Quantas vezes se sentiu isolado nos últimos 7 dias	Frequência absoluta	%
0	76	45,78%
1	58	34,94%
2	32	19,28%

J. Vacinação

Em relação às questões relacionadas com a vacina os resultados encontram-se na tabela 5.7, onde se tentou compreender se os participantes se sentem confiantes na vacina e se tencionam tomar a vacina.

Tabela-5.7 Respostas do questionário relativo à vacinação. (frequências absolutas e percentagens).

Confiante na vacina	Frequência absoluta	%
Sim	148	89,2%
Não	18	10,8%
Pretende vacinar-se		
Sim	160	96,4%
Não	6	3,6%

De notar que a esmagadora maioria dos indivíduos está confiante sobre a vacina e pretende tomá-la. No entanto temos alguns casos em que isso não acontece:

1. Dois profissionais estão confiantes, mas não tencionam tomar a vacina. Olhando para estes dois indivíduos vemos que um deles está na faixa dos 20-29 anos, o que corresponde ao grupo com menor taxa de mortalidade do vírus de entre os grupos presentes neste estudo. O outro indivíduo tem entre 40 e 49 (faixa de algum risco), no entanto, este indivíduo já esteve infetado pelo vírus.

2. Quatro profissionais não estão confiantes sobre as vacinas e não tencionam tomá-las. Todos estes indivíduos têm menos de 50 anos.

L. Serviço de Saúde Ocupacional (SSO)

Os resultados referentes ao que os respondentes consideravam em relação ao apoio por parte do Serviço de Saúde Ocupacional encontram-se na Tabela 5.8. As respostas quanto ao apoio por parte do serviço de saúde ocupacional, foi maior ao nível 3 e 4, mostrando uma tendência positiva, mas significando que este serviço ainda terá que melhorar.

Tabela 5.8 Resultados da frequência absoluta em relação ao apoio por parte do Serviço de Saúde Ocupacional (Escala a de 1 = mau a 5 excelente).

Considera que...	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Apoio do SSO foi favorável	29	35	48	43	11

Obteve-se um total de 60 respostas à questão número 2, sobre identificação dos pontos fracos e fortes e sugestões de melhorias. A análise de conteúdo a essas respostas permitiu definir as categoria e unidades de análise explicitadas na tabela 5.9. Observa-se que os pontos fracos mais identificados estão relacionados com a falta de coerência e clareza nos serviços prestados do SSO e a falta de capacidade de resposta aos diversos serviços prestados, ambos identificados em 12 % das respostas. No primeiro ponto fraco identificaram-se diversas questões mais específicas nomeadamente relacionadas com “critérios clínicos pouco claros para a identificação dos profissionais para vacinação”, “horários pouco claros”, “SSO serve apenas para atestar acidentes de serviço e doenças”, “SSO não chega de forma equitativa a todos os serviços”. No ponto fraco relacionado com a falta de capacidade de resposta, foram identificadas questões específicas como “limitações estruturais do serviço”, “poucos profissionais de SO” ou “falta acompanhamento psicológico”. Foram identificados ainda outros pontos fracos, mas apenas em 3 respostas e de carácter muito específico, realçando-se apenas a questão da “falta de comunicação” (ver tabela 5.9). Em relação aos pontos fortes, curiosamente foi identificada, em oposição aos pontos fracos, a boa capacidade de resposta do serviço em 15 % das respostas, realçando questões como “boa atuação durante a pandemia”, “contacto fácil e imediato”, “solidariedade entre colegas”, “administração eficaz do teste” e “apoio constante aos profissionais”. Foi ainda identificado outro ponto fraco, mas apenas em 1 resposta e de carácter muito específico. Em relação às propostas de melhorias, estão relacionadas com os pontos identificados anteriormente. Realça-se em 42 % das respostas a necessidade de implementar um serviço de maior proximidade e acompanhamento continuado, em 22 % melhorar a comunicação do serviço e em 7 %, implementar um serviço de maior rapidez e disponibilidade.

Tabela 5.9 *Categorias, unidades de análise e respetiva frequência e %, referentes à questão sobre sugestões de melhorias e identificação de pontos fortes e fracos sobre o serviço de saúde ocupacional.*

Categoria	Unidade de análise	Frequência	%
Pontos fracos	Falta de coerência e clareza nos serviços prestados	7	12
	Falta de capacidade de resposta aos diversos serviços prestados	7	12
	Outros (“resposta alarmante potenciadora de stress”, “baixo grau de envolvimento”, “falta de comunicação”)	3	5
Pontos fortes	Boa capacidade de resposta do serviço Solidariedade entre Colegas	9	15
	Outros (“boa interligação entre os vários elementos”)	1	2
Propostas de melhoria	Implementar um serviço de maior proximidade e acompanhamento continuado	25	42
	Melhorar a comunicação do serviço	13	22
	Implementar um serviço de maior rapidez e disponibilidade	4	7
	Outros (potenciar a valorização profissional e pesquisar anticorpos vacinais)	3	5

Na questão final sobre os comentários pretendia-se recolher outras informações que os respondentes poderiam identificar e que não foram abordadas pelas perguntas anteriores. Esta questão também não era obrigatória, tendo-se obtido apenas 16 comentários válidos, não se tendo analisado respostas como “não” ou “obrigada”. Foi efetuada uma sugestão de colocar a hipótese de “deixar de exercer”, possivelmente associada à pergunta nº 4 do questionário. 31 % dos comentários estavam relacionados com a necessidade de melhorar o serviço de SSO, por exemplo em termos da comunicação e proximidade, o que reforça as respostas de melhoria já identificadas anteriormente. Nesta categoria saliente-se ainda sugestão de implementação de “Medicina ocupacional fora de pandemia e proactivo”. Outra categoria sugerida nesta questão relacionou-se com o modelo de governança do processo de vacinação e testagem (31 % das respostas). Neste âmbito foi sugerido “Melhoria da realização de testes aos profissionais, incluindo a realização de testes serológicos aos vacinados”, “O plano de vacinação deveria ter sido coordenado pela saúde ocupacional e não pelo CA” e “Uma política de testagem mais frequente, até para aumentar o sentido de segurança quanto ao modo que procedíamos para prestar os cuidados”. Esta categoria relaciona-se também com as necessidades específicas dos

profissionais de saúde que foram ainda sugeridas em 19 % das respostas, realçando-se “Testagem em massa dos profissionais do CHULC”, a “Necessita ser repensada a atitude da SO face ao excesso e trabalho, horas extraordinárias e o seu impacto nos profissionais. É inaceitável ter profissionais a fazer mais de 100 h extraordinárias mês (fora de pandemia)” e “Uso de medicação psicotrópica, álcool, acompanhamento psicológico”. 13 % dos respondentes identificaram ainda a necessidade de valorização profissional, nomeadamente sobre a forma de “valorização monetária correspondente ao número de horas e horários exigentes” Foram ainda identificados 2 comentários classificados como outros, de carácter muito específico (tabela 5.10).

Tabela 5.10 *Categorias e respetiva frequência em %, referentes à questão sobre comentários adicionais ao inquérito.*

Categoria	Frequência	%
Melhorar o serviço de SSO	5	31
Modelo de governança do processo de vacinação e testagem	5	31
Necessidades específicas dos profissionais de saúde	3	19
Valorização profissional	2	13
Outros (“Menos palmas, mas cumprimento, menos facilitismo”, “Deve melhorar a acessibilidade no SNS”).	2	13

5.3 Análise estatística das diferentes variáveis em estudo

Dado que temos um elevado número de variáveis e, para fazer uma análise mais profunda entre as variáveis é necessário eliminar alguma redundância nos dados, isto é, é necessário excluir algumas variáveis altamente correlacionadas que não estejam a dar informação útil ao utilizador para além da informação que já é fornecida por outras variáveis. Adicionalmente também terá que ser feita uma filtragem para incluir apenas as variáveis de interesse para o estudo.

Após remoção de diversas variáveis usando análise de correlação chegamos a um conjunto de dados com 49 variáveis explicativas em que muitas das variáveis são simplesmente indicadores de categorias de algumas perguntas do questionário. Por exemplo, existem variáveis indicadoras para os indivíduos cujo domínio de atividade é medicina hospitalar, outros indicadores para indivíduos que sofrem de hipertensão arterial, etc.

De seguida, tendo escolhido as variáveis mais relevantes que refletem o estado mental dos profissionais, procedesse para o estudo do impacto das restantes variáveis explicativas na saúde mental dos participantes. Nas duas primeiras secções foi feita um simples teste de comparação de médias por grupos para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre eles. Nos restantes casos, foi feita uma análise de variância ANOVA.

Em primeiro lugar começámos por analisar o impacto das variáveis mais simples, nomeadamente, estudámos o impacto do género, da profissão (médico ou enfermeiro) e de ter ou não crianças em casa. Na tabela seguinte pode observar-se os resultados obtidos. Na tabela 5.11 está indicado com (*) quando existe diferença significativa entre os dois grupos.

Tabela 5.11 Resultados do teste ANOVA referentes à relação entre as variáveis mais relevantes que refletem o estado mental dos profissionais. *Valor $p < 0.10$ implica diferença significativa.

	Género	Profissão	Crianças
Falta de Concentração	0.688	0.501	0.251
Deprimido	0.178	0.801	0.338
Dificuldade em Adormecer	0.072*	0.089*	0.131
Esgotado	0.406	0.791	0.138
Insensível	0.914	0.113	0.857
Intranquilo	0.796	0.340	0.189
Medo	0.533	0.543	0.212
Preocupado	0.120	0.088*	0.385
Pensamentos Suicidas	0.990	0.238	0.162

Ao analisar os casos onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas concluiu-se que os enfermeiros se sentem em média, mais preocupados do que os médicos e têm, em média, mais dificuldade a adormecer. As mulheres também têm, em média, mais dificuldade a adormecer.

