

Instituto Universitário da Maia - ISMAI  
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento




O Impacto da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional e Sintomas Psicopatológicos dos Profissionais de Saúde e Sociais: O Papel das Estratégias de Autocuidado.

Sandra Manuela da Costa Maia, nº 31541

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Professora Doutora Joana Carreiro

julho de 2021 

## **Agradecimentos**

Ao terminar este percurso tão marcante da minha vida queria exprimir a minha gratidão a todos/as aquelas pessoas que estiveram presentes na minha caminhada e sem as quais seria impossível este meu percurso, nomeadamente a realização deste trabalho.

O meu primeiro reconhecimento de agradecimento vai para a minha família, em especial ao meu marido, João Pedro, ao meu filho, Santiago e à minha mãe, que são o meu porto de abrigo sem vós teria sido impossível este meu percurso, tenho-vos para sempre no meu coração, sendo para vós o meu mais importante agradecimento.

À Professora Doutora Joana Carreiro por todo o seu carinho e dedicação, pela sua orientação, a sua disponibilidade constante e o incentivo para que não desmoralizasse, nem desistisse, dedico toda a minha gratidão.

À minha cunhada Elisabete que se disponibilizou com carinho para ler a minha tese e ajudar na correção linguística.

Aos meus sobrinhos Diogo e Marta, sempre disponíveis para me ajudarem em pequenas coisas para eles, mas que para mim, significaram o desbravar dos impasses.

Às minhas colegas e grandes amigas de curso, Helena, Vânia, Marina e Mónica, pelas longas conversas e ajuda mútuas e criação de fortes laços para a vida.

Aos participantes que preencheram o questionário e pelas muitas mensagens de encorajamento.

A todos, a minha eterna gratidão.

## Resumo

A pandemia por COVID-19 originou uma profunda mudança no mundo, percebendo-se a vulnerabilidade da sociedade à ocorrência de novas doenças. Considerando que os profissionais de saúde e sociais se encontram expostos a esta realidade e vulnerabilidades, procurou-se compreender o papel das estratégias de autocuidado na percepção de qualidade de vida profissional e sintomas psicopatológicos dos profissionais de saúde e sociais, bem como identificar o impacto das variáveis sócio-demográficas género, habilitações académicas, estado civil, existência de filhos, percepção sobre o ambiente laboral, aumento da carga laboral, tipo de horários de trabalho, falta de materiais para ajudar no combate à Covid-19, contacto direto com doentes Covid-19, medo de contágio ou de contagiar outros, necessidade de ajuda suplementar e estratégias de autocuidado nestas variáveis, em contexto de pandemia. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*, a Escala de Qualidade de Vida Profissional e a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado. Quanto a qualidade de vida profissional os resultados evidenciaram níveis de boa qualidade de vida profissional. Relativamente aos sintomas psicopatológicos, os resultados indicaram que os profissionais de saúde e sociais não apresentam sintomas psicopatológicos clinicamente relevantes/significativos. Todavia, face ao aumento da carga laboral, verificam-se níveis mais elevados de ansiedade, *stress*, depressão, *burnout* e *stress* pós-traumático secundário. As estratégias de autocuidado utilizadas demonstraram ser um excelente preditor para a diminuição do sofrimento no ato de cuidar, em contexto de pandemia.

**Palavras-Chave:** Covid-19, Qualidade de Vida Profissional, Sintomas Psicopatológicos e Autocuidado.

## **Abstract**

The COVID-19 pandemic brought about a profound change in the world, realizing society's vulnerability to the occurrence of new diseases. Considering that health and social professionals are exposed to this reality and vulnerabilities, we sought to understand the role of self-care strategies in the perception of quality of professional life and psychopathological symptoms of health and social professionals, as well as to identify the impact of sociodemographic variables gender, educational qualifications, marital status, existence of children, perception of the work environment, increased workload, type of working hours, lack of materials to help combat Covid-19, direct contact with Covid-19 patients, fear of contagion or of infecting others, need for additional help and self-care strategies in these variables, in a pandemic context. The instruments used were the Anxiety, Depression and Stress Scale, the Professional Quality of Life Scale and the Scale to Assess Self-Care Skills. As for the quality of professional life, the results showed levels of good quality of professional life. Regarding psychopathological symptoms, the results indicated that health and social professionals do not present clinically relevant/significant psychopathological symptoms. However, given the increased workload, there are higher levels of anxiety, stress, depression, burnout and secondary post-traumatic stress. The self-care strategies used proved to be an excellent predictor for the reduction of suffering in the act of caring, in a pandemic context.

**Keywords:** Covid-19, Professional Quality of Life, Psychopathological Symptoms and Self-Care.

## Índice

Agradecimentos .....	ii
Resumo .....	iii
Abstract.....	iv
Introdução.....	1
1. Impacto Psicossocial da Pandemia por Covid-19 .....	2
1.1. Covid-19 e as mudanças provocadas na Sociedade .....	2
1.2. O Impacto da Covid-19 nos profissionais de saúde e sociais .....	5
1.2.1. Adaptação à crise e às novas diretrizes na prática profissional .....	5
1.2.2. O Impacto Psicológico da Covid-19 e Sintomas Psicopatológicos nos profissionais de saúde e sociais .....	9
1.2.3. Efeitos da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos profissionais dos saúde e sociais.....	14
1.2.3.1. Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão nos profissionais de saúde e sociais.....	16
1.2.3.2. <i>Burnout</i> nos profissionais de saúde e sociais .....	18
1.2.3.3. Perturbação de Stress Traumático Secundário e Perturbação de Stress Pós-Traumático.....	21
1.2.4. Os Fatores de Risco e de Proteção nos profissionais de saúde e sociais Preditores Qualidade de Vida Profissional, em contexto da Covid-19.....	24
1.2.5. O Papel do Autocuidado nos profissionais de saúde e sociais, enquanto Fator Preditor de Qualidade de Vida Profissional .....	27
2. Estudo empírico.....	29
2.1. Objetivo geral e objetivos específicos .....	29
2.2. Método .....	31
2.2.1. Participantes.....	31
2.2.2. Instrumentos .....	32
2.2.2.1. Questionário sociodemográfico.....	32
2.2.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).....	32
2.2.2.3. Escala Professional Quality of Live Scale-5 (ProQOL-5) .....	34
2.2.2.4. Escala para avaliar as capacidades de autocuidado, para profissionais portugueses do contexto social (EACAC).....	35
2.3. Procedimentos.....	35
2.3.1. Procedimentos da recolha de dados.....	35
2.3.2. Procedimentos de análise de dados .....	37
3. Resultados Descritivos .....	37
3.1. Caraterização das variáveis sócio-demográficas .....	37

3.2.	Caracterização das Variáveis em Estudo .....	38
3.2.1.	Caracterização das estratégias de autocuidado utilizadas pelos profissionais de saúde e sociais, em contexto de pandemia .....	38
3.2.2.	Caraterização dos sintomas psicopatológicos nos profissionais de saúde e sociais, em contexto de pandemia .....	39
3.2.3.	Caraterização da perceção dos profissionais de saúde e sociais da sua Qualidade de Vida Profissional, em contexto de pandemia.....	41
3.3.	Análise Correlacional.....	44
3.3.1.	A Relação entre o Autocuidado, o Estado Psicopatológico e a Qualidade de Vida Profissional, em contexto de pandemia .....	44
4.	Discussão.....	45
5.	Conclusão e Orientações Futuras .....	51
6.	Referências Bibliográficas: .....	53
7.	Anexos.....	66
I.	Questionário <i>On-line</i> .....	66
II.	Cartas aos autores e respetivas autorizações.....	92
III.	Publicação do questionário nas redes sociais.....	95

“Tenho em mim  
Todos os sonhos do mundo.”

Fernando Pessoa

## Introdução

Vários estudos indicam que os profissionais de saúde e sociais (PSS), pelo tipo e pelas características do trabalho que desempenham são considerados grupos vulneráveis aos sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, apresentando mais indicadores de fadiga e exaustão, devido nomeadamente às exigências de cuidar de outros em situações de fragilidade e/ou vulnerabilidades, à falta de descanso, ao excesso de atenção e horas de trabalho, o que pode conduzir à diminuição da sua qualidade de vida profissional (QDVp) (Zwielewski, Oltramari, Santos, Nicolazzi, Moura, Santana, Zanini & Cruz, 2020). Concomitantemente, os efeitos psicológicos, inerentes a uma crise pandémica, como a da Covid-19, podem afetar a capacidade dos PSS para continuarem a sua ação de cuidar e tratar dos pacientes, bem como impactar negativamente a sua qualidade de vida profissional, aumentando a fadiga por compaixão (Moss, et al., 2016; Pearman, Hugles, Smith, & Neupert, 2020; Sansó, et al., 2015). Desta forma, o desafio dos PSS para reduzirem o impacto da Covid-19 na sua QDVp e diminuírem a probabilidade de desenvolverem sintomatologia psicopatológica passa por encontrarem estratégias de proteção, tal como o autocuidado. Assim, o impacto da Covid-19 na qualidade de vida, designadamente a QDVp e dos sintomas psicopatológicos dos PSS, bem como o papel das estratégias de autocuidado utilizadas por estes profissionais em contexto de pandemia, apresenta-se como um tema pertinente e com grande relevo no panorama atual, tornando-se, assim, um tema imprescindível para investigar.

Desta forma, o presente estudo é constituído por uma primeira parte, alusiva ao enquadramento teórico, onde se aborda a análise do estado da arte acerca do tema e, uma segunda parte, relativa ao estudo empírico, onde se apresentam os objetivos gerais e específicos, as questões de investigação, o método e os resultados obtidos. E finaliza-se com a discussão e a conclusão da investigação.

## **1. Impacto Psicossocial da Pandemia por Covid-19**

### **1.1. Covid-19 e as mudanças provocadas na Sociedade**

A globalização e a era moderna das sociedades contemporâneas originaram que as pessoas se movimentem fácil, e rapidamente, de um local para o outro, aumentando a circulação e o fluxo de pessoas por todo o mundo. Desta forma, torna-se mais fácil a transmissão de doenças e mais difícil a sua contenção (Ornell, Schuch, Sordi, & KeSSLer, 2020).

Em dezembro de 2019, na província de Wuhan, na China, surgem os primeiros casos de uma pneumonia com características atípicas, provocada por um vírus, que pertence à família dos Coronavírus, da síndrome respiratória aguda grave (SARS-COV-2). Este foi o sétimo vírus identificado e está na gênese de uma nova doença, designada Covid-19 (Silva & Correia, 2020). Este vírus apresenta características particulares, designadamente transmite-se pelo ar, por intermédio do contacto próximo das pessoas e por contacto indireto, através das superfícies, podendo ter uma trajetória com sintomatologia considerada leve ou assintomática ou um curso de doença mais grave, surgindo complicações respiratórias, levando as pessoas contaminadas a internamentos hospitalares ou às unidades de cuidados intensivos (Bahl, Doolan, Silva, Chughtai, Bourouiba, & MacIntyre, 2020; Silva, Machado, Oliveira, & Ribeiro, 2020; Vicente & Gomes, 2020). Assim, após a transmissão, existe um longo período de incubação de 14 dias, sendo que este vírus tem a singularidade de poder ser transmitido pelos assintomáticos, tornando-se mais difícil a contenção da propagação da doença (Silva & Correia, 2020).

Esta doença respiratória tem como sintomas ligeiros o mal-estar geral, febre, tosse, rinorreia, dor de garganta, falta de ar, perda de paladar e/ou olfato, problemas

gastrointestinais, podendo facilmente ser confundida com um estado gripal comum. Contudo, nas situações mais críticas, pode ocorrer insuficiência respiratória ou pneumonias graves, sendo necessário o uso de ventiladores e de oxigenioterapia para salvar vidas. A acrescer a estas dificuldades, é comum que, devido ao comprometimento do aparelho respiratório, se torne impossível reverter a doença e ocorra a falência orgânica de vários sistemas, levando alguns autores a considerar esta doença como sistémica (Moreira & Lucca, 2020; Silva & Correia, 2020; Vicente & Gomes, 2020).

A doença Covid-19 é uma doença altamente contagiosa, que se mantém em circulação na comunidade, durante muito tempo, o que pode originar complicações para as pessoas consideradas de risco, como os idosos, os doentes imunodeprimidos, os doentes oncológicos ou pessoas com doenças concomitantes, como a diabetes, a doença cardíaca, a doença respiratória e a hipertensão (Vicente & Gomes, 2020).

O desconhecimento do novo coronavírus e o aumento dos contágios, nos diversos países, demonstraram que a infeção, assim como a gravidade dos sintomas, indicaram ser um caso de emergência de saúde pública internacional (Moreira, Sousa, & Nóbrega, 2020; Prado, Peixoto, Silva, & Scalia, 2020). Esta situação fez o mundo despertar para uma realidade que modificou o quotidiano, as relações, o sentido da vida e, em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS), declara a Covid-19 uma pandemia com impacto global (OMS, 2020; Vicente & Gomes, 2020). Segundo a OMS, pandemia significa uma disseminação de uma doença por vários países, com grande impacto, que se transmite facilmente de pessoa para pessoa e mantém essa transmissão constante (OMS, 2020).

Em Portugal, o primeiro caso positivo de Covid-19 foi confirmado em março de 2020. O doente tinha regressado de férias, do Norte de Itália, uma zona que foi muito afetada na primeira vaga da pandemia. A zona Norte de Portugal foi onde apareceram os

primeiros casos e onde os contágios aumentaram de forma rápida, fazendo com que as autoridades de saúde ficassem atentas ao evoluir das ocorrências. Mas passado pouco tempo, Lisboa e o Vale do Tejo já era uma zona com inúmeros casos ativos e os médicos começaram a alertar para a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de recursos humanos, de equipamentos médicos e de testes (Chaiça, 2020).

No mesmo mês, no dia 18, Portugal decretou o estado de emergência e, seguindo as linhas de orientações da Europa, adotou medidas para travar a propagação da doença, tais como o fecho de escolas, o encerramento do comércio não essencial, assim como a diminuição do horário e proibição das deslocações que não eram prioritárias, mesmo entre países. Algumas pessoas começaram a trabalhar a partir de casa, implementaram-se o confinamento e o distanciamento social, a quarentena, a desinfecção dos locais públicos, a redução de aglomerados de pessoas, os separadores em acrílico, o uso de máscaras e a higienização das mãos, entre outras medidas comportamentais e de autoproteção importantes (Huh, 2020; Ribeiro, Souza, Nogueira, & Eler, 2020; Vicente & Gomes, 2020).

Por conseguinte, a atual conjuntura alterou as relações interpessoais e implementou novos costumes, tais como a ausência de rituais fúnebres, transformou o contacto com doentes e os idosos e promoveu novas formas de comunicar, exacerbando sinais e sintomas de perturbações psicológicas (Carqueja & Sousa, 2020). Portanto, a Covid-19 trouxe imensas mudanças no quotidiano das pessoas, a nível pessoal e profissional, sendo necessária uma adaptação e uma reinvenção na forma como se trabalha, com novas regras, novas diretrizes e, conseqüentemente, novos desafios e exigências, particularmente para os profissionais de saúde e sociais (Lopes, Carvalho, Roseiro, & Soares, 2020).

## **1.2. O Impacto da Covid-19 nos profissionais de saúde e sociais**

### **1.2.1. Adaptação à crise e às novas diretrizes na prática profissional**

Ao longo dos anos, o mundo tem assistido a inúmeras pandemias, com repercussões negativas para o ser humano (Vicente & Gomes, 2020).

Desta forma, os acontecimentos traumáticos e com dimensões catastróficas precisam da assistência dos sistemas de saúde, dos profissionais de saúde e sociais e das instituições, públicas ou privadas, para prestar os apoios necessários, resultando na sobrecarga dos sistemas e, naturalmente, tornando-os insuficientes para enfrentar as catástrofes (Silva & Correia, 2020).

Durante a crise pandémica provocada pela Covid-19, sendo esta doença uma ameaça à saúde pública, foram necessárias intervenções, nomeadamente de protocolos de intervenção em crise, para lidar com as incertezas e com a emergência de respostas imediatas e articuladas, entre todos os intervenientes dos sistemas, promovendo uma partilha constante de informações (Paulino, Dumas-Diniz, & Arriaga, 2020). Logo, a comunicação foi importante e vantajosa, quer entre os intervenientes/profissionais, quer para o público. Desta forma, as autoridades de saúde, ao transmitirem as informações necessárias, objetivas, coerentes e claras, tornaram-se mais eficientes e profícuas, aumentando a consciencialização das pessoas, ampliando a adesão às medidas que ajudaram no controle da doença e na adoção de novos comportamentos. Uma melhor comunicação proporciona mais segurança e confiança e, concomitantemente, melhora os impactos psicossociais na saúde mental das pessoas e dos profissionais de saúde e sociais (Faro, Bahiano, Nakano, Reis, Silva, & Vitti, 2020; Paulino, Dumas- Diniz, & Arriaga, 2020).

