

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



**Ansiedade, depressão e qualidade de vida dos/as  
auxiliares de ação médica**

Ana Carolina Branco Lázaro nº34978

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador/a Institucional:

Professora Doutora Marlene Sousa

Outubro, 2020



## **Agradecimentos**

A todas/os as/os auxiliares de ação médica que aceitaram gentilmente participar livremente neste estudo, deixo o meu maior obrigado por tornarem possível a realização do mesmo.

Agradeço de coração à Professora Doutora Marlene Sousa, por embarcar comigo neste processo de investigação e por me ter ajudado a concluir este sonho, com todo o incentivo e exigência necessários.

À minha amiga Carla, deixo aqui uma palavra de gratidão profunda por me ter auxiliado neste objetivo.

Aos meus pais e irmão pelo apoio ao longo desta caminhada académica. Em especial à minha mãe e aos meus avós por sempre acreditarem no meu potencial quando eu não acreditava.

Aos meus amigos, agradeço em tom de satisfação, a todos os que compreenderam e contribuíram positivamente para esta jornada, sem julgamentos, com paciência, sem críticas e com incentivos. Há fases que realmente conseguimos fazer a triagem necessária para agradecer o apoio verdadeiro de quem nos rodeia. A vocês, que sabem quem são, o meu muito obrigada!

Por fim, agradeço ao meu companheiro de vida e de aventuras, ao meu namorado, pelo apoio, amor e dedicação em me fazer feliz. Sem ele, esta fase não tinha sido tão rica.

Obrigada a todos os de bem!

*“Crê nos sonhos, pois neles está escondida a porta da eternidade”. Khalil Gibran*

## Resumo

O presente projeto exploratório foca-se num grupo profissional pouco explorado a nível nacional e internacional: os/as auxiliares de ação médica. Atendendo à importância e especificidade desta população, procurou-se averiguar e descrever os níveis de severidade da sintomatologia ansiosa e depressiva percebidos, bem como a perceção da qualidade de vida de 58 auxiliares de ação médica que se encontram a desempenhar funções numa instituição hospitalar privada, explorando a relação com variáveis sociodemográficas. Assim, foram aplicados o PHQ9, a GAD-7 e o WHOQHOL-BREF, cujos resultados foram relacionados entre si e com as variáveis sociodemográficas. Os resultados apontaram para a existência de níveis acima do ponto de corte clínico na maioria dos participantes: 51.8% revelou sintomas de ansiedade e 53.4% apresentou sintomas de depressão. Quanto à perceção da qualidade de vida, os dados apontaram para níveis de satisfação geral, a nível físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Porém, quando analisadas as associações entre os dados do PHQ9 e os do WHOQHOL-BREF, verificaram-se maiores níveis de perceção de qualidade de vida nos/nas auxiliares com menor nível de sintomatologia depressiva. Quanto exploradas as associações entre a GAD7 e o WHOQHOL-BREF, verificou-se que os/as participantes com menores níveis de ansiedade apresentaram uma perceção de qualidade de vida mais positiva. Quanto às variáveis “idade” e “habilitações literárias”, verificou-se que estas não estão associadas aos níveis de ansiedade e depressão, nem à perceção da qualidade de vida. A variável “presença de doença física ou mental” também não se encontra associada aos níveis de ansiedade e depressão, mas está associada à perceção da qualidade de vida, com os/as participantes com doença física ou mental a apresentarem uma menor perceção de qualidade de vida.

**Palavras Chave:** Auxiliares de ação médica, Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida.

## **Abstract**

This exploratory project focuses on a professional group that is little explored at national and international level: medical assistants. Given the importance and specificity of this population, we wanted to determine and describe the levels of severity of the perceived anxious and depressive symptoms, as well as the perception of the quality of life of 58 medical assistants who are performing functions in a private hospital, exploring the relationship with sociodemographic variables. Thus, PHQ9, GAD-7 and WHOQHOL-BREF were applied, whose results were related to each other and to the sociodemographic variables. The results pointed to the existence of levels above the clinical cutoff point in most participants: 51.8% revealed symptoms of anxiety and 53.4% showed symptoms of depression. Regarding the perception of quality of life, the data pointed to levels of general satisfaction, at physical, psychological, social relations and the environment. However, when analyzing the associations between PQH9 data and WHOQHOL-BREF data, there were higher levels of perception of quality of life in assistants with a lower level of depressive symptoms. When the associations between GAD7 and WHOQHOL-BREF were explored, it was found that participants with lower levels of anxiety had a more positive perception of quality of life. As for the variables “age” and “educational qualifications”, it was found that these are not associated with levels of anxiety and depression, nor with the perception of quality of life. The variable "presence of physical or mental illness" is also not associated with levels of anxiety and depression, but it is associated with the perception of quality of life, having the participants with physical or mental illness a lower perception of quality of life.

**Key words:** Medical assistants, Anxiety, Depression and Quality of Life.

## Índice

<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>2. Enquadramento teórico</b> .....	2
2.1. Caracterização das funções dos/das auxiliares de ação médica .....	2
2.2. A depressão e ansiedade nos/as profissionais de saúde .....	3
2.2.1. A depressão nos/as profissionais de saúde.....	3
2.2.2. A ansiedade nos/as profissionais de saúde.....	7
2.3. Fatores de risco associados à sintomatologia depressiva e ansiosa nos/nas profissionais de saúde/auxiliares de ação médica .....	9
2.4. Qualidade de vida nos/nas profissionais de saúde.....	11
2.5. Impacto da sintomatologia depressiva e ansiosa na prestação de serviços/cuidados aos utentes.....	13
<b>3. Estudo empírico</b> .....	15
3.1. Objetivo geral e objetivos específicos.....	15
3.2. Método.....	16
3.2.1. Participantes.....	16
3.2.2. Instrumentos.....	18
3.2.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	18
3.2.2.2. Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9).....	18
3.2.2.3. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7).....	19
3.2.2.4. World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL- BREF).....	19
3.2.3. Procedimentos.....	20
3.2.3.1. Procedimentos de recolha de dados.....	20
3.2.3.2. Procedimentos de análise de dados.....	21

3.3. Resultados.....	22
3.3.1. Caracterização da sintomatologia depressiva e ansiosa nos/as auxiliares de ação médica.....	22
3.3.2. Caracterização da perceção da qualidade de vida dos/das auxiliares de ação médica.....	23
3.3.3. Associação entre o nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e a qualidade de vida nos/nas auxiliares de ação médica.....	23
3.3.3.1. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida.....	24
3.3.3.2. Sintomatologia ansiosa e qualidade de vida.....	24
3.3.4. Associação entre as variáveis sociodemográficas e o nível da sintomatologia depressiva e ansiosa, e a qualidade de vida nos/nas auxiliares de ação médica.....	25
3.3.4.1. Idade e sintomatologia depressiva e ansiosa.....	25
3.3.4.2. Idade e qualidade de vida .....	26
3.3.5. Habilitações literárias e sintomatologia ansiosa e depressiva.....	26
3.3.6. Habilitações literárias e qualidade de vida.....	26
3.3.7. Associação entre (in)existência de doença física e/ou mental e o nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e a qualidade de vida nos/nas auxiliares de ação médica.....	26
3.3.8. Associação entre as variáveis relacionadas com a profissão e o nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e a qualidade de vida nos/nas auxiliares de ação médica.....	28
3.4. Discussão.....	28
3.5. Conclusões.....	36
<b>4. Referências bibliográficas.....</b>	<b>40</b>

**5. Anexos.....47**

## **Lista de abreviaturas**

**GAD-7-** *Generalized Anxiety Disorder 7-item*

**PHQ-9-** *Patient Health Questionnaire-9*

**QV-** Qualidade de Vida

**SCM-** Santa Casa da Misericórdia

**UCI-** Unidade de Cuidados Intensivos

**WHOQOL-BREF-** *World Health Organization Quality of Life – Bref*

## **Lista de Tabelas**

**Tabela 1-** Caracterização dos participantes

**Tabela 2-** Dados dos níveis da sintomatologia ansiosa e depressiva

**Tabela 3-** Dados relativos aos respetivos domínios da QV

**Tabela 4-** Correlações entre valores do PHQ9 e as dimensões da QV

**Tabela 5-** Correlações entre os totais do GAD7 e as dimensões da QV

**Tabela 6-** Diferenças nos resultados da ansiedade e depressão entre grupos (com ou sem doença física e mental)

**Tabela 7-** Resultados das dimensões da QV entre grupos (com ou sem doença física e mental)

## **Lista de anexos**

**Anexo 1-** Documento de validação do estudo assinado pelo Provedor da SCM de Lousada

**Anexo 2-** Panfleto de sensibilização aos profissionais de saúde

**Anexo 3-** Questionário sociodemográfico

## 1. Introdução

No que toca aos/às profissionais de saúde, estudos empíricos revelam que estes/as apresentam níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa elevada, muitas vezes associada à sua profissão (Cruz et al., 2019). Além disso, os estudos demonstram também que os problemas de saúde física e mental interferem, por vezes, de maneira negativa, em todos os domínios da qualidade de vida (QV) destes/as profissionais (Cruz et al., 2019)

A compreensão destes fenómenos na população em estudo nesta dissertação – auxiliares de ação médica, em Portugal, é absolutamente imprescindível devido, não só às altas taxas de ansiedade e depressão nestes/as profissionais, mas também ao impacto que estas poderão, de forma indireta, ter na qualidade da prestação de serviços aos/às utentes (Sampaio et al., 2020). Desta forma, o objetivo deste estudo passa por avaliar os níveis de severidade de sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como a qualidade de vida de auxiliares ação médica que desempenhem funções nos cuidados de saúde física e mental. Paralelamente a este objetivo, teve como finalidade analisar a relação entre diferentes variáveis sociodemográficas, que podem, de acordo com a literatura, influenciar negativa ou positivamente estas dimensões. Este estudo tem como objetivo último procurar perceber os fatores protetores que possam ajudar os/as auxiliares ação médica a gerir e a lidar melhor com os desafios vivenciados na sua vida profissional, e consequentemente, melhorar o seu bem-estar psicológico e qualidade de vida.

Em termos de estrutura, o estudo é composto por uma primeira parte dedicada ao enquadramento teórico, onde se apresenta a revisão da literatura, e uma segunda parte dedicada ao estudo empírico, onde se apresentam os objetivos e questões de investigação, o método e os resultados obtidos, terminando com a discussão e conclusões do estudo.

## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1. Caracterização das funções dos/das auxiliares de ação médica**

A instituição hospitalar, para garantir o pleno funcionamento eficaz dos serviços prestados ao/à utente tem, nos seus quadros, vários profissionais que, de forma direta ou indireta, lidam com ele/a. Assim, para além do corpo médico e enfermeiro, desempenham as suas funções também os/as técnicos/as auxiliares de ação médica. Estes/as, de acordo com dados presentes no Projeto de Lei n.º 1073/XIII/4.<sup>a</sup> (2019, p. 2), “representam 20% do pessoal que desempenha funções no Serviço Nacional de Saúde, sendo a terceira força produtiva nos hospitais e centros de saúde”. O seu papel assume particular relevância no contexto hospitalar, uma vez que se configuram como um apoio imprescindível para outros/as profissionais de saúde.

Assim, os/as auxiliares de ação médica prestam apoio nos cuidados de saúde aos/às utentes, na recolha e transporte de amostras biológicas, na limpeza, higienização dos espaços e dos/as próprios/as utentes e no transporte de roupas, materiais e equipamentos, bem como no apoio logístico e administrativo das diferentes unidades e serviços de saúde. Para além destas funções, outras demais lhes são atribuídas, diretamente ligadas ao apoio individualizado ao/à utente, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de que este/a possa necessitar quando vai ser ou já foi submetido/a a uma intervenção cirúrgica. Ao nível da rotina diária do internamento, este/a profissional ajuda nas tarefas de alimentação e hidratação do/a utente, nomeadamente na preparação de refeições ligeiras ou suplementos alimentares; presta apoio na transferência, posicionamento e transporte do/a utente, que necessite de ajuda total ou parcial. Em termos mais logísticos, assegura a recolha, transporte, triagem e acondicionamento de roupa da unidade do/a utente, e dos resíduos hospitalares, de acordo com as normas e/ou procedimentos definidos, assim como o transporte, armazenamento, conservação e manutenção, lavagem e desinfeção de material

e equipamento hoteleiros clínicos e de apoio, em local próprio. A seu cargo está ainda o auxílio ao médico/a ou enfermeiro/a na recolha de amostras biológicas e o seu transporte para o serviço adequado, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos, bem como o transporte de informação entre as diferentes unidades e serviços de prestação de cuidados de saúde (Projeto de Lei n.º 1073/XIII/4.<sup>a</sup>; 2019, p. 2).

Numa ótica diferenciada, e assumindo o *background* que a sua experiência profissional lhe confere, é também da sua responsabilidade colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estagiários/as, orientando as atividades de formação de estudantes e/ou estagiários/as do curso Técnico Auxiliar de Saúde em contexto académico ou profissional (Projeto de Lei n.º 1073/XIII/4.<sup>a</sup>; 2019, p. 2).

## **2.2. A depressão e ansiedade nos/as profissionais de saúde**

### **2.2.1. A depressão nos/as profissionais de saúde**

Apesar de reconhecida a importância e imprescindibilidade do papel do/a auxiliar de ação médica, poucos são os estudos que se focam nestes/as profissionais e nas dificuldades e consequências que advêm do desempenho das suas funções. A literatura é parca, pelo que, para a presente dissertação, e tendo em conta o estudo que se levou a cabo, focar-nos-emos em dados mais gerais apresentados em estudos sobre profissionais de saúde, categoria profissional na qual os/as auxiliares de ação médica se situam. No entanto, sempre que seja possível, referir-nos-emos a dados específicos relativos aos/às auxiliares de ação médica.

A depressão é uma das doenças do século associada a incapacidade e invalidez (Oliveira et al., 2015) e é caracterizada pela permanência de sintomas depressivos e alterações de humor durante pelo menos duas semanas (Silva et al, 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) estima que a depressão seja responsável por 4.3% da carga

global das doenças e está entre as maiores causas de incapacidade no mundo. Os dados apontam para realidades preocupantes: por exemplo, em França, 21% das pessoas já teve, pelo menos, um episódio depressivo na sua vida, seguindo-se os Estados Unidos da América com 19.2% e o Brasil com 18.4% (World Health Organization, 2014). Assim, esta realidade assume-se como cada vez mais preocupante. De acordo com Rios et al., (2010), atualmente, a depressão afeta, em média, 121 milhões de pessoas em todo o mundo. No ano 2000, ocupou o quarto lugar entre as doenças crónicas e o segundo lugar na faixa etária entre os 15 e os 44 anos. A projeção para 2020 foi de que esta doença ocuparia o segundo lugar no ranking de anos de vida perdidos por incapacidade<sup>1</sup>. No geral, o estigma social e os recursos económicos limitados no âmbito da saúde pública contribuem para o agravamento da sintomatologia depressiva e também ansiosa, e deterioração da QV das pessoas (Rios et al., 2010).

Alguns autores, referem que esta doença mental compromete quase sempre o funcionamento interpessoal, social e ocupacional do indivíduo, na medida em que acaba por trazer intenso sofrimento para as pessoas acometidas, familiares e amigos, diminuindo a sua QV. Esta doença é, por isso, considerada um problema de saúde pública (Silva et al., 2015). A *American Psychiatric Association* (APA, 2014), no manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais (DSM-5), estabelece os critérios de diagnóstico para a depressão, dentre os quais se destacam: i) o humor deprimido durante a maior parte do dia em quase todos os dias; ii) a diminuição do interesse ou do prazer em todas ou quase todas as atividades; iii) a perda ou ganho excessivo de peso, quando não se faz dieta; iv) a insónia ou hipersónia; v) a fadiga ou perda de energia; vi) o sentimento de inutilidade ou culpa

---

<sup>1</sup> Apesar das pesquisas efetuadas, não foram encontrados dados que permitissem confirmar a projeção para o ano de 2020, até porque que este ainda não terminou.

excessiva; vii) pensamentos recorrentes de morte; e viii) diminuição da capacidade de pensar ou de se concentrar.

Os/as profissionais da área da saúde, especificamente os/as da área da enfermagem (incluindo técnicos/as auxiliares de ação médica), encontram-se no grupo dos/as profissionais mais propensos/as a reportar problemas de saúde mental, nomeadamente depressão, uma vez que tem o seu trabalho associado ao ato de cuidar, produzir bem-estar, sendo que, por vezes, confronta-se com limitações e desafios diários, que quanto pior resolvidos, maior ansiedade e /ou depressão podem gerar (Gomes & Oliveira, 2013). Assim, o facto de se encontrarem no seu dia-a-dia em contacto próximo com pessoas doentes, acompanhando o sofrimento, a dor física e psíquica, a expectativa de melhoria ou declínio do estado de saúde dos/as utentes, a atenção e o cuidado extra com a família que nem sempre aceita a doença, o tratamento e, por vezes, a possível perda de do/a utente são fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações psicológicas (Alves et al., 2019; Baba et al., 1998).

A literatura revela que trabalhar nestas condições é prejudicial, não só para a saúde mental, mas também para a saúde física dos indivíduos, estando associadas a diversos sinais e sintomas de adoecimento no trabalho, podendo levar ao *burnout* (Donato et al., 2015). Os/As profissionais que interagem, a maior parte do tempo, com indivíduos que necessitam de apoio são os/as mais suscetíveis ao adoecimento psíquico. Dentre eles/elas, destacam-se os/as profissionais da área da enfermagem que atuam diretamente com a intimidade, dores e sofrimento do ser humano (Baba et al, 1998).

Em termos da relação entre o stress e a satisfação profissional, Gomes et al., (2009) referem que é evidente a tendência para a satisfação e a QV profissional diminuírem à medida que os/as profissionais experimentam mais problemas relacionados com o cometer

erros, o excesso de trabalho, a instabilidade profissional e emocional e a remuneração auferida. O trabalho no contexto hospitalar envolve a execução, tanto de atividades estimulantes, quanto de procedimentos desgastantes (Gomes et al., 2009). No entanto, muitos/as auxiliares de saúde, tal como outros/as profissionais, recorrem à dupla jornada de trabalho, devido à baixa remuneração (Júnior & Ésther, 2001, citado por Silva et al., 2008). O ambiente hospitalar pode proporcionar stress nestes/as profissionais, pois é no ambiente laboral que se estabelecem as exigências de tarefas aos diversos graus de atividades a executar corretamente. (Kirchhof et al., 2009).

O estudo de Donato et al., (2015) aponta para o facto de as características individuais, como a capacidade de lidar com os problemas, e do (não) apoio familiar poderem ser determinantes na evolução do stress e ansiedade, bem como da depressão nestes/as profissionais. Para além disso, o estudo destes autores, realizado com 310 profissionais da área de enfermagem, incluindo auxiliares de ação médica e enfermeiros/as, demonstrou que as principais situações de stress relacionavam-se com vários fatores, nomeadamente: “i) problemas profissionais: tomadas de decisões erradas com consequências graves; ii) inflexibilidade (ao nível de trabalho) dos/as superiores hierárquicos/as e, por fim, iii) dificuldade em lidar com “insucessos” (Donato et al., 2015).

Os fatores como a estrutura física precária das instalações para o exercício das suas atividades, pouco reconhecimento profissional, baixa remuneração e elevada carga horária, sentimento de insegurança para a realização satisfatória de seus trabalhos, entre outros fatores, afetam também a autoestima destes/as profissionais, podendo levar à sua incapacitação “interferindo na relação do profissional com a população, levando a um prejuízo na assistência prestada, como também interferindo na QV e condições de saúde mental desses mesmos trabalhadores” (Alves et al., 2019, p. 3).

### 2.2.2. A ansiedade nos/as profissionais de saúde

A ansiedade, por seu turno, é entendida como uma emoção normal do quotidiano, muito embora possa ser avaliada como patológica quando diagnosticada por um/a profissional da psicologia/psiquiatria quando este/as percebe que tem um prejuízo significativo na vida da pessoa (Alves, 2014). Este mesmo autor salienta que a ansiedade patológica costuma ser entendida como um estado de alerta, que leva à tensão e ao gasto energético, com mudança do estado físico e psicológico, associado a uma perceção do ambiente de forma aumentada e voltada para um perigo conscientemente percebido ou não. Assim, este estado poderá resultar em sintomas desagradáveis à saúde do ser humano e, de maneira especial, nos/as profissionais de saúde que executam atividades de muita responsabilidade, dado terem a seu cargo a saúde do/a utente (Alves, 2014).