De seguida fez-se uma análise semelhante, mas agora com variáveis binárias relacionadas com o vírus em si, mais concretamente se o indivíduo contraiu COVID-19 e se o indivíduo frequenta

espaços de tratamento de pacientes COVID. Os resultados dos testes apresentam-se na tabela 5.12.

Tabela 5.12 Resultados do teste ANOVA referentes à relação entre as variáveis mais relevantes que refletem o estado mental dos profissionais e o indivíduo contraíu COVID-19 e se o indivíduo frequenta espaços de tratamento de pacientes COVID. *Valor $p < 0.10$ implica diferença significativa.

	COVID	Espaço COVID
Falta de Concentração	0.545	0.067*
Deprimido	0.685	0.073*
Dificuldade em Adormecer	0.002*	0.746
Esgotado	0.105	0.783
Insensível	0.721	0.315
Intranquilo	0.190	0.546
Medo	0.368	0.123
Preocupado	0.116	0.104
Pensamentos Suicidas	0.734	0.000*

Após análise dos casos onde se registaram diferenças significativas podem tirar-se as seguintes conclusões:

Os profissionais que frequentam espaços de tratamento de pacientes COVID (E-COVID) têm mais falhas de concentração quando comparados com os restantes indivíduos. Os que estão no E-COVID sentem-se mais deprimidos do que os restantes colegas de profissão e apresentam maior tendência para pensamentos suicidas em relação aos restantes (não se registaram pensamentos suicidas nos indivíduos que não frequentam espaços de tratamento de pacientes COVID). Salientar que os que contraíram o vírus SARS-Cov2 têm, em média, mais facilidade em adormecer do que os restantes indivíduos.

De seguida estudou-se a influencia das horas de trabalho e das horas de sono na saúde mental dos participantes. Através de um estudo de análise de variâncias (ANOVA) é possível determinar se existem diferenças estatisticamente significantes entre as medias das horas de trabalho/sono para cada nível das variáveis que descrevem o estado mental dos participantes. Por exemplo, vemos que não há diferenças estatisticamente significativas entre as médias de horas trabalhadas nas últimas duas semanas nos diversos níveis de falta de concentração, isto é, no questionário os participantes escolheram um nível de falta de concentração que sentiam

entre 0 e 3. O estudo ANOVA tabela 5.13, indica que as médias da quantidade de horas trabalhadas nos vários patamares de falta de concentração são estatisticamente semelhantes.

Tabela 5.13 Resultados do teste ANOVA referentes à relação entre as variáveis mais relevantes que refletem o estado mental dos profissionais e as horas de *trabalho*. Valor $p < 0.10$ implica diferença significativa.

	Horas de Trabalho 2 últimas Semanas	Horas de Sono 2 últimas Semanas	Diferença Horas Trabalho
Falta de Concentração	0.219	0.167	0.552
Deprimido	0.829	0.423	0.266
Dificuldade em Adormecer	0.815	0.001*	0.178
Esgotado	0.262	0.001*	0.169
Insensível	0.393	0.068*	0.379
Intranquilo	0.484	0.015*	0.646
Medo	0.259	0.171	0.080*
Preocupado	0.427	0.129	0.438
Pensamentos Suicidas	0.269	0.008*	0.862

Nos casos em que o estudo retorna valores positivos, isto é, quando obtemos um valor p inferior a 0.1 isto significa que existe diferença significativa entre pelo menos um par de grupos, no entanto, é necessária uma análise mais extensa para perceber que diferenças significativas se existem, de facto, e entre que grupos tais diferenças estão presentes. Após análise mais extensa chegaram-se às seguintes conclusões:

O número de horas trabalhadas nas últimas duas semanas não apresenta nenhuma influência estatisticamente significativa nos níveis de saúde mental testados. A diferença no número de horas de trabalho nas últimas 2 semanas em relação ao número de horas de trabalho antes da pandemia tem influência significativa no medo, angústia sentido pelos participantes, no entanto, após analisar a significância entre os diversos grupos 2 a 2 não foi possível chegar a nenhuma conclusão prática. O número de horas de sono nas 2 últimas semanas influencia significativamente as seguintes variáveis:

1. dificuldade de adormecer: Os indivíduos que têm maior dificuldade em adormecer dormem, em média, como seria de esperar, menos horas por dia.

2. esgotado: os indivíduos que se sentem esgotados quase todos os dias (responderam na categoria 6) dormem, em média, menos horas do que os indivíduos que se sentem menos esgotados (responderam nas categorias 0,1,2 e 3)

3. insensível: Após análise não se conseguem tirar conclusões sobre diferenças relevantes para o estudo

4. intranquilo: os indivíduos que se sentem mais tranquilos (responderam 0) dormem mais horas do que os indivíduos que se sentem bastante intranquilos (responderam 3)

5. pensamentos suicidas: os indivíduos que não têm pensamentos suicidas (responderam 0) dormem mais horas do que aqueles indivíduos que têm alguns pensamentos suicidas (responderam 1) mas tal diferença não é estatisticamente significante quando consideramos os grupos de indivíduos que têm pensamentos suicidas com frequência mais elevada (responderam 2 ou 3), ou seja, não há uma relação completamente explícita entre a frequência de pensamentos suicidas e as horas de sono nas últimas duas semanas

Relativamente às idades dos participantes, registaram-se algumas implicações relevantes: Os profissionais na faixa etária 40-49 têm mais dificuldade em adormecer relativamente aos das faixas etárias 20-29 e 30-39. Os profissionais na faixa etária 30-39 sentem-se mais esgotados do que os das faixas etárias 20-29, 40-49 e 60+.

Em relação ao local de trabalho os profissionais do HSM estão muito menos preocupados em relação aos restantes grupos (só temos respostas de 2 indivíduos) provavelmente por ser Hospital *freecovid*. Na MAC estão, em média, menos esgotados do que os indivíduos no HSJ, HCC e HDE. Enquanto os profissionais do HSM e do HSAC, em média, têm menos dificuldade em adormecer do que os restantes, sendo que os profissionais do HSM são aqueles que têm menos dificuldade. É no HSAC que têm, em média, menos falhas de concentração do que os indivíduos HSJ, HCC e HDE.

Avaliada a unidade de trabalho, os profissionais das UCI do HCC têm menos faltas de concentração do que profissionais das urgências de HSJ, HDE e MAC, porque admito que quando os doentes são admitidos nas unidades já têm o diagnóstico de COVID-19 e quem os recebe prepara-se psicologicamente para os admitir. Os profissionais da UCI do HDE sentem menos medo do que os restantes indivíduos nos outros centros.

Relativamente às doenças pré-existentes dos participantes, registaram-se também algumas implicações relevantes (tabela 5.14): Os profissionais que sofrem de hipertensão têm, em

média, menos pensamentos suicidas pode ser justificado por ser pouco representativa para o número de respondentes. Os que sofrem de doenças respiratórias crônicas têm, em média, mais dificuldade em adormecer, sentem-se mais insensíveis, intranquilos, com mais medo e mais preocupados. Explica-se pela razão de esta doença afetar sobretudo as vias respiratórias. Apenas 1 participante apresentava diabetes e apenas um indivíduo apresentava doenças que deprimem o sistema imunológico. Os que sofrem de doenças cardiovasculares sentem-se, em média, mais esgotados, insensíveis, intranquilos e preocupados. No entanto, estes indivíduos também têm menos pensamentos suicidas. Indivíduos que sofrem de doenças oncológicas (4) sentem-se, em média, mais deprimidos, intranquilos, têm mais dificuldade em adormecer, medo e têm mais pensamentos suicidas. Indivíduos que não sofrem de qualquer doença pré-existente sentem-se mais tranquilos e menos preocupados do que os restantes, no entanto, aparentam ter, em média, mais pensamentos suicidas. De notar que os resultados para os indivíduos que sofrem de doenças oncológicas, doenças que afetam o sistema imunológico e os que sofrem de diabetes foram obtidos com base em muito poucas observações.

Tabela 5.14 Resultados do teste ANOVA referentes à relação entre as variáveis mais relevantes que refletem o estado mental dos profissionais e as doenças dos profissionais. Valor $p < 0.10$ implica diferença significativa.

	Hipertensão	Respiratória Crónica	Cardiovascular	Oncológico	Nenhuma
Falta de Concentração	0.842	0.256	0.645	0.245	0.892
Deprimido	0.750	0.394	0.224	0.022*	0.859
Dificuldade em Adormecer	0.858	0.054*	0.102	0.012*	0.363
Esgotado	0.359	0.521	0.056*	0.164	0.646
Insensível	0.353	0.025*	0.000*	0.146	0.381
Intranquilo	0.692	0.100	0.009*	0.087*	0.064*
Medo	0.620	0.024*	0.453	0.000*	0.313
Preocupado	0.927	0.017*	0.073*	0.194	0.010*
Pensamentos Suicidas	0.000*	0.569	0.000*	0.000*	0.000*

No estudo internacional dos autores Tobias e Sonja Weillenmann, os níveis mais altos de ansiedade e depressão foram encontrados nas mulheres enfermeiras e nas mulheres do grupo da linha da frente e com maior experiência profissional. Isto pode explicar-se pela associação positiva que quanto mais velhos, maior grupo de risco e por consequência maior ansiedade. Por outro lado, em relação ao *burnout* foi negativamente associado à experiência profissional e positivamente relacionado com a horário de trabalho. Neste mesmo estudo os enfermeiros tendem a estar mais preocupados do que os médicos. Isto pode ser justificado pelos enfermeiros se situarem mais na linha da frente. Tendo este estudo sido aplicado no período inicial verificase o seguinte em relação à saúde mental global dos profissionais de saúde, as mulheres foram mais sintomáticas do que os homens e os profissionais da linha da frente com mais sintomas do que, os que não estavam na linha da frente.

No entanto, estes efeitos não foram estatisticamente significativos. O mais importante foi a associação de *burnout* com exposição ao COVID -19.