De acordo com a classificação nacional de profissões (CPP, 2010) os profissionais de saúde englobam todos os profissionais que desempenham atividades e funções no âmbito da saúde, tais como médico/a, enfermeiro/a, psicólogo/a, farmacêutico/a, técnicos, auxiliares e outros profissionais de saúde. No que diz respeito aos profissionais sociais, englobam todos os profissionais que desempenhem atividades e funções no âmbito social, tais como sociólogo/a, assistentes sociais, técnico/a dos serviços de saúde comunitária e auxiliares. Embora se reconheça a importância do papel e das funções desempenhadas especificamente pelos profissionais sociais no contexto de pandemia, pois estes também se mobilizaram para responder às solicitações que a sociedade precisava, articulando o seu trabalho com os diferentes sistemas, a literatura é ainda parca, pelo que, para o presente estudo, destacaremos as informações gerais apresentadas em estudos sobre profissionais de saúde (Marcilio & Parrão, 2020; Matos, 2020; Teixeira, Soares, Souza, Lisboa, Matos, Andrade, & Espiridião, 2020).

Assim, os profissionais que lidaram com eventos traumáticos ou catastróficos, como estar na linha da frente no combate à Covid-19, podem interpretar o evento desadaptativamente, predizendo perturbações depressivas, de ansiedade, de *stress* pós-traumático, bem como o aumento de comportamentos aditivos (Faro, et.al., 2020; Sá, Werlang, & Paranhos, 2020). Naturalmente, uma crise prolongada como a produzida pela Covid-19 levou à saturação e exaustão, não só dos sistemas de saúde, mas também dos profissionais, reforçando a crise pública na saúde (Faro, et al., 2020).

A primeira vaga da pandemia de Covid-19 sobrecarregou e colocou visíveis as debilidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS), inclusive dos profissionais de saúde e sociais (Silva & Correia, 2020). Assim, com a pandemia, houve uma maior necessidade de internamentos hospitalares, nomeadamente de cuidados intensivos, e de um elevado

número de doentes que precisavam de cuidados, quer nas instituições, quer nos hospitais, conduzindo a um estado limite do sistema (Vicente & Gomes, 2020). A este propósito, o SNS foi obrigado a reorganizar-se e reestruturar-se para que, através de uma articulação dos diversos cuidados de saúde, pudesse aumentar a sua capacidade de resposta à pandemia (Silva & Correia, 2020). A reorganização e reestruturação levou à criação apressada de equipas de cuidados intensivos, com profissionais, naturalmente inexperientes na área, e com o crescente aumento de doentes a cargo de cada profissional (Vicente & Gomes, 2020). Assim, para fazer face à situação de pandemia, os PSS tiveram de se adaptar, reaprender a trabalhar e a utilizar os equipamentos de forma célere. As novas diretrizes indicavam a inevitabilidade da limpeza frequente do local de trabalho e das mãos, tais como a descontaminação regular dos instrumentos de trabalho, teclados, dispositivos, bancadas, entre outros. No entanto, estas normas promoveram a tranquilidade e permitiram manter o foco no essencial, durante a primeira vaga da pandemia (Adams & Walls, 2020; Vicente & Gomes, 2020).

No que concerne aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a literatura salienta a importância do treino adequado dos protocolos de utilização para a adaptação dos profissionais a estes, aumentando a adesão e diminuindo o risco de contágio (Rodrigues & Silva, 2020; Silva, Machado, Oliveira, & Ribeiro, 2020; Teixeira, et al., 2020). Assim, a consciência do alto risco de transmissão da doença e das infeções cruzadas, levaram à criação de orientações de utilização para o uso dos EPI, com vista a segurança dos profissionais. Entre estas novas normas, destacaram-se a importância de beber água antes de usar o equipamento e, posteriormente, ir à casa de banho, evitar usar anéis ou relógio, usar o cabelo amarrado, utilizar respiradores, vulgarmente chamadas de FFp2 ou Kn95, óculos, viseira, fato descartável à prova de água, luvas, gorro e, por fim,

substituir os EPI sempre que estivessem contaminados (Adams & Walls, 2020; Huh, 2020). Ainda sobre os EPI, os profissionais referem alguns aspetos negativos na utilização, como a obrigatoriedade de utilização dos equipamentos, por 12 horas, sendo este tempo considerado muito longo. Durante esse período não podem comer, beber ou ir à casa de banho, o que provoca desidratação, dermatites, cistites e reações cutâneas. Os profissionais caracterizam estes sintomas como desconfortáveis e incómodos e ainda referem que o uso de EPI interfere com a comunicação com os pacientes (Huh, 2020; Walton, Murray, & Christian, 2020; Zhang, Yang, Lui, Ma, Wang, Cai, Du, Li, Kang, Su, Zhang, Liu, & Zhang, 2020).

A este propósito Zhang e colaboradores (2020), apontam que os PSS estão sobre grande pressão como consequência da necessidade de cuidar de mais doentes, pela falta de pessoal que ficou doente ou tinham comorbilidades que os impediam de ajudar, ampliando a exaustão (Zhang, et al., 2020; Walton, Murray, & Christian, 2020). Neste sentido, os PSS são considerados um grupo de risco, pois estão constantemente expostos a utentes infetados com a Covid-19 e sob grande pressão pelas desajustadas condições de trabalho. Desta forma, não é invulgar que estes profissionais descurem na sua proteção, expondo-se ao perigo de contágio (Teixeira, et al., 2020).

Considerados grupos profissionais especialmente vulneráveis ao sofrimento psicológico, os PSS, para além do que já foi referido sobre as novas diretrizes e exigências profissionais, a literatura evidenciou, ainda, o aumento da carga laboral, o número excessivo de horas de trabalho, as baixas remunerações e as chefias tóxicas, entre outros (Saidel, Lima, Campos, Loyola, Esperidião, & Rodrigues, 2020). Paralelamente, os profissionais que trabalham diariamente na linha da frente no combate à Covid-19,

manifestam ainda impacto significativo a nível pessoal, como terem de lidar com os sentimentos de impotência, desamparo, desesperança, solidão, frustração de possíveis perdas de utentes, bem como a incerteza da doença, o medo de ficarem doentes e de serem potenciais transmissores para os seus familiares e, também, a necessidade de cuidarem dos filhos que ficaram em casa, devido ao fecho das escolas. Todos estes sentimentos aparecem relacionados ao agravamento do impacto psicológico e psicossocial da Covid-19 nos profissionais (Paulino & Dumas-Diniz, 2020; Saidel, et al., 2020).

### **1.2.2. O Impacto Psicológico da Covid-19 e Sintomas Psicopatológicos nos profissionais de saúde e sociais**

Enquanto ser social, o ser humano precisa de afetos e de se relacionar, no entanto com a pandemia houve urgência em adotar o isolamento físico e o distanciamento social como umas das estratégias para controlar a propagação do vírus. Contudo, estas estratégias são consideradas preditores dos problemas relacionados com a saúde mental (Lopes, Carvalho, Roseiro, & Soares, 2020; Ribeiro, et al., 2020).

Um dos aspetos importantes para a compreensão do impacto da primeira vaga de Covid-19 na saúde mental dos PSS é a quantidade de artigos produzidos sobre o aumento da ansiedade, depressão, *stress* pós-traumático, *stress* e insónia nestes profissionais (Adams & Walls, 2020; Lai, Ma, Wang, Cai, Hu, Wei, Wu, Du, Chen, Li, Tan, Kang, Yao, Huang, Wang, Wang, Liu, & Hu, 2020; Moreira, Sousa & Nóbrega, 2020; Muller, Hafstad, Himmels, Smedslund, Flottorp, Stensland, Stroobants, Velde, & Vist, 2020). Neste sentido, um estudo levado a cabo por Paulino e Dumas-Diniz (2020) concluiu que os profissionais na linha da frente no combate à Covid-19 estão vulneráveis, a apresentar

elevadas possibilidades de experienciarem cansaço físico e mental, como a depressão, o *stress*, a ansiedade, medo do contágio e sintomas psicopatológicos.

As diretrizes emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) no combate à Covid-19 trouxeram um impacto emocional negativo para toda a sociedade, potenciando uma dicotomia nos PSS. Por um lado, estes avançaram para salvar vidas e, por outro lado, sentiam medo do que poderia acontecer com eles e com os seus entes queridos, pois combatiam o desconhecido, arriscavam a ser um veículo de transmissão, aumentando os relatos de problemas psicológicos nestas categorias profissionais, os sintomas psicopatológicos (Moreira, Sousa, & Nóbrega, 2020; Schmidt, et al., 2020; Zhang, et al., 2020).

Segundo o DSM-V (2014), a perturbação depressiva *major* é caracterizada por humor deprimido, diminuição de prazer nas atividades diárias, numa grande parte do dia, durante pelo menos duas semanas, lentificação psicomotora ou agitação, alterações de apetite, apatia, baixa autoestima, dificuldade de concentração e pensamentos negativos, com perda da capacidade de projetar o futuro e alteração da perceção de realidade, alterações do sono, pensamentos recorrentes acerca da morte, fadiga e diminuição da concentração. As gravidades dos sintomas variam, podendo ser intermitentes ou causar um grande mal-estar clínico nas diferentes atividades da vida diária das pessoas (DSM-V, 2014). Nesta perspetiva, na pandemia atual, o medo, a perceção de falta de controlo, o isolamento físico das pessoas significativas e os sentimentos de perda, podem originar sintomatologia depressiva. Associados a estes fatores pode existir a dificuldade de coadunar a profissão e as relações familiares que impedem as atividades diárias, podendo também exacerbar este quadro depressivo. Para além disso, quando a transmissão da Covid-19 é feita por um familiar, podem surgir os pensamentos pessimistas, catastróficos

e os sentimentos de culpa, sintomas característicos da depressão. Estes sentimentos fortes e contraditórios têm potencial para contribuir para o aumento do risco de suicídio ou ideação suicida nos PSS, devido à exposição direta ou indireta, aos doentes infetados com Covid-19 (Nascimento, Pereira, Caldas, Silva, Mendonça, Lourenço, & Gonçalves, 2020).

No que diz respeito à ansiedade, o DSM-V (2014) caracteriza este estado emocional como uma resposta a uma situação de medo, sendo esta resposta excessiva ou desproporcional à situação real. A ansiedade pode, no entanto, ter um papel protetor na saúde, logo, face ao período pandémico, é normal e provável que as pessoas experienciem ansiedade e vivam num estado de alerta e de ameaça à vida, sendo esta agravada pelas interpretações erróneas das reações fisiológicas, das crenças disfuncionais e de estratégias desadaptativas relativas ao estado da saúde, evidenciando a prevalência de ansiedade, nomeadamente, nos PSS (Nascimento, et al., 2020).

Em relação ao *stress*, como refere Vaz-Serra (2000), a verdade “(...) é que ninguém está livre do *stress*. É inerente à espécie humana (...)” (Vaz-Serra, 2000, p. 262) contudo, se o *stress* for excessivo e contínuo, não limita apenas a saúde do sujeito, como também a sua qualidade de vida e o seu rendimento (Mcintyre, 1994; Vaz-Serra, 2000). Segundo Vaz-Serra (2000), o *stress* quando saudável, favorece o desenvolvimento pessoal; em contrapartida, se for prejudicial, desestabiliza o equilíbrio da pessoa. Os PSS, com a Covid-19, tiveram um aumento da carga laboral, um aumento do horário de trabalho, menos autonomia e controlo, aumento de risco de contágio e o medo de contagiar. Tiveram de lidar com o sofrimento, a diminuição de recursos humanos e materiais, com os sentimentos de responsabilidade pelos outros e com as relações

interpessoais no local de trabalho, entre outros, situações que conduziram ao aumento dos efeitos negativos de *stress* (Adams & Walls, 2020; Lai, et al., 2020).

No mesmo enquadramento, a revisão da literatura realizada por Schmidt e colaboradores (2020) também confirmou que a sobrecarga, a fadiga e o afastamento das pessoas, que são significativos para os profissionais, podem despoletar sintomas de ansiedade, depressão e *stress* – sintomas psicopatológicos. A revisão refere, ainda, que este aumento de *stress* pode ser considerado responsável pela insónia, o que levou estes autores a aprofundar o predomínio deste sintoma e descobrir que houve um impacto na qualidade do sono, durante o surto por Covid-19. Esta conclusão é consistente com outros estudos realizados em Hong Kong e Taiwan sobre o impacto da Covid-19 na saúde mental dos PSS (Schmidt et al., 2020). Schmidt e colaboradores (2020) aludem ainda que os PSS, na obrigação de cumprir medidas de distanciamento social, dos novos protocolos de proteção e de dedicar muito tempo a vestir e tirar os EPI, aumentam a exaustão associada ao trabalho, dilatando o possível desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Taylor, 2019; Bao et al., 2020; Li et al., 2020b citado em Schmidt et al., 2020).

Outro dado importante que propiciou o aparecimento de problemas psicológicos foi aquando da necessidade urgente da formação das equipas e de serviços especializados para atender os doentes contaminados com Covid-19. Esta situação aumentou a falta de confiança nos profissionais, pois o desconhecimento em doenças infecciosas, por alguns profissionais que integravam as equipas, aumentou o sofrimento psicológico e os sintomas psicopatológicos (Almeida, 2020; Que, Shi, Deng, Liu, Zhang, Wu, Gong, Huang, Yuan, Yan, Sun, Ran, Bao, & Lu, 2020). Assim, existem vários estudos que descrevem o sofrimento psicológico que os PSS experienciam durante a sua atividade profissional, referindo que o *stress*, a ansiedade, a depressão, a insónia e o *burnout* são

alguns dos problemas emocionais narrados, na primeira vaga da pandemia (Que, et al, 2020; Zhang, et al., 2020). Logo, o *stress*, a ansiedade, o pânico, o medo e a depressão podem ser compreendidos como normais numa pandemia, no entanto, os autores Ribeiro e colaboradores (2020) alertam que esta avaliação deve ser feita com alguma prudência, para evitar análises consideradas normais, habituais e que não se consiga identificar quem realmente precisa de ajuda.

A literatura refere assim o impacto da Covid-19 na saúde mental dos PSS, tendo-se constatado a presença de sintomas como a depressão, a ansiedade e a insónia sempre que associados às atividades ocupacionais (Muller, et al., 2020). Note-se que vários estudos referem a relação entre a saúde mental, os ambientes profissionais e, consequentemente, a prática profissional, corroborando que ambientes profissionais mais benéficos estavam menos propensos a erros médicos, a menor exaustão emocional e a melhores práticas profissionais (Marco, et al., 2008; Shang, Friese, Wu, & Aiken, 2013). Desta forma, a perceção do profissional sobre a sua qualidade de vida, sendo este conceito abrangente e associado a uma satisfação da vida familiar, afetiva e social, bem como, da sua qualidade de vida profissional torna-se um importante fator de estudo (Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Shang, Friese, Wu, & Aiken, 2013). A definição de qualidade de vida profissional refere-se à perceção do profissional em relação ao seu trabalho, ao seu bem-estar, físico e psicológico, atendendo aos fatores biopsicossociais (Limongi-França, 2004 as cited in Barbosa, Souza, & Moreira, 2014).

### **1.2.3. Efeitos da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos profissionais dos saúde e sociais**

Trabalhar em locais associados ao ato de cuidar e insalubres pode originar prazer e bem-estar, mas também pode conduzir ao *stress*, sendo que esta dualidade pode interferir na vida pessoal e profissional dos profissionais (Melo & Raupp, 2020). Diariamente, os PSS deparam-se com o sofrimento e a morte, podendo ser esta proximidade com a morte o principal *stressor* no ambiente laboral (Barbosa, Souza, & Moreira, 2014). No mesmo enquadramento, os autores Sessa e colaboradores (2008) consideram que os PSS mostram um aumento das perturbações emocionais, quando comparados com outras áreas profissionais, pois trabalham de perto com a “doença, dor e sofrimento” e, como consequência, podem experienciar “insatisfação no trabalho, abandono de tarefas, mudanças frequentes de emprego, doenças psicossomáticas (...)” (Sessa, Kioroglo, Varallo, & Bruscato, 2008, p.52).

Outro aspeto importante é referido pelos autores, Barbosa e colaboradores (2014), quando salientam que os profissionais cuidadores apresentam sintomas negativos na sua saúde física, psíquica e social e, conseqüentemente, na sua vida profissional. Desta forma, as condições de trabalho inadequadas e com elevadas exigências, como a sobrecarga, o contacto direto a doentes em sofrimento, os turnos e o contacto com a morte que os PSS vivenciam, no seu papel de cuidar, quando associadas a problemas psicológicos podem originar impactos na saúde mental e, comumente, levar à exaustão com implicações negativas na qualidade de vida e na qualidade de vida profissional.

Nesta perspetiva, a qualidade de vida profissional tem sido alvo de pesquisa nos últimos anos, principalmente estudos que investigam o bem-estar dos trabalhadores, do

seu desempenho e das condições de trabalho. Assim, estudar este construto, seja numa vertente preventiva ou numa vertente promotora de saúde, poderá contribuir para diminuir o desgaste dos profissionais, bem como dos fatores que provocam mal-estar na sua qualidade de vida profissional (Andrade & Veiga, 2012). Assim, o construto qualidade de vida profissional pode ser compreendido como a perceção que o profissional sente relativamente ao seu trabalho, bem como o resultado do seu envolvimento emocional e afetivo, mediante o sofrimento de quem cuidam (Batalha, Melleiro, Queirós, & Borges, 2020).