Entende-se que as condições e a organização do trabalho nas instituições hospitalares deverão melhorar, em especial junto dos/as trabalhadores/as da área da Enfermagem (enfermeiros/as, técnicos/as e auxiliares de ação médica). A presença destes sintomas de ansiedade leva a grandes dificuldades em termos de estabilidade física, emocional e laboral, sendo importante a implementação de estratégias de *coping* para lidar melhor com esta problemática. Butterfield et al., (2017) apontam já algumas soluções neste sentido, referindo que, para além do trabalho psicológico realizado por profissionais da área e respetivas terapias e técnicas para cada problemática e pessoa, outras técnicas estão a surgir nos últimos anos como complemento eficaz, tais como a prática do Yoga e Mindfulness, cada vez mais reconhecidas como intervenções eficazes, desempenhando um papel importante na luta contra a depressão e a ansiedade. Para além disso, outras condições são vistas como promotoras da diminuição de ansiedade e depressão nestes/as profissionais e contribuindo para a melhoria da estabilidade psicológica, nomeadamente a existência de suporte por parte dos/as supervisores/as, refeições regulares e exercício físico (Ryu & Kim,

2018). Maior satisfação no trabalho pode diminuir a ocorrência de stress laboral, ansiedade e depressão. Além disso, mais fins de semana livres e menos stress emocional também contribuem para a melhoria no desempenho do trabalho, QV e diminui os níveis de ansiedade e depressão (Ryu & Kim, 2018). Assim, ansiedade e depressão em contexto laboral podem ser resultado do desequilíbrio entre as exigências da atividade profissional e a capacidade do profissional lidar com a situação (estratégias de *coping*), podendo resultar em sintomas de *burnout* (Kirchhof et al., 2009).

Ainda em relação às condições de trabalho promotoras de ansiedade e stress, Wisniewski et al., (2015) referem que as unidades hospitalares, nomeadamente de cuidados continuados e paliativos, representam um ambiente particularmente stressante para o/a profissional de saúde, devido à sobrecarga de trabalho, em particular nas urgências, e aos turnos rotativos, sendo que o estado grave dos/as seus/suas utentes e a constante e natural preocupação das famílias poderão afetá-los/as emocionalmente, o que pode acarretar consequências no desempenho profissional: diminuição da qualidade do serviço prestado ao/à utente e aumento da sintomatologia ansiosa e depressiva. Neste mesmo estudo internacional verificou-se que entre os/as 117 profissionais de saúde (incluindo auxiliares de ação médica), 14.6% a 20% apresentavam sintomas de ansiedade e 4 a 7% apresentavam sintomatologia depressiva.

Segundo Cruz et al., (2019), os profissionais de saúde apresentam níveis elevados de depressão e ansiedade, mas a maior incidência recai nos sintomas de ansiedade (34.9%). Neste mesmo estudo, verificou-se que 55.7% dos profissionais apresentaram níveis médios de exaustão emocional, exaustão essa que leva a prevalência de existência de elevados níveis de ansiedade. A exaustão emocional aumenta o risco de constituir um provável caso psiquiátrico entre os/as profissionais de saúde. Também é reportado que os problemas de saúde física e mental interferem, de maneira negativa, em domínios da QV destes/as

profissionais, afetando a qualidade da assistência recebida pelos/as utentes (Rios et al., 2010), causando, conseqüentemente, baixa autoestima ou sentimentos de culpa (Cruz et al., 2019). Os problemas mais reportados por alguns deles têm sido problemas crónicos nos pés, dor na coluna e sintomatologia depressiva. Estas queixas estão associadas às atividades de prestação de serviços, na medida em que são passadas muitas horas em pé (necessidade de movimentação constante, apoio às camas, períodos de pausa curtos); estas dores dificultam a mobilidade e a marcha. Em termos psicológicos, a sintomatologia depressiva afeta a estabilidade emocional deles(as), e, somado ao stress vivenciado no trabalho, tal acarreta prejuízos à saúde física e psíquica, aumentando o absentismo e diminuindo a qualidade da assistência prestada, podendo aumentar a rotatividade nos setores (Rios et al., 2010).

### **2.3.Fatores de risco associados à sintomatologia depressiva e ansiosa nos/nas profissionais de saúde/auxiliares de ação médica**

De acordo com Maharaj et al., (2019), os/as profissionais de saúde têm um papel de relevância no sistema de saúde, sendo que o atendimento ao/à utente depende da capacidade de trabalhar de forma profissional e oferecer os melhores cuidados possíveis. Estes autores referem ainda que cada vez mais é reconhecido que os/as profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros/as, médicos/as e técnicos/as auxiliares de ação médica são afetados/as por sintomas de stress, depressão e ansiedade. Estes podem não ser passíveis de ser evitados na sua totalidade, mas compreender a sua prevalência no local de trabalho é consideravelmente importante para que se proporcione um ambiente saudável e seguro e se garanta o bem-estar pessoal. Esta maior compreensão terá outras conseqüências positivas, nomeadamente na qualidade da prestação de serviços dada aos utentes. De facto, compreender e identificar as problemáticas é uma forma de minimizar os fatores de risco (Maharaj et al., 2019).

Vários são os stressores relacionados com o trabalho e a organização do mesmo desta classe profissional: toda a gestão do horário (turnos, tanto diurnos como noturnos, com longas horas de trabalho, pausas curtas), o atendimento às necessidades diversas dos utentes e a falta de apoio profissional são alguns deles (Maharaj et al., 2019; Santana et al., 2014). A responsabilidade e a ocupação laboral exigente, causadoras de um estado de tensão constante enfrentada pelos/as profissionais de saúde, podem ter um impacto negativo na sua saúde mental e qualidade de vida (QV) (Gong et al., 2014; Maharaj et al., 2019; Wisniewski et al., 2015) que se poderá repercutir na qualidade do seu desempenho profissional, tendo um efeito negativo considerável na qualidade dos cuidados prestados aos/às utentes (impactando inevitável e negativamente a saúde dos/as utentes). Não é de estranhar que a Administração e Coordenadores do trabalho dos/as profissionais de saúde se tenham vindo a interessar cada vez mais pelo seu estado psicológico, uma vez que este influencia a produtividade, a qualidade e a evolução positiva do serviço (Carvalho & Sousa, 2011).

De acordo com Maharaj et al., (2019), o nível de stress entre os/as enfermeiros/as e técnicos/as auxiliares de ação médica geralmente pode variar de um nível moderado a alto e as taxas de prevalência apresentadas variam entre aproximadamente 40-90%.

Através da revisão da literatura, percebe-se que é de grande relevância perceber que fatores de risco estão associados à depressão e ansiedade, já que esta compreensão permitirá perceber de que forma os próprios indivíduos e as próprias instituições podem lidar e mitigar estas problemáticas. Assim, é importante a aposta no desenvolvimento de mais estudos acerca deste tema (Tsaras et al., 2018).

## **2.4. Qualidade de vida nos/as profissionais de saúde**

A definição de QV ainda hoje não é consensual e é um tema complexo (Santana et al., 2014). O grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) defende a QV como um conceito que abrange vários fatores, tais como: a saúde do indivíduo, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e o meio onde se insere (Group, 1998). A expressão QV é empregada em várias áreas da sociedade (grupos sociais, áreas profissionais...) e abrange aspetos subjetivos e objetivos, denotando a necessidade do ser humano atingir um equilíbrio interno e externo (Rios et al., 2010). Estes autores apontam os turnos e a mudança de horários de trabalho constantes como fatores promotores da alteração da QV; para além disso, o facto de interagirem, a maior parte do seu tempo, com pessoas a necessitar de cuidados de saúde específicos por longos períodos de tempo também contribui para tal (Martins, 2003; Rios et al., 2010). A definição de QV no trabalho (QVT) destaca o bem-estar na sua condição completa, ou seja, nas ligações que o profissional tem com o ambiente e as pessoas com quem convive (Carvalho, 2020). Este mesmo estudo recente explica que os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros/as e auxiliares de ação médica, “atuam há muito tempo em condições julgadas como menos apropriadas, ambientes mais precários, e alguns casos com desvalorização profissional pela sociedade e por colegas de profissão, baixa renumeração e carga horária excessiva, afetando o enfermeiro de forma física e psíquica, refletindo-se no valor dado à assistência prestada ao utente” (Carvalho, 2020, p. 39).

A atividade laboral hospitalar desempenhada por profissionais de saúde, incluindo os/as auxiliares de ação médica, é caracterizada por excessiva carga de trabalho, contacto com situações de limite, alto nível de tensão e de riscos para si e para outros (Paschoalini et al., 2008), impactando tanto a nível da vida pessoal como profissional. Estes dados são prevalentes nos estudos existentes, pois todos afirmam que estes fatores de risco são dos

mais comuns e principais a causar maiores níveis de sintomas de ansiedade e depressão. Um estudo internacional aponta que o aumento diário do número de pacientes atendidos no serviço de emergência está relacionado à maior presença de sintomas depressivos manifestados pelos profissionais, pois a exigência e rápida resposta são colocadas à prova e a saúde e bem-estar de um sujeito é a prioridade desta profissão (Santana et al., 2014).

O ambiente hospitalar, ou qualquer que seja a área de saúde em que se trabalha com um aglomerado de pessoas e pacientes, é um lugar que expõe os trabalhadores a uma gama de riscos ocupacionais. Profissionais da área da enfermagem e seus colaboradores diretos (auxiliares de ação médica) estão a ser a classe mais afetada, tornando-a mais propensa a doenças específicas, causadas por fatores físicos, químicos, biológicos, mecânicos e psicossociais; acresce ainda o facto de trabalharem com o processo de hierarquização onde há pouca autonomia. Carvalho (2020) realça que o primeiro passo para elaborar medidas que venham prevenir, amenizar e se possível eliminar os riscos, é conhecê-los.

Conforme referido no estudo de Schmidt e Dantas (2006), a diminuição da QV nos profissionais de saúde também pode vir a causar consequências laborais como o prejuízo na qualidade de tarefas, maior número de acidentes de trabalho, desinteresse no desenvolvimento profissional e apatia. O impacto negativo na saúde física e mental deve-se também à falta de atenção e tempo para assuntos relacionados à atuação deste profissional, como indivíduo inserido no meio social. Desta forma, os cuidados são necessários a fim de se evitar, por exemplo, a baixa produtividade e/ou doenças crónicas cujas consequências podem prejudicar a QV destes profissionais (Carvalho & Souza, 2011).