No nosso caso de estudo também a maior parte das diferenças não foram estatisticamente significativas, mas é possível associar um maior desgaste pós COVID e uma mudança nas rotinas (horas trabalho/sono).

6. Conclusões

Este trabalho revela que, hoje, a Saúde Ocupacional pós-COVID, tornar-se-á numa área crítica de sucesso, cada vez mais com maior relevância dentro das organizações e no mundo do trabalho.

O objetivo da investigação consistiu em estudar o impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais, médicos e enfermeiros, e avaliar consequentemente o papel do SSO na gestão emocional daqueles profissionais. O estudo de caso centrou-se nos serviços de Medicina de Cuidados Intensivos e de Medicina de Urgência do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Os principais resultados permitem concluir que o impacto fundamental desta pandemia parece estar mais relacionado com a falta de horas de sono, comparativamente ao número de horas de trabalho. De forma geral, os profissionais com saúde mental mais fragilizada foram aqueles que usufruíram de menos horas de sono, nomeadamente, decorrentes da dificuldade em adormecer, sentindo-se, por esse motivo, exaustos e inquietos. Os indivíduos, na faixa etária 40-49, foram os que manifestaram maior dificuldade em adormecer, enquanto os indivíduos, na faixa etária 30-39, são os que revelam maior estado de esgotamento. O nível de *burnout* em todos os participantes foi bastante elevado e expresso pela extenuação durante o exercício profissional.

Os participantes demonstraram algum nível de nervosismo, intranquilidade e medo, sendo possível considerar que estes sentimentos foram expressos com frequência moderada. Os resultados também expressam uma conexão entre a presença de certas doenças pré-existentes e um deterioramento da saúde mental para um certo perfil de indivíduos, quando os comparamos com outros que não sofriam de qualquer doença. Deve-se também pôr em evidência os casos que apontaram para pensamentos suicidas revelados tendencialmente em indivíduos, sem quaisquer doenças pré-existentes. Saliente-se também que a percentagem dos inquiridos, que apresentaram doenças pré-existentes, é baixa pelos que estes resultados necessitarão de ser confirmados por maiores percentagens de respostas.

Associada aos níveis de preocupação, sobressaiu a dificuldade por parte dos profissionais em conseguir relaxar em este período de forte perturbação. Quanto à variável depressão, reconhece-se que lhe foi atribuída pouca importância pelos respondentes, demonstrando poucas diferenças estatisticamente significativas relativamente às variáveis estudadas. O facto de a

aplicação deste estudo ter sido efetuada na fase final da 3ª onda da pandemia, portanto, já numa fase descendente, em número de casos de doentes COVID-19, pode esclarecer os resultados, que pouco peso concederam à variável depressão.

Quanto à influência do local de trabalho, de uma forma geral, observam-se indícios de que os indivíduos do HSM apresentam níveis de preocupação mais baixos (o que se compreende pelo facto de ser um hospital *freecovid*), manifestados, por exemplo, por melhor qualidade de sono. Os profissionais do HSAC são os que expressam menos falhas de concentrações. Algumas evidências permitem concluir que os profissionais do HSM e do HSAC são os que exprimem os melhores níveis de saúde mental, o que poderá estar associado ao facto destes hospitais não terem sido associados ao serviço de urgência, nem aos serviços referenciados a doentes COVID-19.

Foi também possível concluir que, de acordo com as respostas, o Serviço de Saúde Ocupacional deixa transparecer alguns pontos débeis, como a falta de comunicação e de clareza nos serviços prestados e no diálogo com os diversos interlocutores. Por outro lado, deve-se, no entanto, salientar a boa capacidade de resposta do Serviço e a vigorosa solidariedade entre colegas.

As aprendizagens e propostas de melhorias para respostas futuras do SSO do Centro Hospitalar em análise, evidenciam-se pela necessidade de uma comunicação mais eficaz e pela implementação de um serviço de maior proximidade e acompanhamento muito mais continuado. Foi, deste modo, sugerido a necessidade de uma testagem em massa dos profissionais do CHULC, e ainda a premência de ser repensada a atitude do SO perante o excesso de trabalho, horas extraordinárias e pelo impacto no desempenho dos profissionais. Foi ainda identificada a valorização profissional, nomeadamente sob a forma de consideração monetária, devido ao número de horas e aos horários exigentes.

No impacto psicológico da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde, o Serviço de Saúde Ocupacional tem de ter uma preocupação acrescida, ir ao encontro das insatisfações e das dificuldades, mitigando os riscos e avaliando a intensidade da carga horária de trabalho de certos serviços, com o apoio da gestão hospitalar. Estas manifestações expressas, ainda não resolvidas, podem também ter implicações na saúde mental dos profissionais.

Algumas propostas de melhoria do Serviço podem resultar de avaliações epidemiológicas periódicas aos profissionais de saúde (por exemplo, através de questionários)

e pela implementação de sistemas mais centralizados na prática quotidiana da comunicação (por exemplo, através das tecnologias de informação e canais internos do Centro Hospitalar), garantido, deste modo, maior acompanhamento e prevenção de problemas que atingem a saúde mental.

Este trabalho permitiu também proceder a algumas reflexões mais gerais, em relação à vivência de uma pandemia por parte do Serviço Nacional de Saúde. Como imaginar que que numa 2ª onda de pandemia, que estávamos ainda a gerir em novembro de 2020, e logo em dezembro de 2020, instala-se uma 3ª onda com uma nova variante, e esta com muito mais virulência e maior gravidade.

Na verdade, houve omissão de algumas decisões mais precoces, devido ao período festivo do final do ano (quando, nesta altura, já tínhamos um número muito elevado de doentes internados nos cuidados intensivos), que culminou em cerca de 900 doentes internados em UCI no mês de fevereiro de 2021, um número nunca antes registado. Como não conceber as dificuldades perante esta situação? Como não pensar que foi tão duro para quem trabalha em cuidados intensivos ao longo de mais de 37 invernos de serviço, em que houve angústias e medos, mais angústias do que medos, como afirma o Prof. José Artur Paiva do Hospital de São João (*Jornal I*, 4/2/ 2022).

Tendo como ativo essencial os profissionais de saúde, todos eram necessários e, por isso, foi essencial proteger e cuidá-los em condições nunca antes testadas. Ocorreram certamente erros ou “omissões de decisão”, mas a resposta do SNS foi extraordinária perante o inesperado da pandemia, e destes ensinamentos poderemos continuar a trabalhar num futuro, que, afinal, pode ser tão breve com este tipo de ameaças silenciosas. Há que dizê-lo, e não omitir que, se não tivéssemos um SNS (mesmo estando débil em recursos humanos), a situação pandémica teria sido ainda muito mais dramática.

A convergência e integração entre Hospitais, Saúde Pública e Cuidados de Saúde primários será cada vez premente. Há também que respeitar que, quem teve de tomar decisões, num processo de gestão de pandemia extremamente difícil, mas que no global, essas deliberações foram claramente positivas num contexto em que não podemos omitir, ainda não existia vacina em tempo útil, bem como era patente a indefinição farmacológica para o seu tratamento.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para a implementação de uma proposta de sistemas de vigilância e de monitorização da Saúde mental dos profissionais de saúde, devendo

assim ser consideradas prioritárias. Este sistema de vigilância deve basear-se na proteção da saúde mental, o *burnout*, e dar condições aos profissionais de saúde para melhor poderem desempenhar as suas tarefas diárias em total segurança. A monitorização deve também passar pela melhoria dos sistemas de informação, com maior solidez contribuindo para que os indicadores propostos possam fornecer melhores resultados e assim ser mais fiáveis. Por último, como qualquer sistema de gestão será sempre relevante valorizar a qualidade e avaliar positivamente a competência, e a eficiência mais do que a eficácia, entendendo e premiando quem faz bem e melhor, com menor custo.

Referências Bibliográficas

- Alzahrani, N., Jones, R., Rizwan, A., & Abdel-Latif, M. E. (2019). Safety attitudes in hospital emergency departments: a systematic review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(7), 1042–1054. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2018-0164>
- Antonio Matoso. (2012). *Omnia Sanctorum – Histórias da História do Hospital Real de Todos-os-Santos e seus sucessores*. Editora By the Book.
- Azoulay, E., de Waele, J., Ferrer, R., Staudinger, T., Borkowska, M., Pova, P., Iliopoulou, K., Artigas, A., Schaller, S. J., Hari, M. S., Pellegrini, M., Darmon, M., Kesecioglu, J., & Cecconi, M. (2020). Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Annals of Intensive Care*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3>
- Bardin. (2016). *Análise de Conteúdo*.
- Bardin L. (1979). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Blewett, L. A., Call, K. T., Turner, J., & Hest, R. (2018). Data Resources for Conducting Health Services and Policy Research. *Annual Review of Public Health*, 39(1), 437–452. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013544>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. In *The Lancet* (Vol. 395, Issue 10227, pp. 912–920). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cheng, S. K. W., & Wong, C. W. (2005). Psychological intervention with sufferers from severe acute respiratory syndrome (SARS): Lessons learnt from empirical findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(1), 80–86. <https://doi.org/10.1002/cpp.429>
- Correia, S., Luck, S., & Verner, E. (2020). *Fight the Pandemic, Save the Economy: Lessons from the 1918 Flu*.
- Eichenbaum, M. S., Rebelo, S., & Trabandt, M. (2021). The Macroeconomics of Epidemics. *Review of Financial Studies*, 34(11), 5149–5187. <https://doi.org/10.1093/rfs/hhab040>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *The BMJ*, 368(March), 1–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>