Embora os PSS procurem fornecer o melhor atendimento e tratamentos ao paciente, constatou-se que as condições do trabalho, como a carga horária, tiveram impacto na qualidade de vida profissional (Marco, Cítero, Moraes & Nogueira-Martins, 2008). Neste seguimento, Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) mencionam ainda que os PSS tomam decisões, no que concerne ao melhor tratamento para o paciente, podendo ocorrer, com os seus procedimentos, situações em que a saúde do doente possa piorar, aumentando, assim, o *stress* e a pressão (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009). Deste modo, todas as exigências e restrições impostas por esta pandemia, em combinação com as frágeis condições de trabalho que os PSS narram, levam a que os autores Silva e colaboradores destaquem os ambientes de trabalho como fundamentais para o controle de infeções, bem como para o equilíbrio emocional destes profissionais (Barbosa, Souza, & Moreira, 2014; Silva, Machado, Oliveira, & Ribeiro, 2020).

### **1.2.3.1. Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão nos profissionais de saúde e sociais**

A satisfação por compaixão, refere-se à capacidade dos PSS de ajudar os outros que se encontram em situações de risco, dor, crise ou sofrimento e de se sentirem-se bem ao ajudar. Contudo, a exaustão, o esgotamento e o medo, podem potenciar o desenvolvimento da fadiga por compaixão (Torres, Barbosa, Pereira, Cinha, Torres, Brito, Pinho, Mendes, & Silva, 2019). Logo, os profissionais que experienciem no seu local de trabalho acontecimentos que despoletem tensão, exaustão, trauma, medo e desgaste emocional que resultem em *stress* e em *burnout*, podem comprometer a sua qualidade de vida profissional, emergindo a fadiga por compaixão (Carona, 2017; Zhang, Zhang, Han, Li, & Wang, 2018). Por isso, a fadiga por compaixão é um constrangimento à saúde mental dos PSS, pela progressiva redução da compaixão, levando a que o profissional não consiga gerir os sentimentos negativos, conduzindo a somatizações e comportamentos defensivos relativamente ao local de trabalho (Lago & Codo, 2013). Em contrapartida, os PSS que percecionem positivamente a sua qualidade de vida profissional (QDVp), aumentam os sentimentos positivos de satisfação nos locais de trabalho, sendo estes sentimentos considerados uma recompensa pelo seu trabalho (Batalha, Melleiro, Queirós, & Borges, 2020; Bordignon, Monteiro, Mai, Martins, Rech, & Trindade, 2015).

Efetivamente, a satisfação profissional pode ser designada por uma ligação de afetividade do trabalhador com o trabalho e, assim, esta conceção resulta da comparação do trabalhador entre as suas expectativas e a realidade do seu trabalho (Barbosa, Souza, & Moreira, 2014; Brodigno, et al., 2015). Desta forma, a satisfação no local do trabalho pode ser influenciada pelas lideranças, pelas relações estabelecidas, pela participação na tomada de decisões, pelo suporte das chefias, pela abertura das chefias às novas sugestões

e à gestão de conflitos, sendo que estes fatores podem contribuir para um melhor ambiente, bem-estar e qualidade de vida profissional e qualidade no atendimento dos profissionais para com os pacientes (Shang, Friese, Wu, & Aiken, 2013). Portanto, a compaixão pode ser caracterizada por um ato de empatia pelo outro e o surgimento destes sentimentos positivos no alívio do sofrimento do outro são considerados fundamentais para a realização da atividade profissional, trazendo para o profissional um desenvolvimento pessoal, sendo inquestionável o seu papel positivo no seu bem-estar. Deste modo, a adoção de uma atitude compassiva, pelo profissional, traz benefícios para a sua qualidade de vida geral e profissional (Barbosa, et al., 2014; Zhang, Zhang, Han, Li, & Wang, 2018).

Assim, os PSS, conscientes do sofrimento e da dor alheia no seu local de trabalho, procuram diminuí-los com compaixão, ou seja, através de comportamentos altruístas e empáticos buscam reduzir o padecimento de quem sofre (Barbosa, et al., 2014). A comprovar esta compaixão em situação de pandemia, os PSS no exercício das suas funções, conscientes das novas regras rígidas, disponibilizaram os seus telemóveis para que os doentes pudessem estabelecer contacto com a família, minimizando sentimentos de angústia, medo e incertezas, manifestando cuidado, empatia e compaixão pelo paciente (Carqueja & Sousa, 2020).

Os autores Hansen e colaboradores (2018) procuram através de um conjunto de estudos, apresentarem uma relação entre a empatia, a fadiga por compaixão e a satisfação por compaixão. Relativamente aos resultados, estes revelaram que todos os participantes manifestaram empatia e que os efeitos, positivos ou negativos, da empatia diminuíam com o tempo. Desta forma, com o tempo, a relação entre fadiga por compaixão e satisfação por compaixão podem diminuir o seu impacto no profissional.

Ainda sobre a relação entre fadiga e satisfação por compaixão, uma meta-análise desenvolvida por Zhang e colaboradores (2018) evidenciou fortes correlações entre a fadiga por compaixão e a exaustão e moderadas correlações entre a fadiga por compaixão, o *stress* e os afetos negativos. Em contrapartida, a satisfação por compaixão revelou uma correlação negativa moderada com a exaustão e uma relação moderada positiva com os afetos positivos e com os fatores pessoais. Nesta ordem de ideias, satisfação por compaixão pode ser definida como o resultado positivo de sentimentos, como a compaixão e a empatia, enquanto a fadiga por compaixão pode ser definida como resultado negativo da exposição de um profissional ao sofrimento e/ou ao trauma dos pacientes (Hansen, Eklund, Hallen, Bjurhager, Norrstrom, Viman, & Stocks, 2018). Posto isto, a satisfação por compaixão envolve sentimentos positivos e compensatórios pelo esforço dos profissionais em ajudar quem está a sofrer. Em contrapartida, a fadiga por compaixão engloba as vivências negativas do trabalho de cuidar, dividindo-se em sentimentos de exaustão, frustração e irritabilidade características da síndrome de *burnout* e pelo medo e trauma características da Perturbação de *Stress* Traumático Secundário, sendo estas características decorrentes das respostas defensivas da relação do profissional com o sofrimento do paciente (Lago & Codo, 2013).

### **1.2.3.2. *Burnout* nos profissionais de saúde e sociais**

Mcintyre (1994) refere que “os que tratam também sofrem”, retratando os PSS como vulneráveis na sua saúde mental, corroborando os estudos referentes à Covid-19 supramencionados. Esta autora enfatiza a importância de compreender o *stress* ocupacional na saúde, pois considera que as profissões relacionadas com os cuidados de saúde apresentam elevados índices de *stress*.

Sabe-se assim que o *stress* passou a ser um construto pertinente para estudos e reconhecido pela sociedade, principalmente nas profissões em que se prestam cuidados de saúde, por estarem a atingir dimensões catastróficas, no contexto pandémico (Capelo & Pocinho, 2016). As fontes de *stress* ocupacional nos PSS estão relacionadas com a forma como estes lidam com os doentes e como respondem às necessidades emocionais dos mesmos (Mcintyre, 1994). A este propósito, Gomes, Cruz e Cabanelas consideram que as pesquisas sobre o *stress* ocupacional não são só importantes pelo interesse de perceber os impactos na saúde e bem-estar dos profissionais, mas também nas relações existentes entre o paciente e o cuidador (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009). A resposta ao *stress* ocupacional, ao tornar-se mais frequente, intensa e contínua associada à não utilização de estratégias habituais, por parte dos profissionais, para manterem o seu equilíbrio, poderá impulsionar um *stress* crónico - o *burnout* (Oliveira & Pereira, 2012).

Este conceito de *burnout* é muitas vezes confundido com outros, como a depressão, a fadiga emocional, o *stress* no trabalho, entre outros. Todavia, o *burnout* foi redefinido em 1982, por Maslach, como uma perturbação de “exaustão emocional”, “despersonalização” e diminuição da “realização profissional” dos “indivíduos que trabalham com pessoas”, onde ocorre um envolvimento emocional, por um intervalo de tempo longo (como citado em Pacheco & Jesus, 2007). Então, o *burnout* corresponde a um conjunto de respostas disfuncionais dos PSS, que vivem sob pressão, nos seus contextos laborais (Faúndez, 2017).

No que concerne às dimensões do *burnout*, a *exaustão emocional* define-se por sentimentos de cansaço e desgaste emocional, considerada a primeira reação ao *stress* causado pelas exigências do trabalho ou de alterações no trabalho, e ainda da relação da pessoa com o seu trabalho (Maslach & Leiter, 2006). A *despersonalização*, caracteriza-se

por uma postura fria e distante do profissional para com o trabalho e com quem trabalha, sendo este um elemento interpessoal do *burnout* (Maslach & Leiter, 2006). A diminuição da *realização profissional* diz respeito a um sentimento de ineficácia profissional e onde as novas atividades são percebidas como exigentes (Maslach & Leiter, 2006).

Os efeitos do *burnout* não se restringem às variáveis individuais, como a depressão, ansiedade, personalidade, mas também às relações profissional/paciente e profissional/contexto laboral, sendo este conceito constituído pelas três dimensões supracitadas (Reith, 2018; Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto, & Pinheiro, 2008).

Em tempos de pandemia, os PSS vivenciam acontecimentos que os colocam em risco, devido à necessidade de atuarem em distintas linhas da frente, tornando o risco de contágio dos profissionais maximizado. Assim, a complexidade da sua atuação associada ao aumento de fluxo de doentes, de novos casos de estirpes mais resistentes, ao aumento da carga horária de trabalho, às tensões nas relações profissionais, às relações pessoais e familiares reduzidas pelo receio de contágio, à falta de descanso, ao excesso de atenção e aos turnos, levam estes profissionais a experienciarem fadiga e exaustão (Huh, 2020; Moreira & Lucca, 2020; Zwielewski, Oltramari, Santos, Nicolazzi, Moura, Santana, Zanini, & Cruz, 2020).

Para além do que já foi referido, os PSS que experienciam a síndrome de *burnout*, apresentam, como consequência, uma diminuição do desempenho profissional, a possibilidade de acontecer erros médicos, faltas ao trabalho/absentismo, menor adesão e satisfação com o trabalho e o aumento de sofrimento pessoal (Duarte, Teixeira, Castro, Marina, Ribeiro, Jácome, Martins, Ribeiro-Vaz, Pinheiro, Silva, Ricou, Sousa, Alves, Oliveira, Silva, Nunes, & Serrão, 2020). Adicionalmente, acresce a decisão de fazer escolhas difíceis, como quem salvar, a ausência de sentido de justiça, como fazer a seleção

dos doentes que vão cuidar, os conflitos de valores e de culpa (Prado, Peixoto, Silva, Araújo, & Scalia, 2020; Walton, Murray & Christian, 2020; Zwielewski et al., 2020).

Assim, e não obstante a preparação que os PSS têm para desempenharem a sua profissão, a forma como lidam com a dor, com o sofrimento e a morte, ainda adiciona outros condicionantes como a falta de EPI, a pressão, o medo de contágio, os dilemas éticos e os turnos, que poderão colocar em causa a saúde física e mental destes profissionais (Bosco, Floriano, Skupien, Arcaro, Martins, & Anselmo, 2020; Dallacosta, 2019; Moreira & Lucca, 2020). Outro aspeto relevante parece ser a elevada automedicação em profissionais comparativamente à população geral, podendo estar associado à exaustão, à despersonalização dos profissionais e às variações do sono (Pacheco & Jesus, 2007). Acerca deste aspeto, a facilidade de acesso a medicamentos associadas ao estigma profissional, dificulta o acesso ao pedido de ajuda por parte destes (Nascimento, et al., 2020). Adicionalmente, os estudos sobre a Covid-19 e o seu impacto mental nos PSS têm demonstrado a fragilidade dos sistemas de saúde para ajudarem os seus profissionais a reduzirem este impacto (Muller, et al.,2020).

### **1.2.3.3. Perturbação de Stress Traumático Secundário e Perturbação de Stress Pós-Traumático**

Sabe-se que as pessoas que experienciam ou testemunharam acontecimentos de risco para a sua vida ou para a sua integridade física e psíquica, ou de morte, às quais reagem com medo intenso, com horror ou desespero, podem desenvolver uma Perturbação de *Stress* Pós-Traumático. Por norma, a perturbação aparece após a exposição ao acontecimento traumático, podendo prolongar-se por meses. Quando a exposição é inferior a um mês é considerada uma Perturbação Aguda de *Stress* ou quando

se mantém por toda a vida, torna as pessoas mais suscetíveis a padecerem com novos traumas (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003).

Segundo o DSM-V (2014), esta perturbação caracteriza-se, para além da exposição ao evento traumático já mencionada, por pensamentos intrusivos, *flashbacks* de um evento traumático passado, comportamentos de evitamento de estímulos que desencadeiem memórias associadas ao acontecimento traumático e dissociativos, humor negativo, sintomas de ativação, tristeza, raiva e culpa. Consideram-se acontecimentos passíveis de traumas, os acidentes graves provocados pelos meios de transportes, os desastres naturais, a violência criminosa e sexual, as guerras, a negligência infantil e situações de rapto, mas a Covid-19, pelas suas peculiaridades, poderá assumir-se como sendo um evento traumático em massa (Horesh & Brown, 2020).

Quando se perpetua no tempo, a PTSD aparece associada a outras perturbações, como a um risco aumentado de perturbação depressiva *major* e ao suicídio, ansiedade generalizada, perturbação de pânico, comportamentos aditivos, como o alcoolismo e a toxicodependência e doenças com somatizações (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003). Um estudo realizado por Nascimento e colaboradores (2020), numa avaliação feita após a SARS-COV-1 revelou sintomas de PTSD nos profissionais de saúde, após três anos do acontecimento, assim como outros sintomas como de humor deprimido, irritabilidade, sentimentos negativos- medo, nervosismo, tristeza e culpa (Nascimento, et al., 2020). Assim, os profissionais de saúde como testemunham diariamente o sofrimento, trauma e morte, e trabalham em condições extremas e caóticas, encontram-se mais vulneráveis a desenvolver a PTSD, provocada por Covid-19. A taxa de prevalência em Perturbação de *Stress* Pós-Traumático é de 73,4%, de depressão de 50%, ansiedade generalizada de 44,7% e a insónia de 36,1%, como refere a pesquisa com os profissionais

chineses, durante a primeira vaga da pandemia (Liu, Yang, Zhang, Xiang, Liu, Hu, & Zhang, 2020).

Em relação à Perturbação de *Stress* Secundário (STSD), esta diz respeito a uma partilha de sintomas semelhantes, por traumatização secundária, por parte de quem cuida, de pessoas com a PTSD, sendo a empatia uma explicação para a possibilidade de desenvolver esta perturbação como já foi supramencionado (Pedras & Pereira, 2012; Collins & Long, 2003).

Embora as perturbações partilhem características similares, a grande diferença é que na PTSD os sintomas aparecem quando o indivíduo fica exposto a um trauma, enquanto a STSD é de forma indireta, por traumatização vicária, quando o profissional fica demasiado envolvido com a experiência do paciente e torna-se incapaz de suportar a dor do mesmo (Barbosa, et al., 2014; Pereira, 2003).

Os profissionais que lidaram com eventos traumáticos ou catastróficos, como estar na linha da frente no combate à Covid-19, e a avaliação que fazem do evento, podem ser preditores de perturbações depressivas, de ansiedade, de *stress* pós-traumático, *burnout* e do aumento de comportamentos aditivos, influenciando a QDVP (Sá, Werlang, & Paranhos, 2020; Faro, Bahiano, Nakano, Reis, Silva, & Vitti, 2020). Apesar da exposição a eventos traumáticos provocar desgaste físico e emocional, podendo, eventualmente, progredir para uma situação traumática, existem profissionais que, mesmo expostos a acontecimentos traumáticos, não desenvolvem nenhuma perturbação (Pedras & Pereira, 2012). Assim sendo, a forma como a pessoa lida com os acontecimentos transforma-se num intermediário positivo para o desenvolvimento ou não de perturbações. Neste âmbito, estudos revelam que a maioria dos profissionais utiliza estratégias para lidar com o acontecimento e, assim, encontrar o equilíbrio e prevenir o desenvolvimento do *stress*

crónico. Ao combaterem este desgaste e sintomas com as estratégias e recursos pessoais, que funcionam como proteção, lidam mais eficazmente com o impacto dos fatores de risco na sua saúde mental (Cantelmi, Lambiase, Pensavalli, Laselva, & Cecchetti, 2020; Muller, Hafstad, Himmels, Smedslund, Flottorp, Stensland, Stroobants, Velde, & Vist, 2020). Como tal, perceber estes fenómenos conduz à criação de estratégias de promoção de saúde para estes profissionais, assim como de melhores condições na sua QDVp e, consequentemente, melhores atendimentos dos pacientes (Barbosa, et al., 2014; Moss, Good, Gozal, Kleinpell, & Sessler, 2016).