Existem alguns indicadores de satisfação para os trabalhadores e que englobam as seguintes componentes do trabalho: “autonomia, interação, valorização profissional,

normas organizacionais e remuneração” (Schmidt & Dantas, 2006, p. 55). Desta forma, e segundo os autores anteriormente mencionados, quanto maior for o bem-estar, estabilidade emocional e satisfação profissional, maior é a percepção de qualidade de vida nos/as auxiliares de ação médica e conseqüentemente a motivação aumenta proporcionando uma realização de prestação de serviços adequada.

O entendimento deste tema é de fundamental importância para os profissionais de saúde, nomeadamente para os/as auxiliares de ação médica, uma vez que bem-estar e QV no trabalho são fatores que influenciam a qualidade final da assistência ao doente (Schmidt & Dantas, 2006).

### **2.5. Impacto da sintomatologia depressiva e ansiosa na prestação de serviços/cuidados aos utentes**

No contexto da prestação de cuidados de saúde, os/as auxiliares de ação médica assumem um papel preponderante, dado que estão em contacto direto com os utentes, por isso, parece-nos essencial perceber em que condições físicas e mentais estes facultam cuidados aos utentes e de que forma estas condições impactam a qualidade desses cuidados.

Após a revisão da literatura na área, autores como Coronetti et al., (2006) verificaram que os/as auxiliares de ação médica, que atuam em unidades de cuidados intensivos (UCIs), consideram como principais fatores de stress as limitações das condições de trabalho, nomeadamente o trabalho por turnos e o número de horas de trabalho, bem como as dificuldades no relacionamento interpessoal. Uma possível explicação para isto passa pela escassa comunicação entre os diferentes elementos das equipas multidisciplinares (e.g., nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas,

farmacêuticos e médicos), marcada por dificuldades de atuação em grupo, devido ao desconhecimento do papel dos colegas.

Os/As auxiliares de ação médica, tal como outros profissionais de saúde, também estão sujeitos a um trabalho em horário rotativo/por turnos que se assume como a maior reclamação no sector da saúde, uma vez que esta situação traz consequências negativas para a vida pessoal, profissional e familiar (Oliveira et al., 2015). Assim, a nível profissional, o cansaço que a situação acarreta pode interferir na prática laboral. Tepas et al., (2004) sugerem que trabalhar durante a noite e, de uma forma geral, por turnos, pode estar associado a resultados negativos para os trabalhadores, seus familiares e instituições para quem trabalham, pois o cansaço torna-se visível e os níveis de produtividade são menores, embora os resultados dos estudos empíricos não sejam sempre consistentes. Tem sido apontado que alguns dos riscos associados ao trabalho noturno podem ter maior impacto nas mulheres, particularmente nas que têm crianças em casa, devido ao facto de terem a seu cargo algumas tarefas domésticas e o papel materno a desempenhar, dificultando a gestão dos dois polos da sua vida (Tepas et al., 2004). A rotatividade de horários, e conseqüente instabilidade física e emocional, o comprometimento que estes profissionais devem ter sobre a segurança do utente podem torná-los mais vulneráveis à ocorrência de incidentes, falhas no cuidado ao outro e no trabalho a realizar no geral (Rodrigues et al., 2017).

Todos os fatores referidos vão-se agravando ao longo do tempo, causando sintomatologia depressiva e ansiosa nos/nas auxiliares de ação médica (Cruz et al., 2019), acabando por provocar uma perceção negativa sobre a sua QV e afetando a qualidade da prestação de cuidados e serviços aos utentes, na medida em que a motivação tem tendência

a diminuir, assim como a produtividade, podendo ocorrer alguns erros e lapsos nas tarefas a desempenhar (Rios et al., 2010)<sup>2</sup>.

### **3. Estudo empírico**

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

Da revisão da literatura, percebeu-se que os/as profissionais de saúde, nomeadamente os/as auxiliares de ação médica apresentam frequentemente níveis elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa, muito embora se assista a uma maior frequência e severidade dos sintomas de ansiedade (Cruz et al., 2019). Além disso, os estudos empíricos demonstram que os problemas de saúde física e mental destes/as profissionais interferem de maneira negativa em todos ou quase todos os domínios da sua QV, podendo impactar também a qualidade da prestação de cuidados ao/à utente (Cruz et al., 2019; Rios et al., 2010; Rodrigues et al., 2017).

Assim, o presente estudo teve como objetivo primordial descrever os níveis de severidade de sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como a qualidade de vida dos/as auxiliares de ação médica que se encontram a desempenhar funções numa instituição prestadora cuidados de saúde física ou mental.

Paralelamente a este objetivo geral, teve como finalidade analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas (idade e habilitações literárias), a história médica (existência de doença física e/ou mental diagnosticada) e outras demais relacionadas com a profissão (anos de serviço, número de horas de trabalho semanal, turnos e atividades

---

<sup>2</sup> Pese embora se tenha investigado na literatura quais as falhas detetadas, não se encontraram referências concretas. Porém, da prática levada a cabo em contexto hospitalar, ouviam-se relatos de situações de troca de processos, esquecimento ou atrasos nas medicações e/ou nos cuidados de higiene.

desempenhadas) e estas três dimensões – ansiedade, depressão e qualidade de vida. Destes objetivos decorrem as seguintes questões de investigação:

1. Qual a prevalência e o nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa nos/as auxiliares da ação médica?
2. Qual o nível de qualidade de vida dos/as auxiliares da ação médica?
3. Será que o nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa está associado à qualidade de vida dos/as auxiliares da ação médica?
4. Será que as variáveis sociodemográficas (idade e habilitações literárias) estão associadas ao nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e à qualidade de vida dos/as auxiliares da ação médica?
5. Será que a existência de doença física e/ou mental diagnosticada está associada ao nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e à qualidade de vida dos/as auxiliares da ação médica?
6. Será que as variáveis relacionadas com a profissão (anos de serviço, número de horas de trabalho semanal, turnos e atividades desempenhadas) estão associadas ao nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e à qualidade de vida dos/as auxiliares da ação médica?

## **3.2. Método**

### **3.2.1. Participantes**

Os/As participantes deste estudo foram auxiliares de ação médica que prestavam cuidados a utentes num Hospital da Santa Casa da Misericórdia do norte do país e respetivos Estabelecimentos Residenciais para Idosos/as (ERPI) e que aceitaram participar voluntariamente no estudo. Deste modo, o único critério de exclusão relativamente aos/às participantes do estudo passou por não incluir assistentes operacionais que não tivessem

como função o auxílio direto de cuidados de saúde aos/às utentes, não desempenhando funções específicas de auxiliar de ação médica.

Assim, participaram, neste estudo, um total de 58 auxiliares de ação médica, maioritariamente do sexo feminino ( $n=54$ ; 93.1%), com idades compreendidas entre os 19 e os 60 anos de idade ( $M= 43.51$ ;  $DP=10.45$ ). A maioria dos/as participantes tinha como habilitações literárias o 3º ciclo ( $n=23$ ; 39.7%), sendo a maior parte casada ( $n=37$ ; 63.8%). Cerca de 43.1% vivia com duas pessoas na sua habitação ( $n=25$ ) e 37.9% tinha um filho ( $n=22$ ).

Quanto ao percurso profissional dos/as participantes, em termos de anos de trabalho, a média situa-se nos 12.81 anos ( $DP=6.87$ ), a média de anos de trabalho naquela instituição é de 12.59 ( $DP=7.07$ ) e a média de horas de trabalho por semana é de 39.64 ( $DP=2.69$ ). Relativamente aos turnos, 51 (87.9%) participantes afirmaram trabalhar por turnos, em média há 11.98 anos ( $DP=6.51$ ). Do total, 23 (40.4%) participantes relataram ter algum problema de saúde física e/ou mental e 34 (59.6%) referiram não ter qualquer problema de saúde. A maior prevalência em termos de doenças recaí sobre a ansiedade ( $n=11$ ) com a percentagem de 45.8% e, de seguida, sobre “outras doenças” ( $n=6$ ; 25%). De ressaltar que as doenças específicas reportadas pelos/as participantes foram o colesterol ( $n=3$ ; 12.5%) e doenças cardiovasculares ( $n=1$ ; 4.2%).

Tabela 1- Caracterização dos participantes

Participantes (N=58)	Sexo		Idade			Presença de doença				Trabalho (anos)				
	Masc.		Fem.		m/M	M	DP	Sim		Não		m/M	M	DP
	n	%	n	%				n	%	n	%			
	4	6.9	54	93.1	19-60	43.51	10.45	23	40.4	34	59.6	1-31	12.81	6.87

### 3.2.2. Instrumentos

#### 3.2.2.1. Questionário sociodemográfico

Foi construído um questionário com o objetivo de recolher os dados sociodemográficos, tais como a data de nascimento, idade, género, habilitações literárias, estado civil e constituição do agregado familiar. Para além disso, foram incluídas variáveis relacionadas com percurso profissional, nomeadamente anos de serviço, atividades desempenhadas na instituição, número de horas de trabalho semanal e turnos. Por fim, este questionário é ainda composto por variáveis relacionadas com a saúde /as auxiliares de ação médica, designadamente possível existência ou não de problemas de saúde física e mental (Anexo 3).

#### 3.2.2.2. Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)

Este questionário é constituído por 9 questões simples acerca do estado de saúde psicológica, nomeadamente de humor do indivíduo, permitindo avaliar a severidade da sintomatologia depressiva de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; APA, 2000).

Desses 9 itens, 8 avaliam a frequência dos sintomas depressivos e 1 avalia em específico a presença e frequência de ideação suicida. Cada item é pontuado numa escala de Likert de 0 (nunca) a 3 (quase todos os dias). Desta forma, o valor total pode variar entre 0 e 27, sendo que uma pontuação entre 0 e 4 representa “sintomatologia subclínica”, entre 5 e 9 representa “sintomatologia ligeira”, entre 10 e 14 representa “sintomatologia moderada”, entre 15 e 19 representa “sintomatologia moderada a severa” e, por fim a pontuação maior que 20 representa “sintomatologia severa”. Foi recentemente conduzido um estudo para validação deste questionário em dois contextos de saúde portugueses – cuidados de saúde primários e clínica universitária (Ferreira et al., 2019). O instrumento

demonstrou, nestes estudos, boas qualidades psicométricas, semelhantes às do estudo original e às de outros países. (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001).

### 3.2.2.3. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)

A escala *Generalized Anxiety Disorder 7-item* (GAD-7) avalia a sintomatologia ansiosa de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000).