- Hatchette, T. F. (2009). The limitations of point of care testing for pandemic influenza: What Clinicians and Public Health professionals need to know. *Canadian Journal of Public Health, 100*(3), 204–207. <https://doi.org/10.1007/bf03405541>
- Hunter, E., Price, D. A., Murphy, E., van der Loeff, I. S., Baker, K. F., Lendrem, D., Lendrem, C., Schmid, M. L., Pareja-Cebrian, L., Welch, A., Payne, B. A. I., & Duncan, C. J. A. (2020). First experience of COVID-19 screening of health-care workers in England. *The Lancet, 395*(10234), e77–e78. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30970-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30970-3)
- Huot, R. , & F. M. L. (2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*.
- Ikizler, T. A., & Kligler, A. S. (2020). Minimizing the risk of COVID-19 among patients on dialysis. *Nature Reviews Nephrology, 1–3*. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0280-y>
- Jaffe, R. B. (2010). Better protection for health care workers. *Occupational Health & Safety (Waco, Tex.)*, 79(5), 34,36.
- Jennings, B. M. (n.d.). Chapter 26. Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*.
- Karim, K., Guha, S., & Beni, R. (2020). *Globalism after COVID-19 Pandemic : A Turning Point in the Separation of Social and Economic Aspects. 7–17*. <https://doi.org/10.4236/vp.2020.62002>
- Kinman, G., Teoh, K., & Harriss, A. (2020). Supporting the well-being of healthcare workers during and after COVID-19. In *Occupational Medicine* (Vol. 70, Issue 5, pp. 294–296). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa096>
- Krystal, J. H., & McNeil, R. L. (2020). Responding to the hidden pandemic for healthcare workers: stress. *Nature Medicine, 26*(5), 639. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0878-4>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open, 3*(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & 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>
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288(March), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Lurdes Barata. (2020). As epidemias e as pandemias na história da humanidade. *News@fmul*.
- Marjanovic, Z., Greenglass, E. R., & Coffey, S. (2007). The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012>
- Matthewson, J., Tiplady, A., Gerakios, F., Foley, A., & Murphy, E. (2020). Implementation and analysis of a telephone support service during COVID-19. *Occupational Medicine*. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa095>
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Rourke, S., Hunter, J. J., Goldbloom, D., Balderson, K., Petryshen, P., Steinberg, R., Wasylenki, D., Koh, D., & Fones, C. S. L. (2004). Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. In *Psychosomatic Medicine* (Vol. 66, Issue 6, pp. 938–942). <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000145673.84698.18>
- Miller, K. (2020). *Mental and Emotional Risks of Frontline Healthcare Providers Involved in Responding to COVID-19 Pandemic*. 19–24. <https://doi.org/10.22381/PIHRM8120203>
- Moore, C., & Kolencik, J. (2020). *Acute Depression , Extreme Anxiety , and Prolonged Stress among COVID-19 Frontline Healthcare Workers*. 55–60. <https://doi.org/10.22381/PIHRM8120209>
- Moura Vieira, J., & Granja, P. (n.d.). *COVID 19: uma pandemia de saúde mental*.
- Mutti, A. (2020). Occupational medicine in the time of covid-19. In *Medicina del Lavoro* (Vol. 111, Issue 2, pp. 83–86). Mattioli 1885. <https://doi.org/10.23749/mdl.v111i2.9546>
- Nicholson, P. J. (2004). Occupational health services in the UK - Challenges and opportunities. *Occupational Medicine*, 54(3), 147–152. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg125>
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512.

- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52(March), 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Reis, B. (n.d.). *Os conteúdos em análise-teorias e práticas da análise de conteúdo A transformação da análise de conteúdo no decurso dos tempos.*
- Ruan, S. (2020). Likelihood of survival of coronavirus disease 2019. *The Lancet. Infectious Diseases*, 20(6), 630–631. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30257-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30257-7)
- Sasangohar, F., Sasangohar, F., Jones, S. L., Masud, F. N., Vahidy, F. S., Kash, B. A., & Kash, B. A. (2020). Provider Burnout and Fatigue during the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from a High-Volume Intensive Care Unit. *Anesthesia and Analgesia*, 106–111. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004866>
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Siebenhüner, K., Battegay, E., & Hämmig, O. (2020). Temporal work stressors and satisfaction with work, life and health among health professionals in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 150, w20175. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20175>
- Tan, B. Y. Q., Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L. L., Zhang, K., Chin, H.-K., Ahmad, A., Khan, F. A., Shanmugam, G. N., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J. Y., Paliwal, P. R., Wong, L. Y. H., Sagayanathan, R., Chen, J. T., ... Sharma, V. K. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*, 16(April), 5–7. <https://doi.org/10.7326/m20-1083>
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101–128).
- Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., Cuomo-Dannenburg, G., Thompson, H., Walker, P. G. T., Fu, H., Dighe, A., Griffin, J. T., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cori, A., Cucunubá, Z., FitzJohn, R., Gaythorpe, K., ... Ferguson, N. M. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet. Infectious Diseases*, 669–677. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)

- Waterer, G. W., Hui, D. S., & Jenkins, C. R. (2010). Public health management of pandemic (H1N1) 2009 infection in Australia: A failure!: PRO/CON DEBATE. *Respirology*, *15*(1), 51–56. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2009.01675.x>
- Weilenmann, S., Ernst, J., Petry, H., Pfaltz, M. C., Sazpinar, O., Gehrke, S., Paolercio, F., von Känel, R., & Spiller, T. R. (2021). Health Care Workers' Mental Health During the First Weeks of the SARS-CoV-2 Pandemic in Switzerland—A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.594340>
- Weilenmann, S., Ernst, J., Petry, H., Sazpinar, O., Pfaltz, M. C., Gehrke, S., Paolercio, F., von Kaenel, R., & Spiller, T. R. (2020). Health Care WorkersMental Health During the First Weeks of the SARS-CoV-2 Pandemic in Switzerland: A Cross-Sectional Study. *MedRxiv*, 2020.05.04.20088625-2020.05.04.20088625. <https://doi.org/10.1101/2020.05.04.20088625>
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, *7*(3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Xiang, Y. T., Zhao, Y. J., Liu, Z. H., Li, X. H., Zhao, N., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: Managing challenges through mental health service reform. *International Journal of Biological Sciences*, *16*(10), 1741–1744. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45072>
- Yin, R. K. (2018). Case study research and applications. *Sage*.
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *89*(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Anexos

ANEXO A - Questionário_COVID-19_2020-2021.....	66-74
ANEXO B - Parecer hierárquico sobre o projeto de investigação.....	75
ANEXO C - Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do CHULC, EPE	76-79
ANEXO D - Parecer da comissão de ética para a saúde.....	80-81
ANEXO E - Declaração de compromisso de eliminação de dados pessoais para projeto de investigação, após termo do prazo de conservação.....	82-83
ANEXO F - Aprovação pelo Conselho de Administração do projeto de investigação.....	85-95
ANEXO G - Crescimento em número de camas antes e após pandemia nas UCIs.....	96

Maria Isabel Ramos

Maternidade Alfredo da Costa

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

- A sua resposta e a sua colaboração é muito importante, pois refletirá a perceção dos profissionais de saúde no atual contexto de pandemia COVID -19.

- Os dados recolhidos serão tratados apenas no contexto do projeto de uma *Dissertação de Mestrado*, não havendo nunca a possibilidade de identificar o informante, pois os questionários são anónimos e não recolhem quaisquer dados pessoais identificativos.

- Caso deseje alguma informação relativa ao estudo, não hesite em me contactar: isabel.ramos@chlc.min-saude.pt

Ao clicar em "Avançar" / "Continuar", significa que está de acordo em participar neste inquérito

A-INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

1.Género

1-masculino

2-feminino

3- outro

2. Idade

Indique a faixa etária em que se encontra:

- 1 - 20-30**
- 2 - 31-40**
- 3 - 31-50**
- 4 - 51-60**
- 5 - >60**

3. Indique o local onde trabalha - Polo Hospitalar

- 1 - HSJ – HOSPITAL DE SÃO JOSÉ**
- 2 - HCC – HOSPITAL CURRY CABRAL**
- 3 - HDE – HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**
- 4 - MAC – MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA**
- 5 - HSAC – HOSPITAL DE SANTO ANTÔNIO DOS CAPUCHOS**
- 6 - HSM – HOSPITAL DE SANTA MARTA**

4. Indique onde exerce as atuais funções

- 1-URGÊNCIA – HJS (HOSPITAL DE SÃO JOSÉ)**
- 2-URGÊNCIA – HDE (HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA)**
- 3- URGÊNCIA – MAC (MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA)**
- 4-Unidade de cuidados intensivos UUM/HSJ (Unidade de Urgência Médica - HOSPITAL DE SÃO JOSÉ)**
- 5-Unidade cuidados intensivos – HCC (HOSPITAL CURRY CABRAL)**

6-Unidade cuidado intensivos - HDE (HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA)

5. No seu domicílio vivem crianças?

- **Sim**
- **Não**

6 Sofre de uma ou outra das seguintes doenças

1-Hipertensão arterial

2-Doenças respiratórias crônicas

3-Diabetes *Mellitus*

4-Doenças e terapias que deprimem o sistema imunológico

5-Doenças cardiovasculares

6-Doenças oncológicas

B-TRABALHO /EMPREGO

1. Profissão / Atividade

- a. Médico (incluindo estudantes de medicina)**
- b. Enfermeiro (incluindo formandos)**
- c. Outra área da saúde. Especifique**

2. Domínio de atividade principal

- a. médico hospitalar**
- b. médico interno hospitalar**
- c. aluno de medicina**

- d. enfermeiro especialista**
- e -enfermeiro**
- f - aluno de enfermagem**
- g -medicina intensiva.**
- h- medicina interna**
- i. medicina emergência**
- j. medicina geral e familiar**
- l. anestesia**
- m. pediatria**
- n. ginecologia / obstetrícia**
- o. outras especialidades cirúrgicas _____**
- p. outras especialidades _____**

3. Experiência profissional (número de anos após a graduação)

C. CARGA HORÁRIA

1. Quantas horas trabalhou [total] na última semana?

2. Quantas horas trabalha normalmente por semana (exceto no caso da pandemia)?

3. Quantas horas em média dormiu na última semana?

D. EXPOSIÇÃO AO CORONAVIRUS-COVID 19

1. Tenho / tive COVID-19, ou sintomas de COVID-19 (por exemplo, febre, tosse)

- não
- sim

2. Pessoas próximas têm / tiveram COVID-19, ou sintomas de COVID-19 (por exemplo, febre, tosse)

- não
- sim

3. No âmbito do meu trabalho, tenho / tive contato com casos confirmados, ou suspeitos de COVID-19, ou pessoas infectadas com COVID-19

- não
- sim

4. Estive em uma enfermaria, ou em outro espaço (por exemplo, enfermaria de emergência para casos suspeitos de COVID-19), cujo objetivo principal era esclarecer ou cuidar de pacientes com COVID-19

- não
- sim

E. SITUAÇÃO DE TRABALHO DURANTE A PANDEMIA

[Escala de Likert: 1 = nem um pouco a 7 = absoluto]

1. Tenho / tive a sensação de que estava bem equipado(a) (por exemplo, máscaras de proteção, desinfetantes)

2. Sinto / senti que fui bem apoiado(a) pelas autoridades.

3. Tenho / tive a sensação de que fui bem apoiado(a) pela entidade empregadora.

4. Tenho / tive a sensação de estar bem informado(a) pelas autoridades (por exemplo, sobre os últimos desenvolvimentos, evolução da pandemia, medidas de proteção).