#### **1.2.4. Os Fatores de Risco e de Proteção nos profissionais de saúde e sociais Preditores Qualidade de Vida Profissional, em contexto da Covid-19**

Os resultados emergentes das investigações acerca do impacto do contexto de crise pandémica identificaram o sofrimento dos PSS, efeito das vivências de situações de sofrimento, trauma e perda, conduzindo a uma dualidade entre o prazer e o sofrimento, a compaixão e o ressentimento, a ansiedade e o alívio, no ato de cuidar (Batalha, et al., 2020; Xavier & Daltro, 2013). Assim, todas as dificuldades sentidas nos ambientes de trabalho, nomeadamente a insatisfação profissional, a exaustiva carga horária, o número reduzido de profissionais, as relações entre as equipas de trabalho, a rotatividade, a falta de EPI, a fadiga, entre outros, exacerbando a exaustão, são considerados potenciais fatores de risco para a perceção de uma boa qualidade de vida profissional (Adams, 2020; Huang, et al., 2020; Lai, et al., 2020; Moreira & Lucca, 2020).

Outro fator de risco importante referido na literatura é o isolamento dos PSS do seu suporte familiar e social, ou seja os PSS com medo de se contagiarem e/ou de contaminarem as suas famílias e amigos, afastaram-se e isolaram-se do seu suporte ou

foram alvo de discriminação pela comunidade. Este isolamento voluntário ou obrigatório conduziu ao aumento de sintomas psicossociais, tendo influência direta na capacidade de atenção laboral e na tomada de decisões durante o trabalho e no bem-estar geral dos PSS (Muller, et al., 2020; Teixeira, et al., 2020). Em paralelo, a literatura aponta também como fatores de risco que indivíduos com características sociodemográficas como ser do género feminino, ser profissional na linha da frente, profissional com filhos e com grau superior de escolaridade padecem de sofrimento psicológico, sendo que o rendimento familiar funciona como recurso positivo (Bordignon, et al., 2015; Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009; Paulino & Dumas-Diniz, 2020; Que, et al., 2020; Sessa, et al., 2020; Zhang, et al., 2020).

Neste seguimento, os profissionais que contactam diariamente com pessoas podem sentir essa experiência como desafiante ou ameaçadora, tornando-se importante perceber as estratégias utilizadas e que variáveis contribuem para diminuir as fontes de *stress* laboral, podendo contribuir para proteção dos profissionais e a prestação de melhores cuidados aos pacientes (Capelo & Pocinho, 2016; Pacheco & Jesus, 2007; Que, et al., 2020). Neste sentido, os profissionais, os sistemas de saúde e as instituições devem fomentar estratégias para promover o bem-estar de todos os intervenientes, principalmente frequentes rotações dos turnos, assim como designarem locais isolados para possibilitar o descanso dos profissionais, para que recuperem entre os turnos. Paralelamente, promover uma colaboração entre toda a equipa, para que todos os PSS se sintam protegidos, especialmente na transmissão de notícias desagradáveis ou na tomada de decisões que possam levantar conflitos éticos, funcionando estes como fatores de proteção (Paulino & Dumas-Diniz, 2020). Assim, algumas das estratégias supramencionadas foram reportadas pelos profissionais como preditivas de homeostasia,

ou seja, o profissional quando está no exercício da sua função, num ambiente de crise, ajusta o seu conhecimento científico à sua avaliação e, desta forma, previne os efeitos negativos provocados pelo *stress* crónico (Sun, Wei, Shi, Jiao, Song, Ma, & Wang, 2020).

Pese embora tenham sido implementadas pelos próprios profissionais ou pelas instituições de saúde e sociais algumas estratégias preventivas, estas ainda se revelaram escassas no combate à crise pandémica, causando ainda mais malefícios do que a própria doença na saúde dos profissionais (Duan & Zhu, 2020). Neste sentido, torna-se fundamental identificar, precocemente, os problemas na saúde mental para apoiar os PSS a recuperarem dos riscos da sua profissão, melhorando o seu bem-estar físico e mental e a sua qualidade de vida profissional (Ayanian, 2020).

No entanto, é pouco referida a relevância das estratégias de autocuidado e bem-estar para os PSS lidarem com a Covid-19, sendo uma população eventualmente traumatizada, considerado o autocuidado um fator protetor (Horesh & Brown, 2020; Petronilho, 2012; Sansó, Galiana, Oliver, Pascual, Sinclair, & Benito, 2015). Porém, com as restrições de confinamento decretadas pelos países para conterem a propagação da Covid-19, algumas das práticas de autocuidado foram reduzidas, implicando uma alteração nas rotinas e hábitos das pessoas, potenciando o aumento de sofrimento psicológico (Martinez, Luis, Oliveros, Berrocal, Sarrionandia, Vidaurreta, & Bermejo-Martins, 2021).

Quem cuida também precisa de ser cuidado, logo, o princípio de autocuidado, sendo este um processo multidimensional que inclui o autocuidado pessoal e profissional, refere-se às estratégias que o sujeito desenvolve e implementa em seu benefício, para cuidar de si mesmo. Para isso, os profissionais devem reconhecer e priorizar o que necessita de ser cuidado na sua vida, contribuindo, assim, para uma melhor qualidade de

vida e bem-estar físico, intelectual, emocional, espiritual, social e ocupacional. Esta prática de autocuidado permite aos PSS refletir sobre a sua vida, melhorando a sua satisfação no trabalho e bem-estar e, subsequentemente diminuir a sua fadiga (Sanchez-Reilly, Morisson, Carey, Bernacki, O'Neill, Kapo, Periyakoil, & Thomas, 2013; Xavier & Daltro, 2013).

### **1.2.5. O Papel do Autocuidado nos profissionais de saúde e sociais, enquanto Fator Preditor de Qualidade de Vida Profissional**

As profissões consideradas de ajuda são mais suscetíveis à síndrome de *burnout* e à traumatização secundária ou vicariante, pois lidam com pessoas em sofrimento. São descritas inúmeras vulnerabilidades que contribuem para um aumento do *stress* profissional nas profissões de ajuda, tais como as diminutas atividades de lazer e prazer, o isolamento dos pares, a inflexibilidade para consigo e com os outros, as expectativas utópicas, o envolvimento em demasia com os pacientes e com limites parcos e o inadequado autocuidado, entre outras (Carona, 2017). Neste seguimento, os autores, Neff e Tirch, referem que os profissionais que cuidam também precisam de cuidar de si, aceitar os seus sentimentos com compaixão, ou seja, aceitarem “todo e qualquer sentimento que surja”, cuidando primeiro de si antes de cuidarem dos outros, sendo esta prática um desafio para os profissionais (citado em Melo e Raupp, 2020, p.63).

O autocuidado diz assim respeito a cuidar de si mesmo, procurando suprir todas as necessidades que o corpo e a mente precisam, melhorando a saúde física e mental. Para tal, deverá esta prática estar presente no dia a dia, nas ações do quotidiano de todos, mas, em especial, dos profissionais que lidam com o sofrimento e a dor, minorando o impacto contínuo de sofrimento no ato de cuidar e, concludentemente, ser um fator protetor da

qualidade de vida profissional (Petronilho, 2012; Sansó, Galiana, Oliver, Pascual, Sinclair, & Benito, 2015).

Segundo a OMS (2019), as estratégias de autocuidado têm potencial para melhorarem e reduzirem os gastos com a saúde, bem como aumentar os resultados na qualidade de vida. Assim, os PSS ao treinarem a sua vida interna, gerindo e equilibrando as suas emoções no trabalho, aceitando-se de forma holística, aumentam as suas competências para responderem às suas necessidades e, por consequência, às necessidades dos pacientes (Sansó, et al., 2015). Assim sendo, revela-se fundamental que os PSS encontrem tempo para desenvolverem estratégias de autocuidado, tais como fazer refeições regulares, equilibradas e saudáveis, ter uma boa higiene de sono, usufruir de pausas no trabalho e/ou descanso, realizar exercício físico, conseguirem organizar o seu tempo. Paralelamente, e em tempos de pandemia, terem a possibilidade de receber notícias fiáveis da família, amigos e do estado da pandemia, permitiu evitar o sofrimento psicológico (Adams & Walls, 2020; Haefner, 2021; Huh, 2020; Muller, et al., 2020; Schmidt, et al., 2020). Adicionalmente, também é fundamental que se mobilizem também para a promoção do seu bem-estar psicológico, como incluir na sua rotina práticas de lazer, que possibilitem a distração e a realização de atividades prazerosas, tais como alongamentos, técnicas de relaxamento, de respiração e de meditação (Banerjee, 2020; Horesh & Brown, 2020).

Seguindo esta linha de pensamento, os PSS, ao utilizarem estratégias de autocuidado que diminuam o seu sofrimento, contribuem para a prevenção do *burnout* e do *stress* traumático secundário, que origina a fadiga por compaixão e, em contrapartida, favorecem o crescimento da satisfação por compaixão e, concomitantemente, a sua qualidade de vida profissional (Arena, Oliver, & Galiana, 2019). A este propósito, a APA

(ACCA,2017) refere algumas orientações de autocuidado para os profissionais da psicologia que incluem, designadamente, um exame frequente da sua saúde, adquirirem formação sobre o *stress* traumático secundário, aprenderem a gerir o nível de *stress* profissional e o isolamento dos pares, bem como manter o suporte profissional que possibilite a discussão de casos, procurarem ter tempo para si, promovendo a consciência para identificar fatores de risco de *stress* e estabelecerem metas profissionais exequíveis.

O autocuidado torna-se assim um elemento-chave que deve ser contínuo na vida dos profissionais de ajuda, possibilitando diminuir vulnerabilidades, funcionando como mecanismo de prevenção de sofrimento, de exaustão e de incapacidade para ajudar os outros (Barnett & Cooper, 2009). Neste cenário, o autocuidado pode emergir como uma ferramenta reflexiva e de autoconsciência, prevenindo o mal-estar geral dos PSS, visando o aumento da satisfação profissional, da sensação de bem-estar, acautelando o *burnout* e o *stress* traumático secundário. Simultaneamente, a prática de autocuidado pode contribuir para a eficácia e eficiência dos PSS, minimizando os fatores de risco iminentes à profissão de cuidar dos outros, aumentando a QDVp, nomeadamente a satisfação no trabalho (Mills, Ramachenderan, Chapman, Greenland, & Agar, 2020; Sanchez-Reilly, et al., 2013; Santos, Silva, & Espinosa, 2020).

## **2. Estudo empírico**

### **2.1. Objetivo geral e objetivos específicos**

Após a análise do estado da arte e revisão da literatura sobre o tema, compreendeu-se que os acontecimentos marcantes, como o contexto pandémico devido à Covid-19, podem desencadear crises, pois têm potencial para levarem os indivíduos a visualizar um acontecimento como um risco à sua vida ou como um obstáculo que não conseguem

ultrapassar, mesmo quando utilizam as estratégias de *coping* habituais, ocorrendo, conseqüentemente, uma rutura no seu equilíbrio (Sá, Werlang, & Paranhos, 2008). Assim, estas ruturas levam ao sofrimento psicológico, ao aumento do *stress* profissional, podendo impactar, quer profissional, quer psicologicamente os PSS e, conseqüentemente, o seu papel no ato de cuidar (Adams & Walls, 2020; Ayanian, 2020). Nesta lógica, o autocuidado demonstra ser uma estratégia relevante a ser adotada pelos PSS, se utilizada como uma prática contínua e diária, funcionando como um fator de proteção na prevenção da fadiga por compaixão e de outros sintomas psicopatológicos (Adams & Walls, 2020; Carona, 2017; Zhang, Zhang, Han, Li, & Wang, 2018).

Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo geral compreender o papel das estratégias de autocuidado na qualidade de vida profissional e sintomas psicopatológicos dos PSS, em contexto de pandemia por Covid-19. Paralelamente, como objetivos específicos pretende-se: 1) Identificar a perceção dos PSS acerca da sua qualidade de vida profissional num contexto de pandemia por Covid-19; 2) Compreender de que modo o papel das variáveis psicossociais- “experiência profissional” e a “perceção dos PSS do ambiente profissional”- influenciam a qualidade de vida profissional dos PSS; 3) Caracterizar sintomas psicopatológicos em PSS em contexto de pandemia- Ansiedade, Depressão e *Stress*; 4) Compreender a relação entre a sobrecarga laboral, o estado psicológico e a QDVp; 5) Identificar estratégias de autocuidado utilizadas pelos PSS num contexto de pandemia por Covid-19 e, por fim, 6) Compreender a relação entre sintomas psicopatológicos, o autocuidado e a QDVp. Tendo em consideração os objetivos elencados, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

1) *Qual o impacto da pandemia na perceção de qualidade de vida profissional e nos sintomas psicopatológicos dos PSS?;*

2) *Quais as estratégias de autocuidado utilizadas pelos PSS em contexto de pandemia por Covid-19?*

3) *Qual a relação entre os sintomas psicopatológicos, o autocuidado e a QDVP em contexto de pandemia?*

## **2.2. Método**

### **2.2.1. Participantes**

A presente investigação contou com a participação de 296 participantes profissionais de saúde e sociais portuguesas, que desempenhavam a sua atividade profissional numa qualquer instituição de saúde e/ou social, cuja participação foi informada, voluntária, anónima e confidencial. Os participantes participaram no estudo através do preenchimento de um questionário *on-line*, elaborado no âmbito da presente investigação. Os participantes apresentam uma média de *idades* de 39.6 anos, compreendida entre 22 e 71 anos. Relativamente ao *género*, a amostra é composta maioritariamente por participantes do género feminino (89.9%) e no que tange às *habilitações literárias* a grande parte dos participantes é licenciado/a (52.7%). No que diz respeito à variável *estado civil*, verificou-se que 59.8% dos participantes afirmaram serem casados e terem filhos menores (53%). No que concerne à *classe profissional*, os/as enfermeiros/as constituíam a maior parte dos participantes (31.4%), seguidos dos médicos (18.3%), outros profissionais de saúde (14%), psicólogos (9.7%), auxiliares de ação médica e social (8.7%), médicos dentistas (7.7%) e farmacêuticos (4%). Verificou-se ainda que a maioria dos participantes trabalhavam na profissão há *mais de 9 anos* (64.2%) e a maioria refere ter um *horário* fixo de trabalho (60.1%).

## **2.2.2. Instrumentos**

### **2.2.2.1. Questionário sociodemográfico**

Para o presente estudo foi elaborado um questionário sociodemográfico e clínico com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos, tais como género, idade, habilitações literárias, estado civil e existência de filhos menores. Para complementar a informação foi ainda recolhida informação sobre a classe profissional, n.º de anos na função profissional atual, principal local de trabalho, n.º de anos a trabalhar na atual instituição, n.º de horas de trabalho diário, tipo de horários laborais, perceção sobre o ambiente profissional no local de trabalho, carga laboral e se esta aumentou com a Covid-19, existência de contacto direto com doentes Covid-19 e ainda sobre a perceção de falta de recursos materiais no combate à Covid-19. Este questionário foi constituído, ainda, por variáveis relacionadas à saúde, nomeadamente procurar averiguar se os PSS sentiram medo de contagiar-se a si e aos outros, se necessitaram de ajuda suplementar, devido à Covid-19 e, ainda, quais as estratégias de autocuidado utilizadas em contexto pandémico (Anexo I).

### **2.2.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens, de Lovibond & Lovibond (1995), validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal (2004) tem como objetivo avaliar a ansiedade, depressão e o *stress*. A EADS é composta por três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, sendo cada subescala composta por sete itens, no total de 21 itens, sendo orientada para indivíduos com mais de 17 anos. Cada escala inclui as seguintes dimensões: Para a Depressão – “Disforia”-“ Senti-me desanimado e melancólico” (dois itens); “Desânimo”- “ Senti que não tinha nada a esperar

do futuro”, (dois itens); “Desvalorização da vida” (dois itens); “Auto-depreciação” (dois itens); “Falta de interesse ou de envolvimento” (dois itens); “Anedonia” (dois itens); “Inércia” (dois itens). Para a Ansiedade – “Excitação do Sistema Autónomo”- “Senti a minha boca seca”(cinco itens); “Efeitos Músculo Esqueléticos”- “Senti tremores” (dois itens); “Ansiedade Situacional” (três itens); “Experiências Subjetivas de Ansiedade”- “Senti-me quase a entrar em pânico” (quatro itens). Para o *Stress* – “Dificuldade em Relaxar” - “Tive dificuldades em me relaxar” (três itens); “Excitação Nervosa” - “Senti que estava a utilizar muita energia nervosa” (dois itens); “Facilmente Agitado/Chateado” (três itens); “Irritável/Reação Exagerada” (três itens); “Impaciência” (três itens)”. Cada item contém uma afirmação dirigida para sintomas emocionais negativos. Assim, o indivíduo deve responder à afirmação mediante a semana anterior. Existem quatro hipóteses de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert, que varia entre 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Os resultados de cada escala são definidos pela soma dos resultados dos sete itens. Desta forma, a escala concede cotações, uma por cada subescala, em que o mínimo da cotação é “0” e o máximo “21”. As cotações mais elevadas, em cada escala, coincidem com condições afetivos mais negativas. A consistência interna Alfa de Cronbach da escala varia entre os valores 0.85 para a depressão, ansiedade de 0.74 e para o *stress* 0.81 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). No presente estudo, verificou-se a boa consistência interna através do coeficiente de Alfa de Cronbach obtendo-se os valores para a ansiedade 0.893, para a depressão 0.897 e para o *stress* 0.810.