O instrumento é então constituído por 7 itens avaliados numa escala de 0 (nunca) a 3 (quase todos os dias). O valor global pode variar entre 0 e 21, sendo que uma pontuação entre 0 e 4 indica a “ausência de sintomatologia”, entre 5 e 9 “sintomatologia ligeira”, entre 10 e 14 “sintomatologia moderada” e entre 15 e 21 “sintomatologia severa”. Sousa et al. (2011) procederam à validação deste instrumento para a população portuguesa e concluíram que este apresenta excelentes qualidades psicométricas, constituindo uma boa ferramenta de rastreio e avaliação da ansiedade para os profissionais da área clínica” (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006).

### 3.2.2.4. World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL-BREF)

A WHOQOL-Bref é um instrumento desenvolvido pela OMS para avaliar a QV de forma semelhante entre diferentes culturas. Assim, tem em conta a cultura e o sistema de valores do indivíduo, bem como os seus objetivos, as suas metas e preocupações.

Este é um questionário de autorrelato, composto por 26 itens que avaliam 4 domínios distintos, porém que se completam, tais como o domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada um destes domínios é composto por especificidades da QV que sumariam o domínio particular de QV em que se inserem. Dado que o instrumento, para esta dimensão, tem um total de 7 itens e que cada um deles pode ser cotado, no máximo, com o valor de 5, a satisfação total nesta dimensão pode atingir o valor de 35. Quanto à dimensão psicológica, esta tem um total de 6 itens, podendo a avaliação da

satisfação atingir o nível 30; a dimensão das relações sociais tem um total de 3 itens, podendo a satisfação máxima nesse ponto atingir os 15 pontos e, finalmente, a dimensão relativa ao ambiente tem um total de 8 itens, podendo a satisfação máxima atingir os 40. Esta medida possibilita, ainda, o cálculo de um indicador global (Vaz Serra et al., 2006).

### **3.2.2. Procedimentos**

Antes de iniciar a recolha de dados junto dos/as auxiliares de ação médica, foram desenvolvidos um consentimento informado e um documento com a descrição do estudo para serem entregues a cada participante. De referir que o presente estudo foi submetido à Comissão de Ética do ISMAI e foi elaborado um pedido formal de autorização de realização do estudo à administração do hospital, ao qual foi dado o parecer positivo, por parte do Provedor.

#### **3.2.3.1. Procedimentos de recolha de dados**

Relativamente à recolha dos dados, é de realçar que o consentimento informado, o documento com a descrição do estudo e os questionários foram colocados em envelopes individuais para serem distribuídos pelos responsáveis de cada serviço do hospital, junto dos/as auxiliares de ação médica. O/A coordenador/a de cada serviço do hospital entregou-os aos/às auxiliares de ação médica, conforme os seus horários de trabalho. A investigadora responsável pelo estudo forneceu uma breve explicação acerca do estudo aos/às responsáveis de cada serviço, pedindo que estes/as, aquando da entrega dos envelopes, transmitissem essa mesma informação, indicando que no envelope constava também a descrição exhaustiva da investigação para que os/as participantes ficassem totalmente esclarecidos/as. O envolvimento dos/as coordenadores/as de serviço deveu-se ao facto de a amostra ser relativamente grande e a maioria das pessoas trabalhar por turnos, o que

dificultava o acesso às mesmas. Desta forma, o/a coordenador de cada serviço ficou então encarregue de entregar e receber os envelopes com os questionários, devidamente selados. De salientar que foi deixado o contacto da investigadora para esclarecimento de qualquer dúvida que existisse por parte dos/as participantes no preenchimento dos questionários.

Para além disso, foram elaborados panfletos de sensibilização para as questões da depressão e da ansiedade com informações pertinentes e esclarecedoras sobre os temas e sobre a ajuda especializada a que podem recorrer em caso de necessidade (Anexo 2). Porém, devido à pandemia COVID-19 os panfletos não chegaram a ser distribuídos, como estava previsto.

Foi dado um período de aproximadamente duas semanas para os participantes responderem e entregarem os questionários. A recolha dos dados foi iniciada no final do mês de fevereiro e finalizada no início do mês de março de 2020.

#### 3.2.3.2. Procedimentos de análise de dados

Para efetuar a análise estatística, recorreu-se ao *IBM SPSS Statistics* - versão 25. Recorremos a estatística descritiva, mais precisamente a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) para caracterizar os/as participantes, bem como a sintomatologia depressiva, ansiosa e qualidade de vida.

Considerando o  $N$  da amostra e o facto de os testes paramétricos e não-paramétricos produzirem os mesmos resultados (Martins, 2011) optou-se por apresentar os resultados provenientes da aplicação de testes paramétricos. Assim, recorreu-se ao *Teste  $T$  de Student* para testar diferenças entre grupos e *Coefficiente de Correlação de Pearson* para analisar as associações entre variáveis intervalares e o *Coefficiente de Correlação de Spearman* para variáveis ordinais.

### 3.3. Resultados

Nos próximos parágrafos, procede-se à descrição dos resultados, de acordo com as questões de investigação previamente delineadas.

#### 3.3.1- Caracterização da sintomatologia depressiva e ansiosa nos/as auxiliares de ação médica

Em relação ao nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa nos/as auxiliares da ação médica, verificou-se que a maioria apresenta sintomas de ansiedade ( $M=5.48$ ;  $DP=4.72$ ;  $Mín/Máx=0-17$ ) e depressão ( $M=5.95$ ;  $DP=4.83$ ;  $Mín/Máx=0-18$ ).

De facto, 51.8% ( $n=30$ ) apresenta sintomatologia ansiosa, embora com severidades diferentes. Assim, 19 (32.8%) apresenta sintomatologia ligeira, 8 (13.8%) moderada e 3 (5.2%) severa. Quanto à sintomatologia depressiva, o panorama não difere muito, sendo que 53.4% ( $n=31$ ) dos/as participantes apresenta sintomatologia depressiva. Assim, 17 sujeitos (29.3%) apresentam sintomatologia ligeira, 13 (22.4%) moderada e 1 (1.7%) moderadamente severa.

Tabela 2 – Dados dos níveis de severidade da sintomatologia ansiosa e depressiva

		<i>n</i>	%
Ansiedade (GAD7)	Ausência de sintomatologia	28	48.3
	Sintomatologia ligeira	19	32.8
	Sintomatologia moderada	8	13.8
	Sintomatologia severa	3	5.2
	Total	58	100.0
Depressão (PHQ9)	Sintomatologia subclínica	27	46.6
	Sintomatologia ligeira	17	29.3
	Sintomatologia moderada	13	22.4
	Sintomatologia moderadamente severa	1	1.7
	Total	58	100.0

### 3.3.2. Caracterização da percepção da qualidade de vida dos/das auxiliares da ação médica.

Os dados relativos à percepção geral demonstram níveis de satisfação bastante elevados ( $M=7.60$ ;  $DP= 1.40$ ) estando acima do valor total possível (10). O domínio físico da QV demonstra níveis de satisfação bastante elevados ( $M=26.7$ ;  $DP=4.52$ ), estando próximo do valor total possível (35). Os dados respeitantes ao domínio psicológico indicam também níveis de satisfação elevados por parte dos/a participantes ( $M=23.63$ ;  $DP=3.08$ ), estando igualmente próximo do valor possível (30). No que toca à avaliação das relações sociais, os dados apontam para níveis de satisfação elevados com uma média de 12.38 ( $DP=1.89$ ), estando próximo do valor máximo (15). Por último, os/as participantes mostram níveis de satisfação elevados quando avaliam o seu meio ambiente ( $M=29.40$ ;  $DP=4.08$ ), tendo em conta que o valor máximo é de 40.

Tabela 3- Dados relativos aos respetivos domínios da QV

	n	m/M	M	DP
Domínio físico da QV	56	16-35	26.70	4.52
Domínio psicológico da QV	56	17-29	23.63	3.08
Domínio das relações sociais da QV	56	3-15	12.38	1.89
Domínio meio ambiente da QV	57	21-38	29.40	4.08

### 3.3.3. Associação entre o nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e a qualidade de vida nos/nas auxiliares da ação médica.

Para perceber se a severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa está associada à percepção da QV (no geral e nos seus diferentes domínios), foram realizados testes Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

### 3.3.3.1. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida

Através da análise da tabela 4, verificamos que a sintomatologia depressiva se encontra significativamente associada à QV percebida ( $r = -.437, p = .001$ ). Assim, verifica-se que menores níveis de sintomatologia depressiva estão associados a maiores níveis de QV. Da mesma forma encontramos associações significativas entre a sintomatologia depressiva e as dimensões específicas avaliadas, a saber: i) ao domínio físico ( $r = -.508, p = .000$ ); ii) ao domínio psicológico ( $r = -.473, p = .000$ ) e iii) ao domínio do meio ambiente ( $r = -.366, p = .005$ ). Assim, quanto menor são os níveis de sintomatologia depressiva, mais satisfeitos estão os/a participantes quanto à sua QV a nível físico, psicológico e avaliando o meio em que se movem. Todavia, tal não acontece quando associamos a sintomatologia depressiva e o domínio das relações sociais ( $r = -.149, p = .274$ ), ou seja, os níveis de sintomatologia depressiva não estão associados à forma como os sujeitos avaliam a qualidade das suas relações sociais.

Tabela 4- Correlações entre valores do PHQ9 e as dimensões da percepção da QV

		n	r	p
Total PHQ9	Percepção geral da QV	58	-.437**	.001
	Domínio físico da QV	56	-.508**	.000
	Domínio psicológico da QV	56	-.473**	.000
	Domínio das relações sociais da QV	56	-.149	.274
	Domínio meio ambiente da QV	57	-.366**	.005

\*\* $p < .05$

### 3.3.3.2. Sintomatologia ansiosa e qualidade de vida

Os resultados obtidos a partir do Coeficiente de Correlação de *Pearson* entre a pontuação do GAD7 (ansiedade) e os diferentes domínios do WHOQOL-Bref apresentam resultados estatisticamente significativos em três das suas dimensões ( $p < 0.01$ ). Efetivamente, quando associado o score relativo aos níveis de ansiedade percebidos com

os da QV geral, verificamos que há uma correlação negativa ( $r = -.376$ ;  $p = .004$ ); neste sentido vão os demais dados: associando o score do GAD7 com o domínio físico do WHOQOL-Bref ( $r = -.564$ ;  $p = .000$ ) e com o do domínio psicológico ( $r = -.421$ ;  $p = .001$ ). As correlações com o do domínio do meio ambiente ( $r = -.216$ ;  $p = .107$ ) e com o domínio das relações sociais ( $r = .005$ ;  $p = .968$ ) não se mostram estatisticamente significativas. Desta forma, podemos inferir que quanto menor são os níveis de ansiedade, mais positiva é a percepção da QV, tanto geral, como nos seus diferentes domínios, à exceção do relativo às relações sociais e do meio ambiente.