5. Tenho / tive a sensação de estar bem informado(a) pela entidade empregadora (por exemplo, sobre os últimos desenvolvimentos, evolução da pandemia, níveis de proteção).

F. BURNOUT – MBI-HSS (THE MASLACH BURNOUT INVENTORY – HUMAN SERVICES SURVEY)

[Escala: 0 = nunca;a 6 = todos os dias]

As seguintes declarações reportam-se à últimas duas semanas

1. Sinto-me esgotado(a) pelo trabalho

2. Fiquei mais insensível, indisponível, agressivo(a), menos empático(a) com as pessoas.

G. ANSIEDADE- GAD-7 [GENERAL ANXIETY DISORDER-7]

[Escala: 0 = muito pouco, 1= aplicou-se a mim algumas vezes, 2= aplicou-se a mim muitas vezes 3 = quase todos os dias]

Nos últimos 7 dias, com que frequência sentiu-se afetado(a) pelos seguintes sintomas?

1-Senti-me nervoso(a), com ansiedade ou muito alterado (a)

2-Não podia deixar de me preocupar

3-Preocupei-me excessivamente por muitas “coisas”. Especifique

4-Tive dificuldade em relaxar

5- Estive tão intranquilo(a) que não consegui estar calmo(a)

6-Irritava-me com facilidade

7-Senti medo como se fosse ocorrer algo de horrível

H. DEPRESSÃO – PHQ-9 [PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE]

[Escala: 0 = muito; 1 = algumas vezes; 2 =pouco; 3 = quase todos os dias]

Nos últimos 7 dias, com que frequência sentiu-se afetado pelos seguintes sintomas?

1-Pouco interesse ou pouco prazer em fazer coisas

2-Senti-me “em baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva

3- Senti dificuldade para adormecer. Mais do que o normal

4-Senti-me cansado(a) ou com pouca energia

5-Senti falta de apetite ou vontade de comer em demasia

6- Sentir-me mal comigo próprio (a) – ou achei que era um fracasso, ou que decepcionei a família ou a mim próprio (a)

7-Senti dificuldade para me concentrar em certos momentos ou atividades, como ler jornal ,ou ver televisão

8-Senti dificuldade em me movimentar ou falar, ao ponto de outras pessoas se aperceberem? Ou, pelo contrário – estive tão agitado(a) ou irrequieto(a), muito mais do que de costume. Apático

9- Pensar em ferir-me de algum modo, ou seria melhor estar morto(a)

I. SOLIDÃO

[Escala: [0 = nunca ou quase nunca; 1 = às vezes; 2 = frequentemente]

Quantas vezes se sentiu isolado(a) nos últimos 7 dias?

J. VACINAÇÃO

Como se sente em relação à vacinação?

1-Confiante

- não
- sim

2-Vacinar-se-á?

- não
- sim

L- O SERVIÇO DE SAÚDE OCUPACIONAL

[Escala: de 1= mau..... a 5= excelente]

1-Considera que o apoio por parte do *Serviço de Saúde Ocupacional* foi favorável?

2-Sugere melhorias? Descreva pontos fracos e fortes.

M - Comentário

Tem alguma observação a incluir quanto a propostas de melhoria, que não tenham sido abordados por este inquérito?

Muito obrigado por participar neste estudo e especialmente pelo seu compromisso durante a pandemia de SARS-COV-2!

ANEXO B-Parecer hierárquico sobre projeto de investigação



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

PARECER HIERÁRQUICO SOBRE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Projeto: PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TEMPO DE PANDEMIA. - O papel dos Serviços de Saúde Ocupacional

Investigador principal: Maria Isabel Barros Ramos

Pareceres dos responsáveis pelas Especialidades/ Unidades Funcionais envolvidas:

Concordo com a realização do estudo, além da valorização profissional da Dra. Isabel Barros, também será útil para o serviço

15.2.21

CENTRO HOSPITALAR
DE LISBOA CENTRAL, EPE
Dra. Maria João Marques
Directora Serviço
Saúde Ocupacional

nº mecanográfico 12118711

...../...../..... nº mecanográfico [][][][][]

...../...../..... nº mecanográfico [][][][][]

(Os pareceres devem ser explícitos e fundamentados. Os responsáveis hierárquicos diretos dos investigadores, se adequado, devem referir se a execução do projeto de investigação decorrerá, no seu todo ou em parte, dentro do horário de trabalho dos investigadores.)

ANEXO C- Pedido de autorização ao presidente do Conselho de Administração do CHULC, EPE

Secretariado CA - Presidência

De: Salomé Almeida
Enviado: 19 de março de 2021 15:57
Para: cc: Secretariado CA - Presidência; Secretariado CA - CHULC, EPE
Assunto: projetos.inv@chlc.min-saude.pt projeto INV_169 - submissão do dossier final de projeto de investigação no âmbito de COVID 19, para autorização do Conselho de Administração
Anexos: INV 169 - AGFC_Informação - 18_2021.pdf; INV 169 - CES 1009_2021 .pdf; INV_169

Exma Dra Rosa Valente de Matos
Presidente do Conselho de Administração
Do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Recebemos, no Centro de Investigação, o pedido de autorização para realização de projeto de investigação no âmbito de COVID 19, com o título Saúde dos profissionais em tempo de pandemia: o papel do Serviço de Saúde Ocupacional, tendo sido atribuída a referência interna INV 169.

Este projeto decorre no âmbito de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde . ISTE-Instituto Universitário de Lisboa

Instituição/Unidade I&D: Serviço de Saúde Ocupacional - CHULC

Investigador principal: Isabel Ramos

Objetivo do estudo: pretende alargar o conhecimento científico na área dos cuidados de saúde prestados pelo serviço de saúde ocupacional, no âmbito da prevenção do impacto psicológico, na gestão da pandemia. A investigadora propõe-se caracterizar o impacto psicológico do ponto de vista emocional (medos e ansiedade) dos profissionais do CHULC, e identificar o papel e as limitações o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO), quanto a estratégias e recursos, no contexto

da pandemia. Desta forma espera poder contribuir para a identificação de pontos chave da resposta do SSO a situações de emergência e pandemia.

A recolha de dados será feita com recurso à aplicação de um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas, distribuído aos profissionais dos serviços de urgência e dos Cuidados Intensivos.

Avaliação sumária do dossier do projeto, pelo GRAP:

A informação facultada inclui:

Protocolo do estudo, com descrição e enquadramento do tema, formas previstas de recolha de dados e de análise da informação.

Metodologia de recolha de dados: não serão recolhidos dados pessoais para além do sexo e da faixa etária.

Os dados serão recolhidos por aplicação de questionário online aos profissionais de saúde do Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos. O inquérito de recolha de dados é anónimo e de preenchimento voluntário.

Informação e Consentimento informado: incluída no formulário do inquérito.

Finalidade da recolha de dados pessoais: melhoria do conhecimento sobre o impacto da pandemia COVID19 nos profissionais de saúde; caracterização da resposta do Serviço de Saúde Ocupacional em período de pandemia.

Licitude da recolha de dados pessoais: para fins de investigação. Não serão recolhidos dados pessoais

Proteção de dados: Os inquéritos são de autopreenchimento, voluntários e anónimos. Os dados de investigação ficam automaticamente anonimizados. A investigadora responsabiliza-se pela aplicação das medidas de proteção de dados de investigação, em todos os momentos, incluindo para efeitos de divulgação e publicação. Este projeto está, em conformidade com o RGPD e as práticas de proteção de dados em curso no CHULC.

Custos: Este projeto não tem custos para o CHULC.

Parecer da Área de Gestão financeira e Contabilidade (AGFC 18/2021) — "É de autorizar, na medida em que não se perspetivam encargos adicionais para a instituição".

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES 1009/2021) - "O estudo não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua aplicação".

Documentos anexados:

Para efeitos de autorização para participação/desenvolvimento deste projeto, remete-se o dossier contendo os seguintes documentos:

Ficha de Identificação do Projeto

Carta de Submissão — este ficheiro inclui os anexos 7, 9 e 10

Protocolo do estudo

Questionário a aplicar

Anexo 7A —conformidade com o RGPD

Parecer da Área de Gestão Financeira e Contabilidade, AGFC 18/2021

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde, CES 1009/2021

Uma vez avaliado, solicita-se o envio de documento assinado e digitalizado para o Gabinete de Registo e Apoio aos Projetos, para o e-mail projetos.inv@chlc.min-saude.pt.