### 2.2.2.3. Escala Professional Quality of Live Scale-5 (ProQOL-5)

A Escala Professional Quality of Live Scale-5 (ProQOL-5) de Stamm (2009), validada para a população portuguesa por Carvalho & Sá (2011) tem como objetivo avaliar a fadiga por compaixão para melhorar a qualidade de vida profissional. Assim, a Escala ProQOL5 é composta por 30 itens, distribuídos em 3 subescalas, que avaliam 3 conceitos diferenciados. A cada subescala correspondem 10 itens: “*Satisfação por Compaixão*”-“Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros” (itens 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30); “*Burnout*” - “Eu sinto-me ligado(a) aos outros”(itens 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29); e “*Stress Pós-Traumático Secundário*”- “Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo” (itens 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28). Cada item contém uma afirmação que corresponde a uma pontuação, apresentada numa escala de Likert que varia entre “1=Nunca; 2=Raramente; 3=Por vezes; 4=Freqüentemente; 5=Muito Freqüentemente”. O somatório, de cada subescala, concretiza-se através do seu somatório, tendo em atenção que na subescala do *Burnout*, é necessário inverter a “pontuação dos itens 1,4,15,17 e 29”. A consistência interna do instrumento verificado através do Alfa de Cronbach apresenta valores de 0.60 para satisfação por compaixão, 0.63 para *burnout* e de 0.68 para *stress* pós-traumático (Carvalho, 2012). No presente estudo, verificaram-se os seguintes valores para a satisfação por compaixão 0.868, para *burnout* de 0.766 e para *stress* pós-traumático de 0.789, revelando uma boa consistência interna.

#### **2.2.2.4. Escala para avaliar as capacidades de autocuidado, para profissionais portugueses do contexto social (EACAC)**

A Escala para avaliar as capacidades de autocuidado, para profissionais portugueses do contexto social de Guillemim, Bombardier & Beaton, 1993, validada para a população portuguesa por Alves, Fonseca, & Araújo, 2015, tem como objetivo avaliar a capacidade para o autocuidado em profissionais a trabalhar em contextos sociais e é constituída por 18 itens. Esta escala está dividida por 4 subescalas: “Comportamentos de Autocuidado individual (CAI)” - “Procuo alimentar-me de maneira a manter o meu peso adequado”, “Autoconsciência/autorregulação(AA)” - “Geralmente, vejo se tudo aquilo que faço para manter a minha saúde está certo”, “Recursos/estratégias de autocuidado (REA)” e “Comportamentos coletivos de autocuidado (CAC). Os itens são calculados através de uma escala likert que varia entre “1=Discordo totalmente e 5= Concordo totalmente”, sendo que o score da escala varia entre 18 e 90 pontos e valores mais elevados indicam melhores capacidades de autocuidado. A consistência interna da escala é de 0.879 (Alves, Fonseca, & Araújo, 2015). No presente estudo, na consistência interna avaliada, através do coeficiente de Alfa de Cronbach, verificou-se o valor de 0.919, revelando boa consistência interna.

### **2.3. Procedimentos**

#### **2.3.1. Procedimentos da recolha de dados**

Na primeira fase do estudo e após definição dos objetivos de estudo, solicitou-se aos autores dos instrumentos autorização para utilizar as escalas no presente estudo. Após o consentimento dos autores (Anexo II), foi elaborado o questionário sócio-demográfico e clínico, através da plataforma digital *Google Forms* (Anexo III). Durante esta fase, e

tendo em conta o estado atual pandémico, procurou-se ter cuidados acrescidos na constituição do mesmo, visto a recolha de dados ter sido unicamente realizada *on-line*. Desta forma, houve cuidado criar um questionário de fácil leitura e preenchimento, utilizaram-se perguntas curtas para tornar mais fluido. Foram também disponibilizados os contactos da equipa de investigação, garantindo-se a possibilidade de esclarecer dúvidas (Torini, 2016), caso existissem. Após a verificação de todos os pontos cruciais definidos pela equipa de investigação, foi possível obter um *link* do questionário para divulgar nas plataformas digitais, através dos contactos informais (*Whatsapp, Messenger, Facebook, Instagram*), bem como dos contactos formais. De seguida, com necessidade de apelar ao preenchimento e divulgação do estudo, foi elaborado um texto e escolhida uma imagem para acompanhar a publicação/mensagem, referindo a quem se destinava o questionário. A recolha de dados decorreu entre o mês de março e primeira semana de abril de 2021. Outro ponto importante foi relativo ao consentimento informado, onde se procurou assegurar o anonimato e a confidencialidade, assim como o carácter voluntário do participação no estudo, referindo-se a finalidade e os cuidados éticos presentes no estudo (OPP, 2016). Embora a recolha de dados *on-line* traga vantagens, tais como o maior alcance de participantes, o menor tempo despendido e menores deslocações pela investigadora e a possibilidade de os participantes preencherem o questionário no horário mais conveniente para si, existe, igualmente, a vantagem de acompanhar, a cada momento, as resposta obtidas o que proporcionou à investigadora acompanhar e seguir este processo de respostas ao questionário e a sua evolução a cada momento. Todavia, este método de recolha de dados pode ter algumas desvantagens (Torini, 2016). Assim, para salvaguardar e antever estas desvantagens houve a preocupação no presente estudo de as transformar em desafios a transpor. Portanto, a pouca adesão ao questionário pela

ausência da investigadora, foi colmatada com o envio de novas mensagens e novos apelos. Outra desvantagem apontada pela literatura é a dificuldade em perceber se o questionário foi realmente preenchido pela população pretendida e, neste caso, salientamos que o *link* do questionário foi enviado para a população de profissionais de saúde e sociais e foi sendo paulatinamente verificada a coerência das respostas, visando a credibilidade do estudo (Torini, 2016).

### **2.3.2. Procedimentos de análise de dados**

A análise estatística foi efetuada com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 27.0 para Windows. Assim, a análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância das questões foi fixado em  $(\alpha) \leq .05$ . Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson, o teste t de Student para amostras independentes, o teste Anova One-Way, o teste t de Student para uma amostra e a Anova Repeated Measures. Aceitou-se a normalidade de distribuição nas amostras com dimensão superior a 30, em conformidade com o teorema do limite central. A homogeneidade de distribuição foi testada com o teste de Levene.

## **3. Resultados Descritivos**

### **3.1. Caracterização das variáveis sócio-demográficas**

De acordo com a análise estatística, os próximos pontos apresentam a descrição dos resultados.

No que concerne à “*percepção sobre o ambiente profissional no local de trabalho*” verificou-se que 49% dos PSS consideram que têm um bom ambiente profissional, 24.3% referem ter um muito bom ambiente profissional, 24.7% dos PSS referem ter um razoável ambiente profissional e, apenas, 2% referem ter um mau ambiente profissional.

Verificou-se também que mais de 60% dos participantes têm a percepção de que a “*carga laboral*”- aumentou com a Covid-19. Ainda, em relação ao “*contacto direto dos participantes com doentes com Covid-19*”, averiguou-se que 63.5% dos participantes referem ter contacto direto com doentes Covid-19 e a maioria referiu que “*sente/sentiu medo de ser um veículo para contagiar-se ou contagiar os outros*” (89.2%). Relativamente à percepção, dos PSS, sobre a “*falta de recursos materiais*”, 54.4% dos participantes manifestaram que não sentiram falta de recursos materiais para ajudar no combate à Covid-19 e o mesmo resultado se verifica em relação à “*necessidade de alguma ajuda suplementar devido à Covid-19*”, pois 90.2% dos participantes referiram não sentir necessidade de nenhuma ajuda suplementar em contexto de pandemia.

### **3.2. Caracterização das Variáveis em Estudo**

#### **3.2.1. Caracterização das estratégias de autocuidado utilizadas pelos profissionais de saúde e sociais, em contexto de pandemia**

Através da análise de frequência, verificou-se que, em tempo de pandemia, a maior parte dos participantes (44.6%) utilizou “*várias das opções dadas*” de autocuidado, seguidas do “*apoio familiar*” (18.6%), ter rotinas de “*descansar/dormir*” (15.5%), praticar “*exercício físico*” (9.1%), ter uma “*alimentação equilibrada*” (5.7%) e envolver-se em práticas mediativas como a “*meditação/yoga/mindfulness*” (3.4%).

### 3.2.2. Caracterização dos sintomas psicopatológicos nos profissionais de saúde e sociais, em contexto de pandemia

No que se refere aos “*sintomas psicopatológicos*” dos PSS verificou-se que os valores de ansiedade (M=4.79; DP= 5.00), depressão (M=5.00; DP= 4.78) e *stress* (M=8.66; DP=5.40) são significativamente abaixo do ponto médio das escalas ( $p < .001$ ) e indicam que esses valores se situam abaixo da ocorrência “*aplicou-se a mim algumas vezes*”. Assim, podemos afirmar que os valores obtidos são relativamente baixos nestes profissionais. Os valores de *Stress* são, contudo, significativamente mais elevados do que os de Ansiedade e Depressão,  $F_{ARM} (2, 590) = 250.050, p < .001$ . Ainda, quando comparamos os “*sintomas psicopatológicos*” em função das “*habilitações académicas*”, não encontramos diferenças estatisticamente significativas. Verificou-se que os participantes com habilitações académicas inferiores ao 12<sup>o</sup> ano apresentam valores para a ansiedade de (M=5.74; DP= 5.76) quando comparados com os participantes com o ensino superior (M=4.62; DP=4.85). O mesmo acontece para a depressão (M=4.98; DP=5.32 vs M=5.01; DP=4.69) e para o *stress* (M=8.13; DP=5.80 vs M=8.76; DP=5.33).

Em relação à comparação entre os “*sintomas psicopatológicos*” em função de “*ter ou não filhos menores*”, também não encontramos diferenças estatisticamente significativas. Assim, os participantes que referem “*terem filhos menores*” apresentam valores de ansiedade de (M=4.57; DP=5.16) quando comparados com os participantes que mencionam “*não terem filhos menores*” (M=5.06; DP=4.83), valores semelhantes verifica-se para os valores da depressão (M= 4.66; DP=4.76 vs M=5.40; DP=4.79) e do *stress* (M= 8.25; DP=5.46 vs M=9.14; DP=5.32).

Todavia, quando se compara a “*qualidade de vida profissional*” e os “*sintomas psicopatológicos*” em função do “*género*”, surgem as seguintes diferenças estatisticamente significativas apresentadas de seguida na Tabela 2.

Tabela 2 – Género, QDVp e EADS

	Feminino		Masculino		
	M	DP	M	DP	
<b>EADS</b>					
Ansiedade	4,99	5,05	3,10	4,25	.030*
Depressão	5,01	4,78	4,97	4,91	.961
<i>Stress</i>	8,82	5,44	7,27	4,90	.135

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Relativamente ao *género*, as mulheres apresentam valores significativamente mais elevados no *Stress Pós-Traumático Secundário*, (M=2.43; DP=0.64) ; (t(294) = 3.503,  $p = .001$ ) em relação ao homens (M=2.12; DP=0.43). No que concerne a dimensão *Ansiedade*, (t(294) = 2.259,  $p = .030$ ), as mulheres também apresentam valores significativamente mais elevados (M=4.99; DP= 5.05) relativamente aos homens (M= 3.10, DP=4.25).

Relativamente à “*perceção de aumento de carga laboral*”, os participantes que percecionaram “*aumento da carga laboral*”, apresentam valores significativamente mais elevados de *Ansiedade* (M=5.49; DP=5.3) relativamente aos participantes que não percecionaram “*aumento da carga laboral*” (M=3.68; DP=4.2). Verifica-se também que os participantes que percecionaram “*aumento da carga laboral*” apresentam valores significativamente mais elevados de *depressão* (M=5.46; DP= 5.1 vs M=4.28; DP=4.0) e de *Stress* (M=9.09; DP=5.64 vs M=7.98; DP=4.94) em relação aos participantes que não percecionaram aumento da “*carga laboral*” (Tabela 3).

Tabela 3 – Sintomas psicopatológicos e percepção do aumento da carga laboral

	Não		Sim		
	M	DP	M	DP	
EADS					
Ansiedade	3,68	4,26	5,49	5,31	,001***
Depressão	4,28	4,09	5,46	5,13	,030*
Stress	7,98	4,94	9,09	5,64	,076

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

### 3.2.3. Caracterização da percepção dos profissionais de saúde e sociais da sua Qualidade de Vida Profissional, em contexto de pandemia

Os dados relativos à “percepção dos PSS” da sua “*qualidade de vida profissional*” demonstram níveis de boa qualidade de vida profissional, pois os valores médios de *Burnout* (M=2.22; DP= .58) e *Stress Pós-Traumático Secundário* (M=2.39; DP= .63) são significativamente abaixo do ponto médio das escalas ( $p < .001$ ) e indicam que esse valor se situa na ocorrência de “raramente”. E, ainda, o valor de Satisfação por Compaixão (M=4.10; DP=.56) é significativamente acima do ponto médio das escalas ( $p < .001$ ) e situa-se no intervalo de “frequentemente” (Tabela 4).

Tabela 4 – Estatísticas descritivas

	Média	Desvio padrão
Qualidade de vida profissional		
Satisfação por Compaixão	4,10	,56
<i>Burnout</i>	2,22	,58
<i>Stress Pós-Traumático Secundário</i>	2,39	,63

No que diz respeito à “*qualidade de vida profissional*” em função das “*habilitações académicas*”, não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

Assim, verificou-se que os participantes que têm habilitações académicas inferiores ao 12º ano apresentam valores de satisfação por compaixão semelhantes aos participantes com ensino superior (M= 4.10; DP=.68 vs M=4.10; DP=.55), o mesmo acontece para *burnout* (M= 2.13; DP=.55 vs M=2.24; DP=.59) e para *stress* pós-traumático secundário (M=2.47; DP=.68 vs M=2.38; DP=.62).

Sobre a “*qualidade de vida profissional*” em função de “*ter ou não filhos menores*”, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas. Assim, verifica-se que os participantes que referem “*terem filhos menores*” apresentam valores para satisfação por compaixão (M=4.11; DP=0.53) quando comparados com os participantes que “*não têm filhos menores*” (M=4.09; DP=.61). O mesmo acontece para o *burnout* (M=2.19; DP=.58 vs M=2.26; DP=.59) e para o *stress* pós-traumático secundário (M=2.43; DP=.63 vs M=2.37; DP=.63). Quando comparamos a “*qualidade de vida profissional*” em função “*do número de anos na atual profissão*”, encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas (Tabela 5):

Tabela 5 – Experiência profissional e QOL

	Até 4 anos		5 – 8 anos		> 8 anos		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Qualidade de vida profissional							
Satisfação por Compaixão	4,00	,62	3,88	,60	4,20	,52	,001***
<i>Burnout</i>	2,24	,58	2,35	,54	2,17	,60	,110
<i>Stress</i> Pós-Traumático Secundário	2,40	,63	2,39	,69	2,40	,62	,991
M – Média DP – Desvio padrão * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$							

Na dimensão Satisfação por Compaixão,  $F(2, 293) = 8.330$ ,  $p = .001$ , o teste de comparação múltipla *a posteriori* de Tukey indica que os PSS com mais de 8 anos de “*n.º*

*anos na atual função profissional*” obtêm valores significativamente mais elevados nesta dimensão do que os que têm 5-8 anos de *“atual função profissional”*.

Relativamente à *“perceção da qualidade de vida profissional”* dos PSS em função da *“perceção do ambiente profissional”* encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas (Tabela 6).

Tabela 6 – Perceção do ambiente e QOL

	Razoável		Bom		Muito bom		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Qualidade de vida profissional							
Satisfação por Compaixão	3,93	,63	4,14	,52	4,25	,51	,001***
Burnout	2,33	,61	2,21	,55	2,07	,60	,028*
Stress Pós-Traumático Secundário	2,39	,60	2,44	,65	2,33	,63	,455
M – Média DP – Desvio padrão * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$							

Através dos resultados obtidos, verificamos que a Satisfação por Compaixão,  $F(2, 287) = 6.669$ ,  $p = .001$ , através do teste de comparação múltipla *a posteriori* de Tukey indica que os PSS que *“percecionam o ambiente profissional”* como *Bom* ou *Muito Bom* têm valores significativamente mais elevados nesta dimensão do que os que o percecionam como razoável. No que diz respeito à dimensão *Burnout*,  $F(2, 287) = 3.604$ ,  $p = .028$ , o teste de comparação múltipla *a posteriori* de Tukey indica que os PSS que *“percecionam o ambiente profissional”* como *Muito Bom* apresentam valores significativamente mais baixos de *Burnout* do que os que o percecionam como razoável.

Quando comparamos a *“qualidade de vida profissional”* em função da *“perceção do aumento da carga laboral”*, encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas (Tabela 7).

Tabela 7 – Perceção do aumento da carga laboral e QOL

	Não		Sim		
	M	DP	M	DP	
Qualidade de vida profissional					
Satisfação por Compaixão	4,11	,53	4,09	,59	.798
<i>Burnout</i>	2,12	,52	2,28	,62	,017*
<i>Stress Pós-Traumático Secundário</i>	2,29	,52	2,47	,68	,011*

M – Média DP – Desvio padrão \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Em relação à variável *Burnout*,  $t(294) = -2.408$ ,  $p = .017$ , verificou-se que os participantes que percecionaram “*aumento da carga laboral*” apresentam valores significativamente mais elevados de *Burnout* (M=2.28; DP=.62 vs M=2.12; DP=.52). O mesmo se verifica na variável *Stress Pós-Traumático Secundário*,  $t(294) = -2.561$ ,  $p = .011$ , os participantes que percecionaram “*aumento da carga laboral*” apresentam valores significativamente mais elevados de *Stress Pós-Traumático Secundário* (M=2.47; DP=.68 vs M=2.29; DP=.52).