Tabela 5 – Correlações entre os totais do GAD7 e as dimensões da percepção de QV

		n	r	p
Total GAD7	Percepção geral da QV	58	-.376**	.004
	Domínio físico da QV	56	-.564**	.000
	Domínio psicológico da QV	56	-.421**	.001
	Domínio das relações sociais da QV	56	.968	.005
	Domínio meio ambiente da QV	57	-.216	.107

\*\* $p < .05$

### 3.3.4. Associação entre as variáveis sociodemográficas e o nível da sintomatologia depressiva e ansiosa, e a qualidade de vida nos/nas auxiliares de ação médica.

As análises que se seguem procuraram verificar qual a relação entre a idade e as habilitações literárias dos/as participantes no estudo e o nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e qualidade de vida.

#### 3.3.4.1. Idade e sintomatologia depressiva e ansiosa

Através dos resultados obtidos, verificamos que a idade não se encontra associada de forma significativa à sintomatologia ansiosa ( $r = -.166$ ;  $p = .226$ ). Não obstante, verifica-se que se correlaciona de forma marginal com a sintomatologia depressiva ( $r = -.271$ ,  $p = .046$ ), indicando pessoas mais novas tendem a apresentar mais sintomatologia depressiva.

### **3.3.4.2. Idade e qualidade de vida**

Quando averiguadas as associações entre os resultados nos diferentes domínios da qualidade de vida e a idade, verificamos a ausência de associações estatisticamente significativas: qualidade de vida global ( $r = 0.43$   $p = .753$ ); domínio físico ( $r = -.147$   $p = .295$ ); domínio psicológico  $r = .030$   $p = .829$ ); domínio das relações sociais ( $r = -0.98$   $p = .484$ ); e, por fim, domínio do meio ambiente ( $r = -.114$ ,  $p = .408$ ).

### **3.3.5. Habilitações literárias e sintomatologia ansiosa e depressiva**

Os dados apontam para ausência de associações estatisticamente significativas entre a variável “habilitações literárias” e os valores globais de ansiedade ( $r_s = .092$ ;  $p = .493$ ) e depressão ( $r_s = -.049$ ;  $p = .714$ ).

### **3.3.6. Habilitações literárias e qualidade de vida**

Da mesma forma, os dados apontam para ausência de significância da associação entre a variável “habilitações literárias” e QV (tanto a nível geral como nos seus diferentes domínios) na perceção geral da QV; ( $r_s = -.035$ )  $p = .795$  no domínio físico; ( $r_s = .101$ )  $p = .461$  no domínio psicológico; ( $r_s = .157$ )  $p = .249$  no domínio de relações sociais ( $r_s = .061$ ,  $p = .655$ ) e por fim, relativamente ao domínio do meio ambiente o ( $r_s = .043$ ),  $p = .749$ ).

### **3.3.7. Associação entre (in)existência de doença física e/ou mental e o nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e a qualidade de vida nos/nas auxiliares da ação médica.**

Foi realizado um teste de diferenças para perceber se o grupo de pessoas com doença física e/ou mental se diferenciam das pessoas sem qualquer doença ao nível da severidade

da sintomatologia depressiva e ansiosa e da qualidade de vida, utilizando-se para tal o Teste *T* de *Student* para amostras independentes.

Os dados revelaram a inexistência de diferenças ao nível da sintomatologia ansiosa e da sintomatologia depressiva entre os dois grupos.

Tabela 6 – Diferença nos resultados da ansiedade e depressão entre os grupos (com ou sem doença física e mental)

	Tem doença mental ou física		Não tem doença mental ou física		<i>t</i>
	n	<i>Média (DP)</i>	n	<i>Média (DP)</i>	
Resultados GAD7	23	2(.905)	34	1.62(.853)	t(55)=1.620
Resultados PHQ9	23	1.91(.793)	34	1.74(.898)	t(55)=.768

Para além disso, verificou-se que há diferenças significativas entre os dois grupos ao nível do grau de perceção da QV. De facto, os dados apontam para a tendência de que os sujeitos portadores de doença avaliam mais negativamente a sua QV, tanto a nível geral ( $t(55) = -3.002$ ;  $p = .004$ ), como nos diferentes domínios; a saber: domínio físico ( $t(53) = -3.945$ ;  $p = .000$ ), o domínio psicológico ( $t(53) = -2.601$ ;  $p = .012$ ), o das relações sociais ( $t(53) = -2.538$ ;  $p = .014$ ) e do meio ambiente ( $t(54) = -3.509$ ;  $p = .001$ ).

Tabela 7 – Resultados das dimensões da QV entre grupos (com ou sem doença física e mental)

	Tem doença mental ou física		Não tem doença mental ou física		<i>t</i>
	n	<i>Média (DP)</i>	n	<i>Média (DP)</i>	
Perceção geral da QV	23	7 (1,44)	34	8,06 (1,20)	t(55)= -3,002*
Domínio físico da QV	22	24,09 (3,87)	33	28,48 (4,15)	t(53)= -3,945*
Domínio psicológico da QV	22	22,32 (2,60)	33	24,42 (3,14)	t(53)= -2,601**
Domínio das relações sociais da QV	21	11,57 (2,39)	34	12,85 (1,35)	t(53)= -2,95**
Domínio do meio ambiente da QV	22	27,32 (3,40)	34	30,88 (3,89)	t(54)= -3,509*

\* $p < .01$

\*\* $p < .05$

### **3.3.8. Associação entre as variáveis relacionadas com a profissão e o nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e a qualidade de vida nos/nas auxiliares da ação médica.**

As variáveis “número de horas de trabalho semanal”, “turnos” e “atividades desempenhadas”, avaliadas no início do estudo como pertinentes no sentido de perceber o seu impacto na sintomatologia depressiva e ansiosa e qualidade de vida, revelaram-se pouco informativas uma vez que se verificou a inexistência de variabilidade entre os/as participantes. De facto, todos/as trabalhavam o mesmo número de horas, todos/as trabalhavam por turnos e todos/as desempenhavam as mesmas tarefas. Desta forma, estas não foram tidas em conta nestas análises. Porém, a variável “anos de serviço” foi correlacionada com i) o nível de severidade da sintomatologia depressiva; ii) o nível de severidade da sintomatologia ansiosa e iii) a perceção da QV.

Verificou-se a inexistência de associações significativas desta variável com os resultados ao nível da sintomatologia ansiosa ( $r = -.155, p = .245$ ), da sintomatologia depressiva ( $r = -.026, p = .848$ ) e qualidade de vida (qualidade de vida geral: ( $r = .121, p = .366$ ); domínio físico, ( $r = -.014, p = .917$ ); domínio psicológico, ( $r = .035, p = .800$ ); domínio das relações sociais; ( $r = -.010, p = .940$ ); e do meio ambiente; ( $r = .073, p = .591$ ).

## **3.4. Discussão**

No que concerne a este estudo exploratório, o seu objetivo primordial passou por descrever os níveis de severidade de sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como a perceção da qualidade de vida de auxiliares ação médica que se encontravam a desempenhar funções numa instituição que presta cuidados de saúde. Em paralelo a este objetivo, pretendeu-se averiguar o impacto de variáveis sociodemográficas (idade e

habilitações literárias), da história médica (existência de doença física e/ou mental diagnosticada) e outras demais relacionadas com a sua profissão (anos de serviço, número de horas de trabalho semanal, turnos e atividades desempenhadas) nestas dimensões – ansiedade, depressão e qualidade de vida. É de destacar que conforme detalhado na apresentação dos resultados, as médias totais da depressão ( $M= 5.95$ ) e da ansiedade ( $M=5.48$ ) são baixas, porém a maioria dos participantes situa-se a um nível de sintomatologia ligeira a moderada, o que reporta a necessidade de uma intervenção precoce para ajudar a prevenir níveis elevados destas problemáticas em questão.

A existência de consequências negativas do trabalho destes/as profissionais sobressai-se essencialmente ao nível de maiores níveis de ansiedade e depressão, dado que a partir dos resultados obtidos neste estudo, os/as participantes revelaram maioritariamente sintomas de ansiedade (51.8%) e depressão (53.4%). Este resultado está em consonância com os dados de outros estudos que demonstram a existência de elevados níveis de ansiedade e depressão nos/auxiliares de ação médica, tal como se verificou num estudo realizado por Gomes e Oliveira (2013), no Brasil, que refere que 18% dos 39 participantes apresentavam depressão e 13% ansiedade (Cruz et al., 2019; Maharaj et al., 2019; Rodrigues et al., 2017; Sampaio et al., 2020). Os níveis de ansiedade, pese embora tal não tenha sido confirmado no estudo, podem estar relacionados também com o baixo salário auferido que, de acordo com a literatura (Alves et al., 2019; Carvalho, 2020) tem impacto significativo na vida destes profissionais, podendo levá-los a avaliar menos positivamente a sua QV, por não conseguirem atingir um patamar de conforto material desejado.

Este resultado pode dever-se a vários fatores, de entre os quais a elevada responsabilidade social e laboral que acompanha estes/as profissionais. De facto, a parca literatura existente indica que estes/as profissionais de saúde têm o seu trabalho associado ao ato de cuidar, curar e produzir bem-estar. Estas tarefas assumem-se como um cargo de

importância, tendo em conta o carácter humanizado que o cuidado hospitalar tem de ter. Cuidar do outro e proporcionar-lhe bem-estar acaba por, para muitos/as profissionais, ser uma missão, um compromisso com o/a paciente e a sua família. Porém, por detrás do/a profissional está o ser humano que, muitas vezes, no exercício da prática real, vê-se confrontado com limitações e desafios diários, questões e problemas pessoais e profissionais diversos, que podem gerar ansiedade e/ou depressão e ter um impacto negativo na prestação de cuidados (Gomes & Oliveira, 2013). Para além disso, a prática profissional destes/as auxiliares de ação médica implica um desgaste físico relevante e reportado nalguns estudos (Maharaj et al., 2019; Rios et al., 2010; Rodrigues et al., 2017) nomeadamente muitas horas de pé, provocando dores crónicas a esse nível e dificuldades de mobilidade e de marcha; a necessidade de levantar peso, desencadeando, inclusivamente problemas de coluna. Psicológica e emocionalmente, o desgaste também é referenciado nalguns estudos, (e.g, Rios et al., 2010) apontando sintomas depressivos, que se correlacionam com as atividades de prestação de serviços. De facto, esta condição é apontada como interferindo, por vezes, na prestação de serviços com qualidade e nos níveis de motivação para o desenvolvimento da prática profissional. A acrescer a uma eventual desmotivação e surgimento de problemas de foro psicológico (ansiedade e depressão verificadas neste estudo), está o facto de estes/as profissionais terem uma remuneração que possam considerar pouco satisfatória e desvalorizadora da própria profissão (Alves et. al, 2019; Carvalho, 2020; Maharaj et al., 2019).