Com os melhores cumprimentos

Salomé de Almeida

PhD, Genética Molecular

Assistente de Investigação

Centro de Investigação - Gabinete de Registo e Apoio aos Projetos (GRAP)

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE

e-mail: salome.almeida@chlc.min-saude.pt

Contactos:
Secretariado do Centro de Investigação Adriana Pereira

centro.investigacao@chlc.min-saude.pt

Tel.: 213596402; extensão 51402

Gabinete de Registo e Apoio aos Projetos
(GRAP)

Projetos.inv@chlc.min-saude.pt

CA autarca, um
em do parecer de
DGFC e desde que um
cumprir estes para o
CHULC.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE Secretariado CA
Nº: <u>CA2060</u>
Entrada <u>14/04/2021</u>
Saída <u>19/04/2021</u>

PRESENTE À SESSÃO DO C.A. DE <u>15/04/2021</u>
A Presidente <u>[assinatura]</u> Rosa Valente de Matos
O Vogal <u>[assinatura]</u> Jaime Alves
O Vogal <u>[assinatura]</u> Paulo Espiga
O Diretor Clínico <u>[assinatura]</u> Pedro Soares Branco
A Enfª Diretora <u>[assinatura]</u> Maria José Costa Dias
ATA Nº <u>15/2021</u>

ANEXO D-Parecer da comissão de ética para a saúde



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 26.02.2021

Processo n. 0 1009/2021

Título: "Profissionais de Saúde em tempo de pandemia: o papel do Serviço de Saúde Ocupacional"

Relator: Sandrina Bento

Investigadora Principal: Dra. Maria Isabel Barros Ramos

Local: Serviços de Urgência e Cuidados Intensivos do CHLC

O projeto de estudo submetido a análise é da iniciativa da investigadora e insere-se no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE). Trata-se de um estudo observacional que tem como objetivo alargar o conhecimento científico na área dos cuidados de saúde prestados pelo serviço de saúde ocupacional, no âmbito da prevenção do impacto psicológico, na gestão da pandemia. A investigadora propõe-se a caracterizar o impacto psicológico, do ponto de vista emocional (medos e ansiedade), dos profissionais do CHULC e identificar o papel e as limitações do Serviço de Saúde Ocupacional quanto a estratégias e recursos, no contexto da pandemia. Desta forma espera poder contribuir para a identificação de pontos chave na resposta a situações de emergência e pandemia.

A recolha de dados prevê a utilização de um questionário de autopreenchimento, a aplicar online, a profissionais de saúde dos Serviços de Urgência e dos Cuidados Intensivos do CHULC. O questionário prevê a avaliação de *burnout*, através da aplicação do MBI-HSS (The Maslach burnout inventory- Human services survey), da ansiedade, com a inclusão do GAD7

(General Anxiety Disorder-7) e da depressão, através da aplicação do PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).

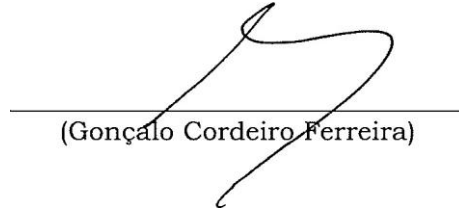
O preenchimento voluntário do mesmo pressupõe o consentimento livre, esclarecido e informado.

O estudo está em conformidade com o RGPD e não acarreta custos para o CHULC.

Tem parecer favorável da Exma. Diretora de Serviço.

Assim sendo, o estudo não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua aplicação.

O Presidente da Comissão de Ética



(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

ANEXO E - Declaração de compromisso de eliminação de dados pessoais para projeto de investigação, após termo do prazo de conservação



Compromisso de Eliminação de Dados Pessoais para Projeto de Investigação, após Termo do Prazo de Conservação


Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável)

- DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO-

Como Investigador Principal do Projeto de Investigação acima mencionado declaro pela minha honra profissional que:

- Serão eliminados:
 - Todos os dados pessoais;
 - Os dados codificados ou pseudonimizados (chave da pseudonimização) que permitem a identificação dos titulares dos dados no presente projeto de investigação.
- Notificarei o Centro de Investigação do CHULC, deste meu procedimento, através do e-mail projetos.inv@chlc.min-saude.pt.

Data prevista para início da recolha de dados	Maio 21
Data prevista para finalização da recolha de dados	Abrel 21
Data prevista para finalização do Projeto de Investigação	Junho 21
Prazo máximo de conservação dos dados	2A

Investigador Principal:
Local/Data: Lisboa, 4 de Fevereiro de 2021
Contacto do Investigador: isobel.nomes@chlc.min-saude.pt
Assinatura 




**Compromisso de Comunicar ao Centro de Investigação
a divulgação do Projecto de Investigação em reuniões científicas ou publicações**

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável)

- DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO-

Como Investigador Principal do Projeto de Investigação acima mencionado declaro pela minha honra profissional que será comunicada ao Centro de Investigação toda e qualquer divulgação do Projecto de Investigação em reuniões científicas ou em publicações.

Investigador Principal:
Local/Data: Lisboa, 4 de Fevereiro de 2021
Contacto do Investigador: weibel.nomes@chlc.min-saude.pt
Assinatura 

ANEXO F- Aprovação pelo conselho de administração do projeto de investigação

21/04/2021

Cara Investigadora
Dra. Isabel Ramos

Parabéns!

O processo de avaliação do seu projeto “**Saúde dos profissionais em tempo de pandemia: o papel do Serviço de Saúde Ocupacional**” chegou ao fim tendo recebido o parecer favorável do Conselho de Administração. Pode, assim, iniciar o seu projeto, tendo em conta que:

O acesso e utilização dos dados pessoais dos utentes/doentes/participantes deverá seguir o código de conduta e a política de privacidade do CHULC.

Findo o projeto, deverá dar conhecimento a este gabinete.

Agradecemos que nos seja facultada a informação sobre apresentações em congressos e publicação de resultados no âmbito deste projeto.

O Gabinete de Registo e Apoio aos Projetos e as restantes unidades do Centro de Investigação mantêm-se disponíveis para a acompanhar sempre que necessário.

Com os melhores cumprimentos,

Adriana Pereira

Secretariado | Secretariat

CENTRO DE INVESTIGAÇÃO | RESEARCH UNIT

Morada | Address

Edifício da Antiga Maternidade Magalhães Coutinho
Hospital Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto
1169-045 Lisboa

Telefone | Telephone

+351 213 596 402

Extensão | Extension

51402

Projetos de Investigação

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

*Rua José António Serrano
1150-199 Lisboa, PORTUGAL*

TEL: + 351 218 841 000

projetos.inv@chlc.min-saude.pt

<http://www.chlc.min-saude.pt>

ANEXO G – Formulário de notificação de utilização de dados pessoais



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

1. INTRODUÇÃO

A 25 de maio de 2018 entrou em vigor no novo Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD) (EU)2016/679, de 27 de abril de 2016, o qual veio reforçar os direitos e liberdades relativos aos dados pessoais dos cidadãos, obrigando todas as instituições a rever as suas políticas de privacidade, bem como a implementar as medidas técnicas e organizativas necessárias à garantia da proteção dos dados pessoais dos titulares dos dados.

Neste contexto, este formulário tem como objetivo regular o tratamento de dados pessoais para fins de projetos de investigação realizadas no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE (CHULC) e deverá ser preenchido e assinado por todos os investigadores participantes no projeto de investigação e anexado ao processo remetido conforme indicação no Anexo 2 do procedimento multissetorial INV.101.

2. IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR PRINCIPAL PELO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO NO CHULC

2.1. Nome Completo:

Maria Isabel Barros Ramos

2.2. BI/CC:

5438376

2.3. N.º Mecanográfico no CHULC:

02429

2.4. Contacto:

isabel.ramos@chlc.min-saude.pt

2.5. Instituição de Origem:

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Serviço saúde Ocupacional
MAC

3. IDENTIFICAÇÃO DO INTERLOCUTOR PELO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO NO CHULC (SE APLICÁVEL)

3.1. Nome Completo:

Não se aplica

3.2. N.º Mecanográfico:

3.3. Contacto:



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO
- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

4. CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

4.1. Objeto do Projeto de Investigação:

(Pode remeter-se para o item do protocolo de investigação)

Impacto da pandemia COVID 19 nos profissionais de saúde e no papel do Serviço de Saúde Ocupacional numa Instituição de Saúde, de elevada diferenciação e especialização (ver protocolo)

4.2. Fundamentação para a utilização de dados pessoais:

(Pode remeter-se para o item do protocolo de investigação)

Não serão utilizados dados pessoais (ver protocolo)

5. IDENTIFICAÇÃO DO REGISTO DE TRATAMENTO DA ATIVIDADE

Neste ponto deverá ser apresentada a descrição sistemática das operações de tratamento previstas e a finalidade do tratamento, inclusive, os interesses legítimos do responsável pelo tratamento, bem como uma avaliação da necessidade e proporcionalidade das operações de tratamento em relação aos objetivos.

5.1. **CHULC** é o Promotor Promotor Externo

5.2. Responsável PELO Tratamento

a) Denominação / nome

Maria Isabel Barros Ramos

Pessoa Coletiva Pessoa Singular

b) NIPC/NIF:

c) Atividade Desenvolvida:

d) Morada:

e) Código Postal:

f) Telefone

g) E-mail:

h) País:

Pessoa de Contacto:

Telefone:

E-mail:

5.3. Tipo de Estudo

Investigação clínica Investigação biomédica Investigação translacional



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

Investigação epidemiológica

Inovação da organização, gestão e administração em saúde

5.4. Processamento da Informação

a) Mais do que 1 Investigador? Sim Não

(Se sim, listar para cada elemento, o nome, contacto e instituição de origem)

5.5. Finalidade do Tratamento

Indique o tipo de estudo (apenas um) e, de seguida, identifique-o com o nome e, caso tenha, o número de protocolo.