### 3.3. Análise Correlacional

#### 3.3.1. A Relação entre o Autocuidado, o Estado Psicopatológico e a Qualidade de Vida Profissional, em contexto de pandemia

Em relação aos coeficientes de correlação entre as “*estratégias de autocuidado*”, a “*qualidade de vida profissional*” e os “*sintomas psicopatológicos*” verificou-se que estes coeficientes são estatisticamente significativos, moderados ou fracos. A correlação entre o autocuidado e a satisfação por compaixão é positiva (.439) o que significa que quando aumentam as capacidades de autocuidado aumenta também a satisfação por compaixão. A correlação entre o autocuidado e o *burnout* (-.559), *stress* pós-traumático secundário (-.269), ansiedade (-.304), depressão (-.380) e *stress* (-.359) é negativa, o que

significa que quando diminuem as estratégias de autocuidado aumentam os valores destas variáveis (Tabela 8).

Tabela 8 – Correlações entre as variáveis em estudo

	Autocuidado
Qualidade de vida profissional	
Satisfação por Compaixão	,439***
Burnout	-,559***
Stress Pós-Traumático Secundário	-,269***
EADS	
Ansiedade	-,304***
Depressão	-,380***
Stress	-,359***

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

#### 4. Discussão

A presente investigação teve como objetivo compreender o papel das estratégias de autocuidado na QDVp dos PSS, em contexto de pandemia por Covid-19. Adicionalmente, procurou-se identificar o impacto das variáveis sócio-demográficas na QDVp, bem como os sintomas psicopatológico dos PSS, identificando os fatores de risco e de proteção preditores de QDVp.

Os resultados no que concerne à variável sobre o aumento da “*carga laboral*”, devido à Covid-19, apontaram para uma congruência com a literatura, tendo-se notado que a maioria dos participantes revelou um aumento da carga laboral, como referenciado no estudo de Saide e colaboradores (2020). Tendo em conta este resultado, quando se compara o aumento da carga laboral, o estado psicopatológico e a QDVp nos PSS, em tempo de pandemia, verificou-se que os PSS que percecionaram um aumento da carga laboral apresentaram valores mais elevados de *burnout* e de *stress* pós-traumático

secundário, bem como de valores mais elevados de depressão, de ansiedade e de *stress* relativamente aos PSS que não percecionaram aumento da carga laboral. Admite-se que algumas das fundamentações para este resultado prendem-se com o crescente aumento do n.º de doentes, da necessidade de aprendizagem, de forma célere, das novas diretrizes e dos protocolos para colocar os EPI no combate à pandemia, bem como a obrigação de uma maior higienização dos profissionais e dos espaços, sendo que a literatura corrobora este resultado referindo que o aumento da carga laboral leva ao aumento de sintomas de ansiedade, depressão e *stress* (Schmidt, et al., 2020) e, comumente, a uma diminuição da QDVp (Shang, et al, 2013).

Quanto à compreensão da influência das variáveis “*experiência profissional*” e “*perceção dos PSS de ambiente profissional*” na QDVp, verificou-se que quando se compara a QDVp com o “*número de anos na atual profissão*”, nota-se que PSS com mais de 9 anos na atual profissão têm valores significativamente mais elevados na dimensão satisfação por compaixão do que os PSS com menos anos na atual profissão, que este facto poderá estar relacionado com a maturidade profissional, sugerindo que PSS com “*mais anos na atual profissão*” fazem uma melhor gestão das emoções em períodos de maior *stress* e, possivelmente, cuidam mais de si (Batalha, et al., 2020). Relativamente à perceção dos PSS em relação ao “*ambiente no local de trabalho*”, verificou-se que os PSS que percecionam um *bom* ou *muito bom* ambiente de trabalho têm indicadores mais elevados de satisfação por compaixão e valores mais baixos de *burnout*, podendo justificar-se este resultado pelos sentimentos de afetividade e de recompensa pelo trabalho realizado no ato de cuidar, bem como suporte dos colegas, sendo estes fatores de proteção preditores de melhor QDVp, sendo tais resultados são condizentes com a literatura (Moss, Good, Gozal, Kleinpell, & Sessler, 2016; Teixeira et al., 2020). Ainda,

os valores de satisfação por compaixão são significativamente acima do ponto médio da escala, situando-se no intervalo “frequentemente” e os valores de fadiga por compaixão (*burnout* e *stress* pós-traumático secundário) são significativamente abaixo do ponto médio da escala e indicaram que se situam na ocorrência de “raramente”. Para compreender estes dados no presente estudo, acredita-se que, provavelmente, uma das justificações é o estado civil dos participantes. De acordo com os dados obtidos, os PSS são maioritariamente casados e, pela literatura, sabe-se que a família funciona como um fator de proteção na diminuição do sofrimento psicológico e no aumento da QDVp, como referem nas suas investigações Muller e colaboradores (2020) e Teixeira e colaboradores (2020). Outros fatores justificativos destes valores podem associar-se ao tempo na profissão e o número de anos na atual instituição, onde a maioria referiu trabalhar há mais de 9 anos e na atual instituição, levando a acreditar que existe estabilidade no local de trabalho. Esta conclusão leva a admitir que ambientes profissionais mais benéficos conduzem a menor exaustão emocional, tal como referem nos seus estudos os autores Marco e colaboradores (2008) e Shang e colaboradores (2013). Adicionalmente, destaca-se o facto de a maioria trabalhar em horários fixos, sendo que os turnos rotativos são referenciados na literatura como um fator de risco para o sofrimento psicológico e para a diminuição da QDVp (Adams, 2020; Huang, et al., 2020; Lai, et al., 2020; Moreira & Lucca, 2020).

Relativamente ao género, quando se compara esta variável com o estado psicopatológico e a QDVp, verificou-se que as mulheres apresentaram valores mais elevados de *stress* pós-traumático secundário e ansiedade, relativamente aos homens, sendo este resultado coincidente com o referenciado nos estudos de Muller e colaboradores (2020); Teixeira e colaboradores (2020). Um ponto importante para

justificar este resultado prende-se com o papel de cuidar ser atribuído, normalmente, às mulheres. Neste sentido, em tempo de pandemia, estas viram-se sobrecarregadas no trabalho, pois segundo o Parlamento Europeu existe um maior predomínio feminino mundial dos PSS a atuar na linha da frente contra a Covid-19, sendo que no presente estudo o género feminino também é o mais representativo; e nas tarefas domésticas, em tempos de pandemia, as mulheres que ficaram em casa passaram a cuidar do lar e dos filhos, devido sobretudo ao encerramento das escolas, associando estas tarefas ao teletrabalho aumentando, assim, a sobrecarga e, conseqüentemente, a exaustão (Loyola, 2020; PE, 2021; Santos, Lima, Barbosa, Silva, & Andrade, 2020). Este resultado também pode ser fundamentado pelas características femininas, tais como a empatia e sensibilidade, sendo estas características potenciadores de uma maior sensibilidade e identificação com as pessoas de que estão a cuidar (Loyola, 2020).

Quanto à necessidade de ajuda suplementar, verificou-se que a maioria dos participantes responderam que não necessitaram de nenhuma ajuda suplementar. Assim, é importante destacar que, neste estudo, os dados relativos aos sintomas psicopatológicos nos PSS, em contexto de pandemia, encontram-se abaixo do ponto médio das escalas. Este resultado pode dever-se a vários fatores, nomeadamente, i) ao estigma profissional dos PSS procurar ajuda especializada, dificultando o tomar iniciativa para pedir ajuda, como reportado por Nascimento e colaboradores (2020); ii) ao facto de percecionarem meios e recursos profissionais adequados ao exercício profissional no combate à pandemia, tais como os EPI (Walton, et al., 2020); e iii) ao facto da maioria dos participantes percecionarem ter um bom ambiente profissional. Assim sendo, as condições no local de trabalho têm impacto na QDVp, podendo ser consideradas um fator de risco para a fadiga por compaixão e para o aumento do sofrimento psicológico, tal

como concluíram Marco e colaboradores (2008) e Silva e colaboradores (2020) nos seus estudos.

Outro fator que se considera importante ressaltar, para explicar os valores baixos de sintomatologia psicopatológica, é a atual existência da vacina para o Covid-19. Durante a primeira vaga de Covid-19, a literatura produzida sobre a pandemia expunha o medo de contágio e de ser veículo de contágio pelos PSS como um dos preditores de aumento de sofrimento psicológico, como reportado no estudo de Schmidt e colaboradores (2020). Este resultado também é corroborado no presente estudo, onde a maioria dos participantes referiu que sente/sentiu medo do contágio e de ser veículo de contágio.

Outro dos aspetos que causava grande sofrimento psicológico, referido na literatura, era o combate contra um vírus desconhecido e a inexistência de uma solução (Moreira, Sousa, & Nóbrega, 2020; Schmidt, et al., 2020; Zhang, et al., 2020). Neste sentido, o desenvolvimento de uma vacina para a Covid-19 trouxe tranquilidade e, apesar de não se encontrar dados que corroborem esta fundamentação, por ser um tema atual, após reflexão sobre o que ocorreu em outras pandemias, considera-se ser uma ponderação válida, devido à relevância dos tratamentos farmacológicos utilizados em outras pandemias e como estes diminuíram as consequências psicológicas das mesmas, conforme exposto no estudo de Justo-Henriques (2020).

Concomitantemente, é relevante destacar ainda as práticas de autocuidado para os resultados do presente estudo. Depois das respostas afirmativas, por parte da maioria dos participantes, relativamente ao uso de estratégias de autocuidado (96.9%), a finalidade foi perceber que tipo de estratégias os profissionais de saúde e sociais utilizaram e como estas contribuíram, efetivamente, para combater o desgaste provocado pela pandemia da

Covid-19 e, conseqüentemente, como permitiram o equilíbrio físico, mental e profissional. Observou-se então que as estratégias de autocuidado se revelaram como um fator protetor importante para minimizar o impacto do desgaste profissional e pessoal, tendo-se encontrado uma relação estatisticamente significativa entre as estratégias de autocuidado, os sintomas psicopatológicos e a QDVp nos profissionais de saúde e sociais, em contexto de pandemia. Coloca-se em evidência que a correlação com a satisfação por compaixão é positiva, o que significa que, à medida que aumentam as capacidades de autocuidado, aumenta também a satisfação por compaixão. Em contrapartida, verificou-se que quando as estratégias de autocuidado diminuem, aumenta a fadiga por compaixão, o *burnout* e o *stress* pós-traumático secundário, bem como os sintomas psicopatológicos, tais como o *stress*, a ansiedade e a depressão, resultados que vão ao encontro do verificado nos estudos de Barnett & Cooper (2009) e Mills e colaboradores (2020). Além disto, as estratégias de autocuidado podem ser um dos motivos para a diminuição, no presente estudo, dos sintomas psicopatológicos, da fadiga por compaixão e do aumento da QDVp, como demonstrado no estudo de Arena e colaboradores (2019). Verificou-se ainda que as estratégias de autocuidado mais utilizadas pelos profissionais foram várias das sugestões dadas, seguidas da procura de apoio familiar, manter rotinas de dormir/relaxar, praticar exercício físico, ter uma alimentação equilibrada e envolver-se em práticas mediativas, yoga e *mindfulness*. Estes resultados estão em consonância com os dados de outros estudos que demonstram que estas estratégias são utilizadas para diminuir o sofrimento no ato de cuidar, que contribuem para minimizar a fadiga por compaixão e favorecer o desenvolvimento da satisfação por compaixão e, subseqüentemente, a qualidade de vida profissional (Adams & Walls, 2020; Arena, et al, 2019; Banerjee, 2020; Hafner, 2021; Horesh & Brown, 2020; Huh, 2020; Muller, et al., 2020; Schmidt et al., 2020).

Em suma, os PSS, no ato de cuidar e na lida diária com o sofrimento, necessitam de minorar este impacto contínuo inerente à profissão, implementando nas suas rotinas diárias estratégias de autocuidado, pois estas funcionam como um fator protetor da QDVp, da saúde mental e preventivo do desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Petronilho, 2012; Sansó et al., 2015).

## **5. Conclusão e Orientações Futuras**

O impacto da Covid-19 colocou visíveis as vulnerabilidades dos PSS, considerados necessários em distintas linhas da frente, sendo o risco de contágio e o medo aumentado, fatores relevantes e capazes de catapultar estes profissionais para o sofrimento e para a diminuição da QDVp. Assim, importa evidenciar o papel das estratégias de autocuidado para os resultados do presente estudo, realçando a sua importância como fator protetor da qualidade de vida geral e profissional.

Este estudo apresenta um carácter inovador, no sentido em que se constatou ser temática ainda pouco estudada em Portugal. Assim, esta investigação permitiu verificar a correlação positiva entre as estratégias de autocuidado, o estado psicopatológico e a QDVp nos PSS, em contexto de pandemia. Portanto, torna-se possível observar que, quando aumentam as estratégias de autocuidado, diminui a fadiga por compaixão, bem como os sintomas psicopatológicos. Outro dado importante, tendo em conta os resultados obtidos, foram os níveis baixos de sintomas psicopatológicos que os PSS revelaram, resultados contrários aos estudos realizados, durante a primeira vaga provocada por Covid-19. Este resultado pode ser fruto do atual conhecimento dos PSS sobre a doença e o controle/gestão da mesma, à produção da vacina e a vacinação em massa dos PSS, a percepção da existência de recursos profissionais suficientes para ajudar no combate à

Covid-19 e, por fim, as estratégias de autocuidado utilizadas. Assim, este resultado poderá ser considerado um ponto forte do estudo, tornando visível a importância das estratégias de autocuidado implementadas pelos PSS sublinhando a importância do autocuidado, contribuindo, desta forma, para uma melhor qualidade de vida profissional, bem-estar e para a saúde mental dos PSS.

O presente estudo revela algumas limitações que é importante ter em conta para futuras investigações. A primeira limitação prende-se com o facto de os participantes serem maioritariamente do sexo feminino e detentores de Licenciatura, o que poderá indicar ser necessário continuar a investigação para encontrar uma amostra mais heterogénea na população portuguesa. Outra das limitações, deve-se ao facto de a recolha de dados ter sido unicamente realizada *on-line*, não permitindo um contacto direto com os participantes que poderia ter possibilitado mais inferências pela investigadora.

Futuramente, também seria interessante desenvolver outros estudos onde fosse possível explorar o uso de estratégias de autocuidado em função do n.º de anos de experiência profissional, bem como da idade e do género. Impõem-se ainda refletir que a Covid-19 é um tema em aberto pela sua atualidade e importância de estudo e de análise contínua, nomeadamente ao nível dos efeitos nos PSS, deste modo, o presente estudo poderá abrir caminho para outros estudos indubitavelmente preponderantes.

Assim, esta investigação poderá contribuir para a sensibilização acerca da importância e do papel das estratégias de autocuidado como fator protetor de melhor qualidade de vida geral e profissional, prevenção de sintomas psicopatológicos e fatores protetores da saúde mental dos PSS, enfatizando a importância dos PSS cuidarem de si para melhor cuidarem dos outros, evocando, assim, S. Lucas 4:23, “médico, cura-te a ti mesmo.

## 6. Referências Bibliográficas:

- Adams, J., & Walls, R. (2020). Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama*, 323(15), 1439-1440.
- Albuquerque, A., Soares, C., Martins., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-traumática do *Stress* (PTSD): avaliação da taxa de ocorrência da população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 16: 309-320.
- Almeida, I. (2020). Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45.
- Alves, A., Araújo, L., & Fonseca, S. (2015). Adaptação e Validação da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado, para Profissionais Portugueses do Contexto Social. *Adaptação e Validação da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado, para Profissionais Portugueses do Contexto Social*, 1-388.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5a ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, P., & Veiga, H. (2012). Avaliação dos trabalhadores acerca de um programa de qualidade de vida no trabalho: validação de escala e análise qualitativa. *Psicologia: Ciência e profissão*, 32(2), 304-319.
- Arena, F., Oliver, A., & Galiana, L. (2019). Panorama da qualidade de vida profissional entre trabalhadores que prestam cuidados paliativos no Brasil. *Revista Colombiana de Psicología*, 28(2), 33-45.
- Ayanian, J. (2020). Mental health needs of health care workers providing frontline COVID-19 care. In *JAMA Health Forum*. American Medical Association.