Relativamente à questão de investigação (Qual o nível de perceção da qualidade de vida dos/das auxiliares da ação médica?) nos diferentes domínios da QV, os/as participantes apresentaram níveis de satisfação bastante elevados: físico (M=26.70), psicológico (M=23.73), relações sociais (M=12.38) e meio ambiente (M=29.40) a perceção da QV no geral apresenta-se com (M= 7.60). Estes resultados não vão ao encontro da

literatura existente (Gong et al., 2014). Desta forma, procuramos refletir sobre esta questão, procurando entender o que poderia justificá-la. Assim, consideramos que vários poderão ser os fatores que podem estar a contribuir para o facto de os valores de QV serem elevados. Um deles poderá ser o receio de apresentar, para a equipa de investigação e administração do hospital que teria acesso aos resultados do estudo, uma avaliação global da sua QV pouco positiva. A perceção de estes dados serem mal interpretados ou recebidos poderá ter condicionado o tipo de resposta aos questionários, não se sentindo assim confortáveis para partilhar uma resposta mais real dos factos. Este receio pode apoiar-se na crença de que à instituição e às condições de trabalho oferecidas poderiam ser atribuídos eventuais níveis de insatisfação da QV, ou ainda o facto destes profissionais poderem não sentir apoio social e profissional suficiente para se sentirem confortáveis na partilha desta questão em específico. Também o facto de grande parte dos participantes apresentarem sintomas depressivos e ansiosos ligeiros a moderados e grande parte não apresentar doenças físicas/mentais associadas, leva a crer que estas condições possam condicionar a avaliação feita à QV, favorecendo-a.

Outro fator que apontamos, numa tentativa de compreender a situação, prende-se com a faixa etária dos participantes e respetivo número de participantes. Efetivamente, no presente estudo, a amostra é reduzida ( $N=58$ ) e a média de idade ronda os 44 anos. Este último aspeto permite compreender um pouco melhor este resultado, pois é um grupo de trabalhadores ainda jovem, mas cuja vida pode ser percebida com qualidade por ter alguma estabilidade familiar (63.8% da amostra é casada) e profissional. Como referido, após uma revisão extensa, não encontramos estudos que fossem no sentido de corroborar os resultados do nosso estudo. Os dados, geralmente, apontam em sentido contrário. Estudos internacionais, como exemplo (Cruz et al., 2019) apresentam um número elevado de

participantes e idades diversas, proporcionando uma análise de dados mais abrangente, o que não foi possível neste estudo.

Quanto à questão de investigação “Será que o nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa está associado à qualidade de vida nos/nas auxiliares da ação médica?”, os resultados da correlação entre a depressão e a QV nos/nas auxiliares de ação médica vão ao encontro dos estudos científicos já existentes, nomeadamente nas dimensões física e psicológica, pois quanto menores são os níveis de sintomatologia depressiva, maior é o nível de satisfação global com a QV (Alves et al., 2019). Porém, avaliando o domínio do meio ambiente, já o mesmo não acontece; ou seja, os níveis de ansiedade e depressão não parecem influenciar a qualidade de vida avaliada nesta dimensão meio ambiente. Quanto à avaliação da qualidade de vida ao nível das relações sociais, esta não se encontra associada de forma significativa aos níveis de depressão ou ansiedade. Tal pode ser explicado por estes não sentirem, por parte dessas relações sociais, um *feedback* negativo para que estes possam interpretar que os seus níveis de depressão interfiram com a qualidade das suas relações sociais. O apoio social é muito importante para o bem-estar e qualidade de vida dos sujeitos e depreende-se que maiores níveis de apoio social estão relacionados a melhor QV global e funcional (Azevedo et al., 2017). Por outro lado, a perceção QV pode não ser afetada pelas relações sociais, uma vez que poderá não ser nelas a fonte dos problemas ansiosos ou depressivos, mas de outra origem diferente.

No mesmo sentido vão os resultados das correlações encontradas entre a ansiedade e a QV. Verificou-se que quanto menor são os níveis de ansiedade, mais positiva é a perceção da QV no geral e nos domínios “físico”, “psicológico”. Porém a nível dos domínios relativos às relações sociais e ao meio ambiente as correlações não se revelaram estatisticamente significativas. Acresce ao que foi dito anteriormente, a ideia de que estes profissionais parecem considerar o meio em que vivem como seguro assim como a

satisfação que sentem quanto ao ambiente laboral/profissional. Esta reflexão tida anteriormente, não vai ao encontro de alguma literatura, que nos refere que as condições de trabalho e os seus processos hierárquicos interferem negativamente com os níveis de ansiedade e QV destes/as profissionais (Carvalho, 2020). Assim, os/as participantes que colaboraram neste estudo poderão ter melhores condições físicas no local de trabalho e relações com outros/as profissionais mais positivas, o que poderá ter influenciado os resultados do presente estudo. Segundo Alves (2014), a ansiedade é um fator que afeta negativamente os sujeitos que trabalham na área da saúde e por vezes pode interferir de forma menos positiva com a sua vida profissional, pessoal e respetiva QV associada e percebida. Este estudo, que avaliou e correlacionou a QV em quatro domínios distintos com o nível de ansiedade e depressão, permitiu oferecer uma visão mais ampla e específica de quais os domínios parecem estar mais prejudicados na presença de níveis mais elevados de ansiedade e depressão.

No que diz respeito à questão de investigação “Será que as variáveis sociodemográficas (idade e habilitações literárias) estão associadas ao nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e à qualidade de vida nos auxiliares da ação?”, os resultados apresentados sobre a correlação entre idade e habilitações literárias revelaram-se inconclusivos no entanto não encontramos na literatura dados que corroborassem ou contrariassem este resultado. A idade e QV, habilitações literárias e sintomatologia depressiva e ansiosa e por fim, a correlação entre habilitações literárias e QV, não apontaram também dados estatisticamente significativos, revelando aqui ausência de relevância acerca destas questões. Tal constatação parece revelar que a idade não influencia o nível de severidade da ansiedade e depressão. Esta variável não parece impactante, podendo outras demais ser mais relevantes, tais como a situação familiar, o índice remuneratório ou ainda as expectativas pessoais e profissionais de cada pessoa. Assim, em próximos estudos,

parece-nos relevante procurar associar outras variáveis a esta questão, por forma a verificar o seu impacto. Quanto às habilitações literárias, esta variável pode não ter sido relevante neste estudo, dado que poucos eram os que tinham habilitações diferenciadas (39.7% tinha o 3º ciclo).

A variável “trabalho por turnos” e “tarefas desempenhadas”, ao longo da literatura, são referidas como um fator desecandeador de aumento da ansiedade e depressão e consequente diminuição da QV nestes profissionais de saúde (Maharaj et al., 2019), uma vez que toda a gestão deste horário e adaptação ao mesmo, bem como as longas horas de trabalho, pausas curtas e constante atendimento responsável às necessidades diversas dos utentes e respetivas funções a desempenhar exigem muito destes profissionais, tanto ao nível psicológico como físico (Maharaj et al., 2019). Esta variável foi também prioritária para este estudo, porém contrariamente à literatura, quando analisada no tratamento dos dados, não existiram diferenças nos participantes na medida em que todos declararam ter o mesmo tipo de turnos e as mesmas funções a desempenhar o que impossibilitou a comparação dos sujeitos no seu trabalho por turnos, não sendo possível confirmar este fator “trabalho por turnos” como fator promotor de maiores níveis de sintomatologia ansiosa ou depressiva.

Para averiguar se a existência de doença física e/ou mental diagnosticada está associada ao nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e QV nos auxiliares da ação médica, procurámos responder à questão de investigação seguinte: “será que a existência de doença física e/ou mental diagnosticada está associada ao nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e à qualidade de vida nos auxiliares da ação?” As pessoas que declararam ter um problema de saúde (físico ou mental) apresentaram maior grau de ansiedade, assim como menor nível da QV. De facto, verificamos que os auxiliares com doença física ou mental avaliam também menos

positivamente a sua QV do que os que não têm doença. Esta situação prender-se-á às indisposições e falta de ânimo para participar de forma mais ativa na vida que os rodeia (ao nível das relações sociais e do meio ambiente, por exemplo), procurando mais isolamento e tranquilidade.

Estes dados vão no sentido do esperado, pois conforme nos diz a literatura, a existência de uma doença física ou mental nos sujeitos tem um impacto negativo na sua estabilidade emocional, tornando-os mais vulneráveis pelo facto de terem de lidar com as patologias (e.g., doenças cardiovasculares reportadas neste estudo) ou perturbação mental (Régis et al., 2016).

No que diz respeito aos problemas físicos e mentais, de realçar que estes podem interferir negativamente na prática profissional. Estes profissionais confrontam-se com inúmeras responsabilidades, limitações complicadas de gerir, assim como situações limite (Paschoalini et al., 2008) e por isso, se não estiverem bem emocional ou fisicamente, tal pode afetar negativamente a prestação da qualidade de serviços, interferindo também na sua sintomatologia ansiosa e depressiva: maior frustração no trabalho induzirá a maximização dos sintomas ansiosos e depressivos e à possibilidade de cometer erros na sua prática. A literatura revela e vai de encontro aos resultados desta questão de investigação, referindo que trabalhar em condições físicas ou mentais frágeis é prejudicial, tanto para a saúde mental, quanto física dos indivíduos, estando associado a diversos sinais e sintomas de adoecimento no trabalho, podendo levar ao *burnout* (Donato et al., 2015). Assim, os resultados apontaram também para a tendência de que os indivíduos com alguma doença física e/ou mental avaliarem mais negativamente a sua QV em todas as dimensões.