Ensaio clínico

Estudo Clínico com intervenção

Estudo Clínico sem intervenção

Estudo Clínico de Dispositivo Médico

Estudo Clínico de Produtos Cosméticos e Higiene Corporal

Estudo Observacionais

Estudo de Investigação/Ação

5.6. Categoria de Dados Pessoais

(Identifique todos os dados pessoais e/ou especiais a que pretende ter acesso)

Deve ter em conta o respeito pelo princípio da minimização dos dados, a anonimização dos dados ou, quando esta não for possível, recorrer à pseudonimização. Não está autorizado o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, origem racial ou étnica, vida sexual e dados genéticos, sem que o titular tenha dado consentimento expreso para tal, havendo a garantia de não discriminação. A recolha destes dados deverá ser devidamente fundamentada e deverá respeitar, sempre que aplicável, o art.º 35º do RGPD – Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados e art.º 36º do RGPD – Consulta Prévia, bem como o Regulamento n.º 1/2018 da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), relativo à lista de tratamentos de dados pessoais sujeitos a Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados (AIPD-DPIA), de 16 de outubro de 2018.

Dados pessoais de caracterização da amostra; serão recolhidos dados de perceção e opinião dos profissionais, de forma anónima e não identificativa

5.7. Licitude do Tratamento

a) Por consentimento escrito do titular dos dados [RGPD, art.º 9º, alínea a)]

b) Para fins de investigação científica [RGPD, art.º 9º, alínea j) e art.º 89, n.º 1 do art.º 3º e n.º 4 do art.º 4º da Lei 12/2005, de 26 de janeiro]

5.8. Características do Tratamento dos Dados Pessoais

a) Recolha de Dados

- Recolha direta (ao próprio):



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

Presencial Por impresso Telefone Inquérito on-line

• Recolha indireta:

Processo Clínico Registos de outras Instituições Familiares

b) Forma como são armazenados ou gravados os dados recolhidos

Os dados pessoais dos participantes são recolhidos por aplicação de um inquérito online, anónimo, em que o preenchimento e submissão é sinónimo de aceitação de utilização dos dados pessoais.

Os dados serão registados em base de dados de investigação, anónima. A base de dados de investigação fica na posse da investigadora principal, com acesso restrito. Os dados serão analisados de forma agregada, não são identificativos, sendo irreversível a identificação do respondente.

c) O participante é identificado por código especificamente criado para este estudo?

• Sim Não

d) Onde é realizada a pseudonimização dos dados?

- pelo Investigador Principal (manualmente)
- pela área responsável pelo fornecimento dos dados no CHULC
- pelo sistema aplicacional do Promotor Externo
- pelo sistema automático de resposta a inquérito online – anonimização irreversível dos dados pessoais

e) Onde ficam os dados pessoais tratados?

- numa base de dados / ficheiro do Investigador Principal
- numa base de dados / ficheiro do CHULC
- numa base de dados / ficheiro do Promotor Externo da União Europeia
- numa base de dados / ficheiro do Promotor Externo fora da União Europeia

f) Estudo Multicêntrico?

• Sim Não

g) Se sim, indique os centros de ensaio / estudo em Portugal:



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

h) É criado um biobanco?

- Sim Não

5.9. Existe Comunicação de Dados Pessoais a terceiros?

- Sim Não

5.10. Existem Interconexões de tratamentos?

- Sim Não

5.11. Existem Fluxos de Dados Pessoais transfronteiriços para fora da EU/EEE?

- Sim Não

5.12. Indicar informação sobre o Exercício do Direito de Acesso pelos titulares dos dados

Não se aplica

5.13. Indicar o Prazo Máximo de Conservação dos Dados

Até 2 anos após defesa da tese e publicação

5.14. Indicar a Data prevista de finalização do Estudo

(Deverá ser entregue, no CHULC – Centro de Investigação, o Anexo 9 - Eliminação de Dados Pessoais após Términus do Prazo de Conservação, devidamente assinado)

Julho 2021

5.15. Indicar as medidas técnicas e organizativas de segurança dos dados pessoais

5.15.1. Medidas de segurança obrigatórias

Fontes de Risco	Medidas Técnicas e Organizativas de mitigação das ameaças e/ou dos potenciais impactos nos direitos e nas liberdades dos titulares dos Dados	Sim	Não	Não Aplicável
Chave que produziu o Código para a Pseudonimização	Medida de proteção lógica	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Medida de proteção em papel			<input checked="" type="checkbox"/>
Investigadores no âmbito do Estudo/Investigação Clínica	Declaração de Sigilo e Responsabilidades (ponto 6 deste Formulário).	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Política da Privacidade e Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais do CHULC.			<input checked="" type="checkbox"/>
	Entrega do Anexo 10 - Eliminação de Dados Pessoais após Términus do Prazo de Conservação.			<input checked="" type="checkbox"/>
Trabalhadores do CHULC com acesso à informação existente nos sistemas aplicativos, designadamente, Processo Clínico	Dever de sigilo e confidencialidade, no âmbito das funções desempenhadas.			<input checked="" type="checkbox"/>
	Política da Privacidade e Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais do CHULC.			<input checked="" type="checkbox"/>

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

Fontes de Risco	Medidas Técnicas e Organizativas de mitigação das ameaças e/ou dos potenciais impactos nos direitos e nas liberdades dos titulares dos Dados	Sim	Não	Não Aplicável
Armário onde se encontram os consentimentos informados e/ou do consentimento do tratamento de dados pessoais, impressos com dados pessoais e/ou a chave de pseudonimização utilizada	Guardar todos os documentos em papel com dados pessoais em local seguro e de acesso condicionado e controlado e preferencialmente em mobiliário com acesso através de chave cuja utilização deve ser controlada.			X
	Lista de inventário.			X
	Lista de elementos com acessos legítimos aprovados.			X
	Registo de controlo de acessos (incluindo data/hora).			X
	Definição do procedimento de verificação/validação de inventário.			X
	Registo (evidência) de efetivação da verificação/validação de inventário.			X
	Registo de "eliminação" após prazo de conservação definido.	X		

5.15.2. Outras medidas de segurança (ver ponto 17.2 das INSTRUÇÕES E CONDIÇÕES RELATIVAS À NOTIFICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS NO CHULC)

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO
- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

6. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADES EXISTENTES

Venho por este meio e para os devidos efeitos, declarar que me comprometo a:

- a) Tomar conhecimento e aceitar a Política de Privacidade [PP] e do Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais [CCTDP], em vigor no âmbito da aplicação do Regulamento Geral de Proteção de Dados [RGPD] (EU)2016/679, de 27 de abril de 2016, no CHULC.
- b) Guardar absoluto sigilo de toda a informação de que tenha conhecimento no âmbito do presente estudo/investigação clínica, mesmo após a finalização do mesmo.
- c) Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso.
- d) Cumprir com as medidas técnicas e organizativas de segurança de dados pessoais estipuladas, bem como o indicado pelo Centro de Investigação no âmbito do tratamento de dados pessoais.

Mais declaro de que estou ciente de que a violação das obrigações relativas à PP, CCTDP e RGPD, na presente declaração, me pode fazer incorrer em responsabilidade civil pelos danos e prejuízos que se venham a verificar, quer para o CHULC, quer para o titular dos dados, sem prejuízo da responsabilidade disciplinar, contra-ordenacional e/ou penal, que me possa ser imputada.

Pede deferimento

Local/Data: Maternidade Alfredo da Costa, 31 de Dezembro de 2020

Assinatura do Investigador Principal pelo Estudo/Investigação Clínica

Nome e assinaturas dos Investigadores participantes no Estudo/Investigação Clínica



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO
- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

**INSTRUÇÕES E CONDIÇÕES RELATIVAS À NOTIFICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS
PESSOAIS NO CHULC**

1. **Ponto 2 e 3** - Identificação dos dados pessoais do investigador principal e/ou interlocutor, do CHULC.
2. **Ponto 4.1** - Descrição do objeto do estudo clínico. Pode ser remetido para o protocolo de investigação que acompanha a notificação de utilização de dados pessoais.
3. **Ponto 4.2** - Necessária sempre que o tratamento de dados pessoais incluir as categorias especiais de dados pessoais, ou seja, que revelem a origem racial ou étnica, as opiniões políticas, as convicções religiosas ou filosóficas, ou a filiação sindical, bem como o tratamento de dados genéticos, dados biométricos para identificar uma pessoa de forma inequívoca, dados relativos à saúde ou dados relativos à vida sexual ou orientação sexual de uma pessoa.
4. **Ponto 5.2** - Identificação da entidade que é responsável pelo tratamento dos dados pessoais.
5. **Ponto 5.4** - Indicação, para todos os investigadores participantes no Estudo Clínico, do Nome |Contacto | Instituição de Origem. Pode ser remetido para um anexo onde conste esta informação.
6. **Ponto 5.6** - Identificação de todas as categorias de dados pessoais e/ou especiais que pretende notificar a utilização de dados pessoais, nomeadamente:
 - 6.1. Dados de identificação (nome e apelidos, BI/CC, NIF, número de Segurança Social/Seguros, morada, telefone, e-mail).
 - 6.2. Dados de características pessoais (estado civil, dados familiares, data de nascimento, naturalidade, idade, sexo, nacionalidade, língua materna, características físicas ou antropométricas).
 - 6.3. Dados das circunstâncias sociais (características de alojamento/vivenda, propriedades ou posses, passatempos e estilo de vida, filiação em clubes ou associações, licenças, permissões ou autorizações).
 - 6.4. Dados académicos e profissionais (formação/diplomas, histórico de estudante, experiência profissional, inscrição em ordens ou associações profissionais).
 - 6.5. Dados relativos a emprego (profissão, posto de trabalho, dados não económicos relativos a remuneração, antecedentes do trabalhador).
 - 6.6. Dados económicos, financeiros e de seguros (rendimentos e rendas, investimentos e bens patrimoniais, créditos, empréstimos e avales, dados bancários, planos de pensão e reforma, dados económicos relativos a remuneração, dados de deduções fiscais e impostos, seguros, hipotecas, subsídios e benefícios, antecedentes de créditos, cartão de crédito).
 - 6.7. Dados de transações de bens e serviços (bens fornecidos e serviços prestados ou bens e serviços recebidos pelo titular em causa, transações financeiras, compensações e indemnizações).