- Bahl, P., Doolan, C., Silva, C., Chughtai, A., Bourouiba, L., & MacIntyre, C. (2020). Airborne or droplet precautions for health workers treating COVID-19? *The Journal of infectious diseases*.
- Banerjee, D. (2020). The Covid-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian journal of psychiatry*, 50, 102014.
- Barbosa, S., Souza, S., & Moreira, J. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323.
- Barnett, J. & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16-20.
- Batalha, E., Melleiro, M., Queirós, C., & Borges, E. (2020). Satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em enfermeiros da área hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (24), 25-33.
- Board of Professional Affairs` Advisory Committee on Colleague Assistance (2017). Professional health and well-being for psychologists. Acedido em: <https://www.apa.org/practice/guidelines>.
- Bordignon, M., Monteiro, M., Mai, S., Martins, M., Rech, C., & Trindade, L. (2015). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(4), 925-933.
- Cantelmi, T., Lambiase, E., Pensavalli, M., Laselva, P., & Cecchetti, S. (2020). COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale. *Modelli della Mente-Open Access*, (1).
- Capelo, R., & Pocinho, M. (2016). Estratégias de coping: contributos para a diminuição do stress docente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 282-294.

- Carona, C. (2017). A importância da autocompaixão no exercício da psicologia. *Pensar a Psicologia*, 5-14. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Carqueja, E. & Sousa, C. (2020). Modelos de intervenção Psicológica: Agir em tempos de crise MENTAL Em Paulino, M. & Dumas-Diniz, R. (Ed). *A Psicologia da Pandemia: Compreender e enfrentar a Covid-19* (pp.83-91). Lisboa: Pactor, 95-102.
- Carvalho, P. (2012). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5”* (Doctoral dissertation).
- Chaiça, I. (2020, junho 2). Primeiro caso em Portugal foi há três meses. Dos infectados, 60% já recuperaram. Público.  
<https://www.publico.pt/2020/06/02/sociedade/noticia/caso-portugal-ha-tres-meses-infectados-60-ja-recuperaram-1918976> retirado em 27/01/2021
- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers—a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(4), 417-424.
- Dallacosta, F. (2019). Stress and Burnout syndrome: when professionals’ health asks for help.
- Dal’Bosco, E., Floriano, L., Skupien, S., Arcaro, G., Martins, A., & Anselmo, A. (2020). A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the Covid-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.

- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H., Silva, A., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R. & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC public health*, 20(1), 1-10.
- Faúndez, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59-63.
- Faro, A., Bahiano, M., Nakano, T., Reis, C., Silva, B., & Vitti, L. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37.
- Gomes, A., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008). Stresse, “Burnout”, saúde física, satisfação e realização em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar.
- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 25(3), 307-318.
- Haefner, J. (2021). Self-Care for Health Professionals During Coronavirus Disease 2019 Crisis. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(3), 279-282.
- Horesh, D., & Brown, A. (2020). Traumatic stress in the age of Covid-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12 (4), 331.
- Hansen, E., Eklund, J., Hallén, A., Bjurhager, C., Norrström, E., Viman, A., & Stocks, E. (2018). Does feeling empathy lead to compassion fatigue or compassion satisfaction? The role of time perspective. *The Journal of psychology*, 152(8), 630-645.

- Huh, S. (2020). How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 17.
- Justo-Henriques, S. (2020). Contributo da psicologia da saúde na promoção de comportamentos salutogénicos em pandemia. *Psicologia, saúde & doenças*, 21(2), 297-310.
- Lago, K., & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(2), 213-221.
- 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 healthcare workers exposed to coronavirus disease 2019. *Jama network*. doi:10.1001.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7 (4), 17-18.
- Loyola, M. (2020). Covid-19: uma agenda de pesquisa em torno das questões de gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30 (03)
- Lopes, A., Carvalho, L., Roseiro, R., & Soares, I. (2020). Intervenção psicossocial nas organizações sociais: Da Gestão à Ação Em Paulino, M. & Dumas-Diniz, R. (Ed). *A Psicologia da Pandemia: Compreender e enfrentar a Covid-19* (pp.113-129). Lisboa: Pactor, 95-102.

- Marco, P., Cítero, V., Moraes, E., & Nogueira-Martins, L. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 178-183.
- Martínez, M., Luis, E., Oliveros, E., Fernández-Berrocal, P., Sarrionandia, A., Vidaurreta, M., & Bermejo-Martins, E. (2021). Validity and reliability of the Self-Care Activities Screening Scale (SASS-14) during COVID-19 lockdown. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-12.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2006). Burnout. *Stress and quality of working life: current perspectives in occupational health*, 37, 42-9 pp.37-50
- Marcilio, M., & Parrão, J. (2020). O impacto da Covid-19 no âmbito da saúde e do trabalho do assistente social. *ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA- ISSN 21-76-8498*, 16(16).
- Matos, M. (2020). A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde.
- Mcintyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12, 193-200.
- Melo, M., & Raupp, L. (2020). O autocuidado da saúde mental de psicólogos: uma revisão bibliográfica. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*, 5(1): 62-71.
- Mills, J., Ramachenderan, J., Chapman, M., Greenland, R., & Agar, M. (2020). Prioritising workforce wellbeing and resilience: What COVID-19 is reminding us about self-care and staff support.
- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & saúde coletiva*, 5, 7-18.

- Moreira, A., & Lucca, S. (2020). Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao COVID-19. *Enferm. foco (Brasília)*, 155-161.
- Moreira, W., Sousa, A., & Nóbrega, M. (2020). Mental Illness in the General Population and Health Professionals During COVID-19: A Scoping Review. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29.
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 194(1), 106-113.
- Muller, A., Hafstad, E., Himmels, J., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S., Stroobants, S., Velde, S., & Vist, G. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res*.doi: 10.1016
- Nascimento, S., Pereira, C., Caldas, I., Silva, M., Mendonça, T., Lourenço, B., & Gonçalves, M. (2020). Pandemia COVID-19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(2), 67-76.
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros- Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 43-54.
- Ornell, F., Schuch, J., Sordi, A., & Kessler, F. (2020). Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Revista debates in psychiatry*, 2-7.
- Pacheco, J., & Jesus, S. (2007). Burnout, coping e estilos de vida em profissionais de saúde. *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa*, 25-39.

- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
- Parlamento Europeu (2021). Compreender o impacto da Covid-19 para as mulheres. <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/society/20210225STO98702/compreender-o-impacto-da-covid-19-para-as-mulheres-infografias>
- Paulino, M. & Dumas-Diniz, R. (2020). RESPOSTAS PSICOLÓGICAS: O IMPACTO DA PANDEMIA NA SAÚDE MENTAL Em Paulino, M. & Dumas-Diniz, R. (Ed). *A Psicologia da Pandemia: Compreender e enfrentar a Covid-19* (pp.45-55). Lisboa: Pactor, 95-102.
- Paulino, M. & Dumas-Diniz, R. (2020). Intervenção Psicológica com profissionais de saúde: Promover a segurança e evitar o *Burnout* Em Paulino, M. & Dumas-Diniz, R. (Ed). *A Psicologia da Pandemia: Compreender e enfrentar a Covid-19* (pp.93-102). Lisboa: Pactor, 95-102
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., & Arriaga, M. (2020). Comunicação de riscos: mensagens eficazes no controle e prevenção da pandemia Em Paulino, M. & Dumas-Diniz, R. (Ed). *A Psicologia da Pandemia: Compreender e enfrentar a Covid-19* (pp.33-43). Lisboa: Pactor, 95-102.
- Pedras, S., & Pereira, M. G. (2012). Perturbação de stress pós traumático (PTSD) e perturbação de stress traumático secundário (STSD). *Psicologia na Atualidade*, (6).
- Pereira, G. (2003). Impacto e avaliação do stress traumático na família: Perturbação Secundária de Stress Traumático. In Pereira, G. & Monteiro-Ferreira (Eds) *Stress*

- Traumático; Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 91-107). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pearman, A., Hughes, M., Smith, E., & Neupert, S. (2020). Mental Health Challenges of United States Healthcare Professionals During COVID-19. *Frontiers in Psychology, 11*, 2065.
- Petronilho, F. (2012). *O autocuidado como conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. FORMASAU: Formação e Saúde, Lda.
- Prado, A., Peixoto, B., da Silva, A., & Scalia, L. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4128-e4128.
- Petronilho, F. (2012). *O autocuidado como conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. FORMASAU: Formação e Saúde, Lda.
- Prado, A., Peixoto, B., da Silva, A., & Scalia, L. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4128-e4128.
- Que, J., Le Shi, J. D., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., Huang, W., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y., Ran, M., Bao, Y. & Lu, I. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General psychiatry, 33*(3).
- Reith, T. (2018). Burnout in United States healthcare professionals: a narrative review. *Cureus, 10*(12).

- Ribeiro, E., de Souza, E., de Oliveira Nogueira, J., & Eler, R. (2020). Saúde Mental na Perspectiva do Enfrentamento à COVID-19: Manejo das Consequências Relacionadas ao Isolamento Social. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC*, 5(1), 47-57.
- Rodrigues, N., & Silva, L. (2020). Gestão da pandemia coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. *Journal of Nursing and Health*, 10(4).
- Roque, H., Veloso, A., Silva, I., & Costa, P. (2015). Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3087-3097.
- Sanchez-Reilly, S., Morrison, L., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., Periyakoil, V., & Thomas, J. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *The journal of supportive oncology*, 11(2), 75.
- Santos, G., Lima, R., Barbosa, J., Silva, M., & Andrade, M. (2020). Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3).
- Sá, S., Werlang, B., & Paranhos, M. (2008). Intervenção em crise. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 4(1), 0-0.
- Saidel, M., Lima, M., Campos, C., Loyola, C., Espiridião, E., & dos Santos, J. (2020). Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, 49923.
- Schmidt, B., Crepaldi, M., Bolze, S., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37.

- Sessa, R., Kioroglo, P., Varallo, S., & Bruscatto, W. (2008). Influência do ambiente laboral no desempenho e desgaste profissional da equipe de saúde. *Rev. adm. Saúde*, 51-60.
- Shang, J., Friese, C., Wu, E., & Aiken, L. (2020). Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. *Cancer Nursing* (36). doi: 10.1097.
- Silva, M., & Correia, P. (2020). Abordagem Clínica: da gestão do sistema de saúde à imunização Em Paulino, M. & Dumas-Diniz, R. (Ed). *A Psicologia da Pandemia: Compreender e enfrentar a Covid-19* (pp.17-32). Lisboa: Pactor, 95-102.
- Silva, L., Machado, E., Oliveira, H., & Ribeiro, A. (2020). Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45.
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American journal of infection control*, 48(6), 592-598.
- Teixeira, C., Soares, C., Souza, E., Lisboa, E., Pinto, I., Andrade, L. & Espiridião, M. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3465-3474.
- Torres, J., Barbosa, H., Pereira, S., Cunha, F., Torres, S., Brito, M., Pinho, L., Mendes, D. & Silva, C. (2019). Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 670-681.
- Torini, D. (2016). Questionários on-line. *ABDAL, Alexandre; OLIVEIRA, Maria Carolina Vasconcelos; GHEZZI, Daniela Ribas*, 52-75.

- Vaz-Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21. (4). pp. 261-278
- Vicente, M., & Gomes, E. (2020). Covid-19: UMA NOVA PANDEMIA, UMA NOVA ERA? EM Paulino. M., & Dumas-Diniz, R. (Ed). *A Psicologia da Pandemia: Compreender e enfrentar a COVID-19* (pp. 1-43). Factor.
- Xavier, L., & Daltro, M. (2016). Reflexões sobre as práticas de autocuidado realizadas por psicólogos (as). *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 4(1).
- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241-247.
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Mar 3]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- World Health Organization. Self-care interventions, keys to catalyzing innovation and progress to improve UHC. 2019 (cited 2019 May 23) <https://www.who.int/news/item/23-05-2019-self-care-interventions-keys-to-catalyzing-innovation-and-progress-to-improve-uhc?fbclid=I>
- Zhang, Y., Zhang, C., Han, X., Li, W., & Wang, Y. L. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine*, 97(26).
- Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Su, M., Zhang, J., Liu, Z., & Zhang, B. (2020). Survey of Insomnia and Related Social Psychological Among Medioccal Staff Involved in the 2019 Novel coronavirus

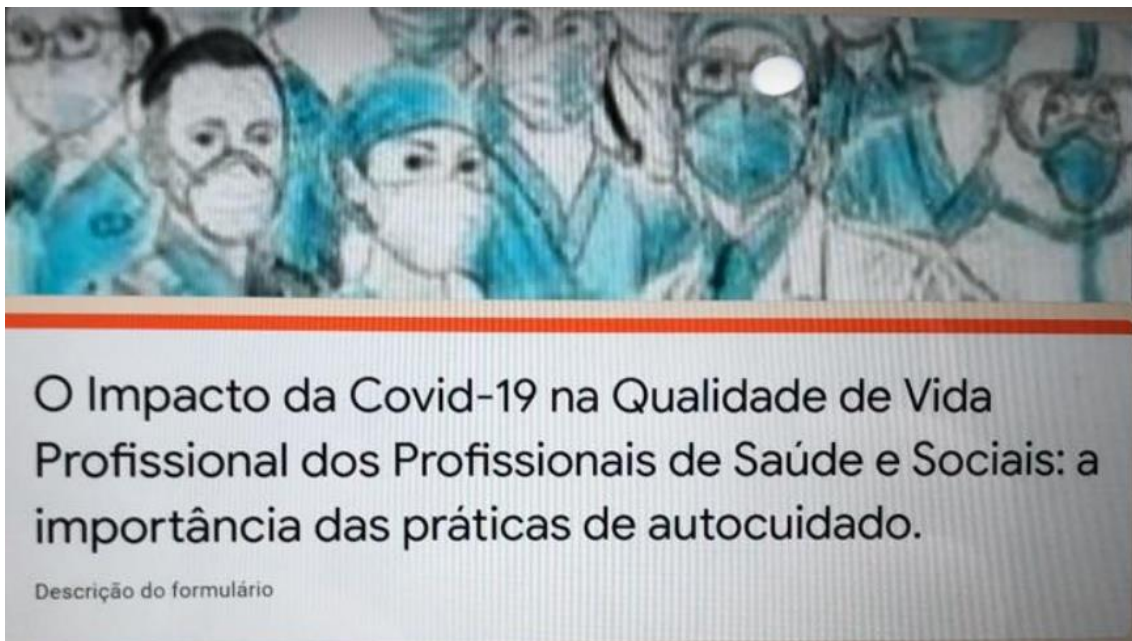
disease. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 306.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00306>

Zwielewski, G., Oltramari, G., Santos, A., Nicolazzi, E., Moura, J., Sant'Ana, V., Schlindwein-Zanini, R., & CRUZ, R. (2020). Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela COVID-19. *Artigo de revisão. Rev debates in psychiatry-Ahead of print.*

## 7. Anexos

### I. Questionário On-line



# O Impacto da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos Profissionais de Saúde: a importância das práticas de autocuidado.

Este questionário destina-se a Profissionais de Saúde e Sociais, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos especialistas, dentistas, farmacêuticos, outros profissionais de saúde, técnicos da ação social, sociólogos, pessoal das ambulâncias, assistentes operacionais e auxiliares de ação médica e social, diretores de serviços ligados à saúde e/ou social.

O presente estudo intitulado "O Impacto da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos Profissionais de Saúde e Sociais: a importância das práticas de autocuidado", insere-se no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da licenciada Sandra Maia, aluna do Instituto Universitário da Maia (ISMAI), sob a orientação da Professora Doutora Joana Carreiro.

A sua opinião é muito importante para compreender qual o impacto da Covid-19 na qualidade de vida profissional dos profissionais de saúde e sociais, assim como da importâncias das práticas de autocuidado.

Neste sentido, procura-se a colaboração para o preenchimento do questionário, com uma duração média, para o seu preenchimento, de aproximadamente de 15 minutos.

Deste modo, vimos solicitar o seu consentimento para a participação no estudo, ressaltando-se que a sua participação é voluntária, as respostas confidenciais e anónimas, e poderá desistir a meio da sua participação, se assim o entender.

A confidencialidade e o anonimato estão garantidos pela equipa de investigação, sendo os dados recolhidos usados unicamente para fins científicos, respeitando-se os princípios éticos inerentes ao Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, bem como o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) de 2016/679 da União Europeia.

Para mais informações poderá contactar a equipa de investigação, usando o e-mail [A031541@ismai.pt](mailto:A031541@ismai.pt) (Sandra Maia) e [jcarreiro@ismai.pt](mailto:jcarreiro@ismai.pt) (Prof. Dra Joana Carreiro).

Grata pela sua colaboração e pela partilha do estudo junto de potenciais participantes.

A equipa de investigação:  
Sandra Maia & Joana Carreiro PhD

**\*Obrigatório**

Consentimento informado

1. Li a informação e autorizo a minha participação no respetivo estudo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim, aceito participar.

Não aceito participar

### Questionário Sociodemográfico

2. Género \*

*Marcar apenas uma oval.*

Masculino

Feminino

Outro

3. Idade (em anos) \*

---

4. Habilitações Literárias \*

*Marcar apenas uma oval.*

Até ao 3º Ciclo do Ensino Básico (9 ºano)

Ensino Secundário (10º a 12º ano)

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Pós-Doutoramento

5. Estado Civil \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Solteiro/a
- Casado/a
- União de facto
- Divorciado/a / separado/a
- Viúvo/a

6. Tem filhos menores? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

7. Profissão \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Psicólogo/a
- Médico/a
- Enfermeiro/a
- Farmacêutico/a
- Técnica de Ação Social
- Médico/a Dentista
- Auxiliares de ação médica/social
- Outros profissionais de saúde
- Outra: \_\_\_\_\_

8. Número de anos na função profissional atual: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Inferior a 1 ano
- De 1 a 4 anos
- De 5 a 8 anos
- Mais de 9 anos

9. Qual o seu principal local de trabalho?

*Marcar apenas uma oval.*

- Centro Hospitalar Público
- Centro Hospitalar Privado
- Clínica Médica
- Farmácia/ Laboratório
- Instituição Social
- Organismo Central (DGS, ARS, ACES, outro)
- Outra: \_\_\_\_\_

10. Há quantos anos trabalha na atual instituição? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Inferior a 1 ano
- De 1 a 4 anos
- De 5 a 8 anos
- Mais de 9 anos

11. Em média, quantas horas trabalha por dia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 6 horas
- De 6 a 8 horas
- De 8 a 12 horas
- Mais de 12 horas

12. Tipo de Horários? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Turnos/Rotativos
- Fixo

13. Qual a sua perceção sobre o ambiente profissional no seu local de trabalho? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- O meu local de trabalho tem um muito bom ambiente profissional
- O meu local de trabalho tem um bom ambiente profissional
- O meu local de trabalho tem um razoável ambiente profissional
- O meu local de trabalho tem um mau ambiente profissional

14. A sua carga laboral aumentou com a Covid-19? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

15. Teve/tem contacto direto com doentes com Covid-19? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

16. Sentiu falta de recursos materiais para ajudar no combate à Covid-19 ? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

17. Sentiu medo de se contagiar e de ser um veículo para contagiar os outros? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

18. Necessitou de pedir algum tipo de ajuda suplementar devido à Covid-19? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

19. Se sim, de que tipo de ajuda necessitou? (se respondeu "não" responda com um "x" no espaço abaixo) \*

---

20. Que estratégias de autocuidado utiliza para manter o equilíbrio e o seu bem-estar? \*

Nota: "Entende-se por autocuidado todas as ações /comportamentos saudáveis, adotados com vista à prevenção de mal-estar e/ou promoção do bem-estar, bem como diminuição de resultados emocionais" (Gentry, 2002; Butler et al., 2019; Williams et al., 2010; Myers et al., 2012).

Marcar apenas uma oval.

- Exercício Físico
- Alimentação equilibrada
- Meditação/yoga/mindfulness
- Apoio Familiar
- Dormir horas necessárias/ descansar
- Várias das opções dadas
- Outra: \_\_\_\_\_

Escalas de  
Ansiedade,  
Depressão e  
Stress- EADS (Pais-  
Ribeiro, Honrado, &  
Leal, 2004).

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a SEMANA PASSADA. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0- Não se aplicou nada a mim
- 1- Aplicou-se a mim algumas vezes
- 2- Aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3- Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

21. 1. Tive dificuldades em me acalmar \*

Marcar apenas uma oval.

0      1      2      3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

22. 2. Senti a minha boca seca \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

23. 3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

24. 4. Senti dificuldades em respirar \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

25. 5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

26. 6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações \*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

27. 7. Senti tremores (por ex., nas mãos) \*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

28. 8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa \*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

29. 9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula \*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

30. 10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

31. 11. Dei por mim a ficar agitado \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

32. 12. Senti dificuldade em me relaxar \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

33. 13. Senti-me desanimado e melancólico \*

*Marcar apenas uma oval.*

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

34. 14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer \*

*Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	
Não se aplicou nada a mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

35. 15. Senti-me quase a entrar em pânico \*

*Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	
Não se aplicou nada a mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

36. 16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada \*

*Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	
Não se aplicou nada a mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

37. 17. Senti que não tinha muito valor como pessoa \*

*Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	
Não se aplicou nada a mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

38. 18. Senti que por vezes estava sensível \*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

39. 19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico \*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

40. 20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso \*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

41. 21. Senti que a vida não tinha sentido \*

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3

Não se aplicou nada a mim     Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

Escala de  
Qualidade de  
Vida

Ao prestar auxílio está a contactar diretamente com as vidas das pessoas. Como já deve ter percebido a compaixão que tem por quem ajuda pode afetá-lo(a). Abaixo pode encontrar algumas perguntas acerca das experiências, tanto positivas como negativas, que teve enquanto cuidador. Analise e responda às perguntas acerca da sua vida e da sua atual situação profissional. Escolha o número que melhor reflete a frequência com que foi confrontado, nos ÚLTIMOS 30 dias, com as seguintes situações ou sentimentos.

Profissional-  
PROQOL-  
Versão 5 (   
Carvalho &  
Sá, 2011)

1- Nunca  
2- Raramente  
3- Por vezes  
4- Frequentemente  
5- Muito Frequentemente

42. 1. Eu sou feliz. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

43. 2. Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

44. 3. Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

O Impacto da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos Profissionais... [https://docs.google.com/forms/d/1tpP\\_LrjBa77a6hkivOi-eZGXQr97m6...](https://docs.google.com/forms/d/1tpP_LrjBa77a6hkivOi-eZGXQr97m6...)

45. 4. Eu sinto-me ligado(a) aos outros. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

46. 5. Eu salto ou assusto-me com sons inesperados. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

47. 6. Eu sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que ajudo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

48. 7. Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

49. 8. Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu ajudo. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

50. 9. Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

51. 10. Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a). \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

52. 11. Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido "nervoso(a)" por variadas coisas. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

53. 12. Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a). \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

54. 13. Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que eu auxilio. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

55. 14. Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

56. 15. Eu tenho crenças que me sustentam. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

57. 16. Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

58. 17. Eu sou a pessoa que sempre quis ser. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

59. 18. O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a). \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

60. 19. Eu sinto-me exausto(a)devido ao meu trabalho como cuidador(a). \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

61. 20. Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

62. 21. Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

63. 22. Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

64. 23. Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que ajudei. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

65. 24. Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

66. 25. Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

67. 26. Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

68. 27. Eu penso que sou um "sucesso" como cuidador. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

69. 28. Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas traumatizadas. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

70. 29. Eu sou uma pessoa muito carinhosa. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

71. 30. Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado- EACAC (Alves, Fonseca, & Araújo, 2015)

Responda, por favor, às questões que se seguem de acordo com a seguinte classificação:

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Nem concordo, nem discordo
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

72. 1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, tento fazer as mudanças necessárias para me manter saudável. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

73. 2. Geralmente, vejo se tudo aquilo que faço para manter a minha saúde está certo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

74. 3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro arranjar uma forma de revolver o problema. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

75. 4. Tento manter limpo e saudável o lugar onde vivo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

76. 5. Sempre que posso, cuido de mim. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

77. 6. Procuo alimentar-me de maneira a manter o meu peso adequado. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

78. 7. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

79. 8. Sempre que posso, no meu dia-a-dia, faço ginástica e descanso. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

80. 9. Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

81. 10. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

82. 11. Quando recebo informações sobre a minha saúde, coloco questões para esclarecer aquilo que não compreendo. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

83. 12. Normalmente, faço por manter a minha segurança e a da minha família. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

84. 13. Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado. \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

---

discordo totalmente      concordo totalmente

85. 14. No meu dia-a-dia, geralmente, encontro tempo para cuidar de mim. \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

---

discordo totalmente      concordo totalmente

86. 15. Se tenho algum problema de saúde, sei como obter informações para o resolver. \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

---

discordo totalmente      concordo totalmente

87. 16. Procuo ajuda, quando não tenho condições para cuidar de mim. \*

*Marcar apenas uma oval.*

1 2 3 4 5

---

discordo totalmente      concordo totalmente

88. 17. Sempre arranjo tempo para mim. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

89. 18. Mesmo tendo dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente, consigo cuidar-me como gostaria. \*

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	concordo totalmente

*Avançar para a secção 7 (Grata pela sua participação!)*

Grata pela sua participação!

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

## II. Cartas aos autores e respetivas autorizações



Sandra Manuela da Costa Maia

qui, 11/02/2021 00:45

Para: jlpr@fpce.up.pt

Cc: Joana Filipa Fonseca Carreiro; Sandra Manuela da Costa Maia; sandramaia73@hotmail.com



Exmo. Professor Doutor José Pais-Ribeiro,

O meu nome é Sandra Maia e sou aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no Instituto Universitário da Maia.

O presente ano letivo representa o último passo em direção à conclusão do meu mestrado, o qual será concluído com a participação em 250 h diretas de estágio, bem como com a apresentação de uma dissertação. Esta dissertação, que me proponho a realizar, terá como tema “O Impacto da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos Profissionais de Saúde e Sociais: a importância das práticas de autocuidado” e tem como objetivo principal compreender qual o impacto da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos profissionais de saúde e sociais (PSS). Para tal, tenciona-se avaliar os níveis de Ansiedade, Depressão e Stress nestes profissionais para posteriormente, se realizar um estudo correlacional, no qual, se procurará perceber, entre outros objetivos específicos, a relação entre o autocuidado, o estado psicopatológico e a QDVp em contexto da Covid-19.

Neste seguimento, serve, o presente email, para lhe solicitar, encarecidamente, a versão portuguesa da “Depression Anxiety Stress Scales (DASS)” e respetivos dados de cotação.

Desde já me coloco à disposição para disponibilizar os resultados do estudo.

Extremamente Grata pela atenção,  
Sandra Maia



José Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

qui, 11/02/2021 06:37

Para: Sandra Manuela da Costa Maia



Caros Colegas

Não nos opomos à utilização da versão da EADS 21 que estudámos e desenvolvemos para uso com a população portuguesa. O texto de validação encontra-se no meu site na secção "publications" a nº 108 e, se colocar o título do texto no google encontra o texto no researchgate.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro  
[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

...

Responder | Reencaminhar



Sandra Manuela da Costa Maia

qui, 11/02/2021 01:06

Para: corta@portugalmail.pt

Cc: Joana Filipa Fonseca Carreiro; Sandra Manuela da Costa Maia; sandramaia73@hotmail.com



Exmo. Doutor Pedro Carvalho,

O meu nome é Sandra Maia e sou aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no Instituto Universitário da Maia.

O presente ano letivo representa o último passo em direção à conclusão do meu mestrado, o qual será concluído com a participação em 250 h diretas de estágio, bem como com a apresentação de uma dissertação. Esta dissertação, que me proponho a realizar, terá como tema "O Impacto da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos Profissionais de Saúde e Sociais: a importância das práticas de autocuidado" e tem como objetivo principal compreender qual o impacto da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos profissionais de saúde e sociais (PSS). Para tal, tenciona-se avaliar os níveis de Satisfação Compaixão, o Burnout e o Stress Pós-Traumático Secundário nestes profissionais para posteriormente, se realizar um estudo correlacional, no qual, se procurará perceber, entre outros objetivos específicos, a relação entre o autocuidado, o estado psicopatológico e a QDVp em contexto da Covid-19.

Neste seguimento, serve, o presente email, para lhe solicitar, encarecidamente, a versão portuguesa da "Professional Quality of Life 5" e respetivos dados de cotação.

Desde já me coloco à disposição para disponibilizar os resultados do estudo.

Extremamente Grata pela atenção,  
Sandra Maia



Pedro Carvalho <corta@portugalmail.pt>

sex, 12/02/2021 08:23

Para: Sandra Manuela da Costa Maia

Cc: Joana Filipa Fonseca Carreiro; sandramaia73@hotmail.com



Boa tarde Cara Sandra,

Agradeço o seu contato,

Da minha e da parte do Prof. Luis Sá pode usar a escala em questão.

No entanto penso que pode, se preferir, visitar o site da PROQOL e perceber se deve usar a escala versão PT que lá disponibilizam que é a oficial.

Link: [https://www.proqol.org/Use\\_the\\_ProQOL.html](https://www.proqol.org/Use_the_ProQOL.html)

Lá encontra instruções e também os manuais.

Que tudo lhe corra bem no seu projeto.

Com os melhores cumprimentos,  
Pedro Carvalho



Sandra Manuela da Costa Maia  
qui, 25/02/2021 09:01  
Para: abalves@esev.ipv.pt  
Cc: Sandra Manuela da Costa Maia



Exma. Professora Doutora Ana Berta Correia Santos Alves,

O meu nome é Sandra Maia e sou aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no Instituto Universitário da Maia.

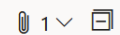
O presente ano letivo representa o último passo em direção à conclusão do meu mestrado, o qual será concluído com a participação em 250 h diretas de estágio, bem como com a apresentação de uma dissertação. Esta dissertação, que me proponho a realizar, terá como tema “O Impacto da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos Profissionais de Saúde e Sociais: a importância das práticas de autocuidado” e tem como objetivo principal compreender qual o impacto da Covid-19 na Qualidade de Vida Profissional dos profissionais de saúde e sociais (PSS). Para tal, tenciona-se avaliar os níveis de Ansiedade, Depressão e Stress nestes profissionais para posteriormente, se realizar um estudo correlacional, no qual, se procurará perceber, entre outros objetivos específicos, a relação entre o autocuidado, o estado psicopatológico e a QDVP em contexto da Covid-19.

Neste seguimento, serve, o presente email, para lhe solicitar, encarecidamente, a versão portuguesa da “Escala para avaliar as capacidades de autocuidado para profissionais portugueses ” e respetivos dados de cotação.

Desde já me coloco à disposição para disponibilizar os resultados do estudo.

Extremamente Grata pela atenção,  
Sandra Maia

## Carta de pedido à autora



Ana Berta Alves <abalves@esev.ipv.pt>  
sex, 26/02/2021 09:15

Para: Sandra Manuela da Costa Maia



Boa tarde, Sandra

Agradeço o contacto e interesse.

Remeto para dois capítulos onde pode encontrar informação sobre a Escala e resultados de um estudo com profissionais do contexto social. Em anexo, a Escala.

<https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/9003>

<https://www.editoracientifica.org/articles/code/200901200>

Estou à disposição para qualquer esclarecimento e faço votos de que a investigação tenha o maior sucesso!  
Terei todo o interesse em conhecer os resultados do seu estudo.

Melhores cumprimentos,

Ana Berta Alves


Professora Adjunta Convidada

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

Escola Superior de Educação | Instituto Politécnico de Viseu



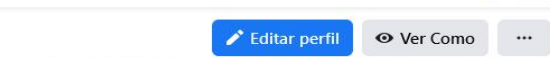
### III. Publicação do questionário nas redes sociais

 Sandra Maia está com Joana Carreiro.  
4 de março às 10:39 · 🌐

É Profissional de Saúde ou Social, então esta publicação é para si!  
Caso não seja, mas conhece, ajude na partilha.

Estou a realizar a minha dissertação de mestrado, sob a orientação da Prof. Dra. Joana Carreiro, no Instituto Universitário da Maia (ISMAI). Este estudo pretende compreender o Impacto da Covid-19 nos profissionais de saúde e sociais, assim como a importância das práticas de autocuidado.

Neste sentido, procura-se a colaboração dos profissionais de saúde e

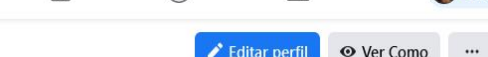
 Editar perfil Ver Como

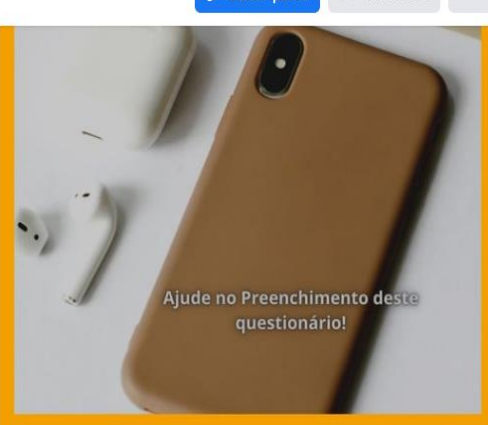



 Sandra Maia  
5 de março às 09:28 · 🌐

É Profissional de Saúde ou Social?  
Ajude no preenchimento deste questionário e na sua divulgação!  
Grata pela colaboração,  
Aceda ao link  
<https://forms.gle/EZKJrc3GResKUJEp6>

 Editar perfil Ver Como

 Editar perfil Ver Como




 Sandra Maia está com Joana Carreiro.  
8 de março às 09:22 · 🌐

É Profissional de Saúde ou Social?  
Ajude no preenchimento deste questionário e na sua divulgação!  
Grata pela colaboração,  
Aceda ao link  
<https://forms.gle/EZKJrc3GResKUJEp6>

 Editar perfil Ver Como

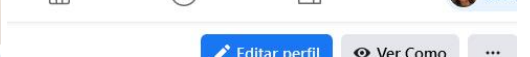
 Editar perfil Ver Como



 Sandra Maia está com Joana Carreiro.  
10 de março às 09:23 · 🌐

É Profissional de Saúde ou Social?  
Ajude no preenchimento deste questionário e na sua divulgação!  
Grata pela colaboração,  
Aceda ao link  
<https://forms.gle/EZKJrc3GResKUJEp6>

 Editar perfil Ver Como

 Editar perfil Ver Como





Durante este período, a imagem foi sendo modificada nas plataformas digitais para tornar o questionário mais atrativo ao olhar, cativando assim a atenção dos possíveis participantes. Em relação ao envio das mensagens/divulgações foi acautelado o envio de mensagens em demasia para os mesmos potenciais participantes, evitando desta forma a saturação com sucessivas mensagens