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO
- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

- 6.8. Categorias especiais de dados** (que revelem a origem étnica ou racial, opiniões políticas, convicções religiosas ou filosóficas, filiação sindical, dados genéticos, dados biométricos, saúde, ou dados relativos à vida sexual ou orientação sexual.)
- 6.8.1. Nota 1:** Não está autorizado o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, origem racial ou étnica, vida sexual e dados genéticos, sem que o titular tenha dado consentimento expresso para tal, havendo a garantia de não discriminação. A recolha destes dados deverá ser devidamente fundamentada e deverá respeitar, sempre que aplicável, o art.º 35º do RGPD (3) – Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados e art.º 36º do RGPD – Consulta Prévia (3), bem como o Regulamento n.º 1/2018 da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) (5), relativo à lista de tratamentos de dados pessoais sujeitos a Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados (AIPD-DPIA), de 16 de outubro de 2018.
- 6.8.2. Nota 2:** Devem ser indicados «especificamente quais» os dados.
- 6.8.3. Nota 3:** em caso de dúvida deve ser solicitado o parecer do Encarregado de Proteção de Dados do CHULC.
- 6.9. Dados relativos a condenações e infrações penais.**
- 6.10. Outros.** Indicar especificamente quais.
- 7. Ponto 5.7 -** Indicação do fundamento da legitimidade do tratamento de dados pessoais.
- 7.1. Nota:** A alínea b) só deve ser utilizada quando não for possível a recolha do consentimento por impossibilidade da sua obtenção. A Comissão de Ética do CHULC deverá reconhecer o interesse público importante do estudo. A informação é recolhida indiretamente do processo clínico.
- 8. Ponto 5.8 b) -** Breve descrição do circuito de informação.
- 9. Ponto 5.8 d), e) -** Indicação obrigatória no ponto 5.15 das medidas técnicas e organizativas aplicadas à proteção dos dados pessoais e especiais utilizados.
- 10. Ponto 5.8 h) -** Se sim, Indicação obrigatória no ponto 5.15 das medidas técnicas e organizativas aplicadas à proteção dos dados pessoais e especiais utilizados.
- 11. Ponto 5.9 –** Se sim, indicar quais as entidades “terceiras” a quem são transmitidos os dados. Assinalar no ponto 5.15, as medidas técnicas e organizativas para a proteção dos dados, caso os dados transmitidos/comunicados **não** estejam “anonimizados” ou “pseudonimizados”.
- 12. Ponto 5.10 –** Se sim, indicar quais as “interconexões existentes”. Assinalar no ponto 5.15, as medidas técnicas e organizativas para a proteção dos dados, caso os dados interconectados **não** estejam “pseudonimizados”.
- 13. Ponto 5.11 –** Se sim, indicar quais os países fora da EU/EEE a quem são transmitidos os dados. Assinalar no ponto 5.15, as medidas técnicas e organizativas para a proteção dos dados, caso os dados transmitidos/comunicados **não** estejam “anonimizados” ou “pseudonimizados”.

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO
- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

- 14. Ponto 5.12** – É obrigatório que o exercício do direito de acesso pelos titulares dos dados seja efetuado, por escrito, junto dos investigadores no centro de ensaio / estudo clínico e/ou ao Encarregado de Proteção de Dados do CHULC (epd@chlc.min-saude.pt). Esta informação deve constar do consentimento de tratamento de dados pessoais.
- 15. Ponto 5.13** – Indicação do prazo máximo de conservação dos dados, após a conclusão do mesmo.
- 16. Ponto 5.14** – Indicar a data (ano) previsto para a conclusão do estudo. Esta data e a informação indicada no ponto anterior serão utilizadas para a determinação da data/ano de “eliminação” dos “dados pessoais” utilizados no respetivo Estudo Clínico.
- 16.1. Nota:** O investigador principal do Estudo Clínico, no CHULC, deverá proceder, em colaboração com o Centro de Investigação, à eliminação da documentação que contenham dados pessoais relativos ao Estudo Clínico.
- 17. Ponto 5.15** – Indicação das medidas técnicas e organizativas para a proteção dos dados pessoais e/ou especiais utilizados no estudo clínico, tendo em conta as principais fontes de risco, as ameaças e os potenciais impactos nos direitos e nas liberdades dos titulares dos dados.

17.1. Medidas de segurança obrigatórias

Fontes de Risco	As Ameaças	Potenciais impactos nos direitos e nas liberdades dos titulares dos Dados	Medidas Técnicas e Organizativas de mitigação das ameaças e/ou dos potenciais impactos nos direitos e nas liberdades dos titulares dos Dados
Chave que produziu o Código para a Pseudonimização	Acesso indevido à Chave	Privacidade, confidencialidade e integridade dos dados dos titulares dos dados	<u>Medida de proteção lógica:</u> ficheiro com utilização de palavra-passe, apenas do conhecimento dos Investigadores indicados no presente pedido, ou medida semelhante. <u>Medida de proteção em papel:</u> folha onde se encontra a chave de pseudonimização guardada em armário fechado de utilização restrita.
Investigadores no âmbito do Estudo/Investigação Clínica	Acesso ilegítimo à informação para modificação indesejada, divulgação ilegítima e/ou desaparecimento de dados propositada ou acidental	Privacidade, confidencialidade e integridade dos dados dos titulares dos dados	<ul style="list-style-type: none"> • Declaração de Sigilo e Responsabilidades (ponto 6 deste Formulário). • Política da Privacidade e Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais do CHULC. • Entrega do Anexo 9 - Eliminação de Dados Pessoais após Término do Prazo de Conservação.
Trabalhadores do CHULC com acesso à informação existente nos sistemas aplicativos,	Acesso ilegítimo à informação para modificação indesejada, divulgação ilegítima e/ou desaparecimento de	Privacidade, confidencialidade e integridade dos dados dos	<ul style="list-style-type: none"> • Dever de sigilo e confidencialidade, no âmbito das funções desempenhadas. • Política da Privacidade e Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais do CHULC.

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO
- Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

**Profissionais de Saúde em Tempo de Pandemia:
o Papel dos Serviços de Saúde Ocupacional**

Fontes de Risco	As Ameaças	Potenciais impactos nos direitos e nas liberdades dos titulares dos Dados	Medidas Técnicas e Organizativas de mitigação das ameaças e/ou dos potenciais impactos nos direitos e nas liberdades dos titulares dos Dados
designadamente, Processo Clínico	dados propositada ou accidental	titulares dos dados	
Armário onde se encontram os consentimentos informados e/ou do consentimento do tratamento de dados pessoais, impressos com dados pessoais	Acesso ilegítimo à informação para modificação indesejada, divulgação ilegítima e/ou desaparecimento de dados propositada ou accidental	Privacidade, confidencialidade e integridade dos dados dos titulares dos dados	<ul style="list-style-type: none"> • Guardar todos os documentos em papel com dados pessoais em local seguro e de acesso condicionado e controlado e preferencialmente em mobiliário com acesso através de chave cuja utilização deve ser controlada. • Lista de inventário. • Lista de elementos com acessos legítimos aprovados. • Registo de controlo de acessos (incluindo data/hora). • Definição do procedimento de verificação/validação de inventário. • Registo (evidência) de efetivação da verificação/validação de inventário. • Registo de “eliminação” após prazo de conservação definido.

17.2. Indicar todas as outras, nomeadamente as relacionadas com os pontos 5.8 a) para o caso da recolha de dados pessoais pelo “telefone” (procedimento de identificação do titular dos dados), 5.8 d), e) e h), 5.9, 5.10, 5.11 e outros considerados relevantes.

ANEXO H - Crescimento em número de camas antes e pós pandemia nas UCIs

Unidade Cuidados Intensivos															
Tipo cama	Ano 2020												Ano 2021		
	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar
U. Cuidados Intensivos - NÃO COVID	136	141	138	127	114	110	110	114	114	112	109	112	107	106	125
(NAO USAR)HSAC-UCIP NIV III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HCC-UCI NIVEL I	11	11	6	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HCC-UCI NIVEL II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	0	2
HCC-UCI NIVEL III	10	10	15	13	7	8	8	12	12	10	8	8	5	3	9
HDE-UCI NEONATOLOGIA 5 (UCIN)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
HDE-UCI PEDIATRIA 5 CUID INTENS (UCIP)	7	6	7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HSJ-UCI NC E TRAUMA NIVEL I	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
HSJ-UCI NC E TRAUMA NIVEL II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HSJ-UCI NC-TRAUMA NIVELIII	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	14	16	16	16	15
HSJ-UUM CI NIV.I	8	8	8	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HSJ-UUM CI NIV.III	13	14	14	14	14	9	9	9	9	9	5	4	1	0	11
HSM-UCI CARDIOLOGIA 4	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
HSM-UCI CARDIOT PEDIATRICA 4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
HSM-UCI CARDIOTORACICA ADULTOS 4	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	9	9	9
HSM-UCI TRANSPLANTES 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
HSM-UCIP 4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	10	10
HSM-UCIP 4 NIVEL II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
MAC-UC INTERMEDIOS NN	21	22	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
MAC-UCINN	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
U. Cuidados Intensivos - COVID	0	0	0	8	22	19	18	14	14	15	24	30	45	62	29
HCC-UCI NIVEL III - COVID	-	-	-	3	8	8	8	4	4	5	7	30	18	24	11
HDE-UCI PEDIATRIA COVID	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	0	2	2
HSJ-UUM CI NIV.III - COVID	-	-	-	5	14	11	10	10	10	10	17	22	26	36	16
Total Geral	136	141	138	135	137	129	128	128	128	127	133	142	151	168	154

Fonte: Planejamento e estatística, controle de gestão do CHULC-março 2021