Por fim, no que diz respeito à questão de investigação (Será que as variáveis relacionadas com a profissão (anos de serviço, número de horas de trabalho semanal, turnos

e atividades desempenhadas) estão associadas ao nível de severidade da sintomatologia depressiva e ansiosa e à qualidade de vida nos auxiliares da ação médica?) apesar de já ter sido discutido, volta-se a ressaltar que as variáveis “número de horas de trabalho semanal”, “turnos” e “atividades desempenhadas”, avaliadas no início do estudo como pertinentes para a diferenciação dos resultados, revelaram-se improdutivas, uma vez que se verificou que todos os inquiridos tinham os mesmos dados; a saber, todos trabalhavam o mesmo número de horas, por turnos e desempenhavam as mesmas tarefas. Desta forma, estas não foram tidas em conta. Com isto, de acordo com os dados extraídos, depreende-se que os anos de carreira profissional como auxiliar de ação médica, desta amostra, não interferem nem nos níveis de ansiedade e depressão dos sujeitos, nem na percepção geral da sua QV e respetivos domínios.

Em suma, avaliados os dados emanados deste estudo, verificamos que há necessidade de se prestar mais atenção a estes profissionais, dando-lhe o apoio de que necessitam, por forma a evitar o aparecimento ou desenvolvimento de ansiedade e depressão desencadeadas pelo contexto profissional. Este apoio permitirá ganhos significativos tanto para a instituição hospitalar como para o utente. Se por um lado estar bem emocionalmente permitirá a redução dos níveis de absentismo, por outro maximizará a qualidade do serviço prestado ao utente.

### **3.5. Conclusões**

O presente estudo exploratório vem enfatizar as exigências emocionais e físicas da função de auxiliar de ação médica, confirmando a necessidade de estudar outras atividades profissionais na área da saúde além dos enfermeiros e médicos.

Tendo em conta os resultados obtidos, é de salientar que estes técnicos revelam menores níveis de QV, quando estão em contacto com sintomatologia depressiva e ansiosa,

mostrando aqui uma grande importância em estar atento a estes profissionais em específico, procurar saber mais acerca destes sujeitos e do que realmente esta profissão lhes traz ou não. Ou seja, quanto maior são os níveis de depressão e ansiedade, menor é a perceção que estas pessoas têm sobre a sua QV, que engloba componentes profissionais e pessoais. Conforme já referido na literatura, é possível perceber que se o profissional de saúde não se encontra estável emocional e fisicamente, isso acarreta para ele um nível de stress muito elevado, podendo interferir negativamente na prestação dos serviços com qualidade e interferindo também na vida pessoal do mesmo (Rios et al., 2010).

Considera-se que este estudo pode alertar para a importância de intervir junto dos/das auxiliares de ação médica e de outras populações em condições semelhantes (e.g. enfermeiros), no sentido de atenuar as exigências emocionais requeridas no desempenho da sua função. Assim, importa ressaltar o papel das instituições de trabalho nesta possível intervenção, que poderia fazer-se passar por um investimento na formação destes profissionais, de modo a sensibilizá-los para as situações de maior exigência emocional e também física e ajudá-los a lidar melhor com a gestão das suas rotinas profissionais, das suas emoções, e promover técnicas de *coping* para assim diminuir os níveis de depressão, ansiedade e stresse acumulado, evitando questões como o *burnout*, procurando torná-los mais resilientes.

Importa salientar algumas limitações no desenvolvimento deste estudo, nomeadamente a dificuldade sentida no recrutamento de participantes. De facto, em primeiro lugar, a instituição onde foram recolhidos os dados não tem, nos seus quadros, muitos/as auxiliares de ação médica. Para além disso, a desvalorização deste tipo de estudos fomentou uma perda de retorno dos questionários, tendo sido necessária a intervenção da equipa de investigação e do chefe do serviço na sensibilização para a importância do mesmo. Foi explicada a importância da participação deles/as e das respostas

para a valorização da sua profissão e para se obter dados que possam, no futuro, vir a ajudar e alertar as hierarquias para as suas necessidades. Por outro lado, a amostra era maioritariamente feminina, não permitindo fazer comparações entre grupos ao nível do género.

Ainda em relação ao estudo em si e à organização do mesmo, como já referenciado anteriormente, outra limitação a apontar prende-se com as variáveis “número de horas de trabalho semanal”, “turnos” e “atividades desempenhadas”, avaliadas no início do estudo como pertinentes para a diferenciação dos resultados, mas que se tornaram improdutivas, uma vez que se verificou que todos os inquiridos tinham os mesmos dados, não sendo possível uma análise comparativa. Assim, consideramos que, em estudos futuros, se procure acautelar esta situação, recolhendo uma amostra em diferentes hospitais.

No que concerne à recolha de informação, de destacar ainda a forma como os questionários foram respondidos. De facto, estes foram distribuídos pelo coordenador de cada serviço a cada um/a dos/as participantes, sendo que estes responderam no espaço de uma semana para depois voltarem a entregar. Esta distribuição foi adotada por ordens superiores e de alguma forma, o facto de a investigadora não ter estado presente no momento de resposta aos questionários pode ter suscitado dúvidas aos participantes que não tiveram um esclarecimento e daí interpretarem como sabiam, o que pode ter interferido com a qualidade e quantidade de algumas respostas.

Quanto à exploração e estudo da temática, a maior limitação foi a não existência de muitos estudos acerca dos/das auxiliares de ação médica, tendo sido a maior dificuldade a procura de estudos que incluíssem estes profissionais em estudos sobre outros profissionais de saúde. Assim, as comparações e inferências que tivemos de fazer acabaram por ser mais limitadas, levando-nos a tentar dar um contributo que esperamos importante para a área.

Os resultados obtidos neste estudo poderão ser vistos como um ponto de partida para futuras investigações sobre esta temática. Seria interessante, futuramente, perceber quais os fatores que podem ter motivado estes profissionais a apresentarem níveis de satisfação com a QV elevados. Uma variável interessante a ser estudada é a variável “número de filhos”, para se perceber se o número de filhos interfere positiva ou negativamente com a QV, níveis de depressão e ansiedade nos participantes, pois quanto maior o número de filhos, maior podem ser os níveis de stress e o facto de os/as auxiliares de ação médica terem uma profissão exigente e de grande responsabilidade e, depois, em casa, terem também o papel de mães e pais, que é um papel difícil e de grande dedicação. Estas componentes podem levar a maiores níveis de sinais e sintomas associados à depressão e ansiedade e, conseqüentemente à percepção da QV.

Em suma, embora exploratório, esperamos que este estudo possa ser um contributo válido na área e possa, de alguma forma, pôr o foco nestes profissionais que, como a pouca literatura comprova, não estão no centro da investigação, apesar da importância do seu papel no cuidado ao utente e no funcionamento da instituição hospitalar.

#### 4. Referências Bibliográficas

Alto, B. (2019). O controle da desejabilidade social no autorrelato usando quádruplas de itens. *Avaliação Psicológica*, 18(3), 219-332. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1803.ed>

Alves, A., Carvalho, V. C. S., Santos, M. S., Oliveira, J. A. A., Gomes, M. F. P., Reticena, K. O., Bravo, D. S., & Oliveira, J. (2019). Depressão entre profissionais de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, 27(3), 141-146.

Alves, T. C. T. F. (2014). Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde. *Revista de Medicina*, 93(3), 101-105. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v93i3p101-105>

American Psychiatric Association (2014). *DSM 5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRF, Zoboli ELCP, Pereira MG. (2017). Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03245. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>

Baba, V. V., Galperin, B. L., & Lituchy, T. R. (1998). Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 36(2), 163-169.

Butterfield, N., Schultz, T., Rasmussen, P., & Proeve, M. (2017). Yoga and mindfulness for anxiety and depression and the role of mental health professionals: a literature review. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*.

Carvalho, A. A. (2020). Qualidade de vida no ambiente hospitalar dos profissionais de enfermagem. *Amazônia: Science & Health*, 8(1), 37-54. 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n1p37-54

Carvalho, Borges, & Souza, (2011). Qualidade de vida dos profissionais de saúde do hospital do câncer de Campo Grande, MS. *Psicólogo informação*, 15(15), 143-154. Recuperado em 13 de agosto de 2020, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-88092011000100010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092011000100010&lng=pt&tlng=pt).

Coronetti, A., Nascimento, E. R. P. D., Barra, D. C. C., & Martins, J. D. J. (2006). O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *Arquivos catarinenses de medicina*, 35(4), 36-43.

Cruz, S. P. D. L., Cruz, J. C., Cabrera, J. H., & Abellán, M. V. (2019). Factores relacionados con la probabilidad de padecer problemas de salud mental en profesionales de urgencias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3079-3144>

Decreto de Lei nº74/2004. *Diário da República*. 2010.

Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Occupational stress in health professionals: a study with Portuguese nurses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004>

Gomes, R. K., & Oliveira, V. B. D. (2013). Depression, anxiety and social support in nursing professionals. *Boletim de Psicologia*, 63(138), 23-33.

Gómez-Martínez, S., Ballester-Arnal, R., & Gil-Julia, B. (2015). Anxiety, depression and emotional distress in the Intensive Care Units health professionals. *Anales De Psicología*, 31(2), 743. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.15850>

Gong, Y., Han, T., Yin, X., Yang, G., Zhuang, R., Chen, Y., & Lu, Z. (2014). Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: a cross-sectional study. *Scientific reports*, 4, 7109. <https://doi.org/10.1038/srep07109>

Group, T. H. E. W. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): *development and general psychometric properties*. *Social Science & Medicine* (1982), 46(12), 1569–85.

Kirchhof, A. L. C., Magnago, T. S. B. D. S., Camponogara, S., Griep, R. H., Tavares, J. P., Prestes, F. C., & Paes, L. G. (2009). Working conditions and social-demographic characteristics related to the presence of minor psychic disorders in nursing workers. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 18(2), 215-223. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200003>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.

Maharaj, S., Lees, T., & Lal, S. (2019). Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(1), 61. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010061>

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1ª ed.) Braga: Psiquilíbrios Edições

Oliveira, F. P. D., Mazzaia, M. C., & Marcolan, J. F. (2015). Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 209-215. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500036>

Projeto de Lei n.º 1073/XIII/4.<sup>a</sup>. *Assembleia da República*. 2019.

Régis, B. N., Araújo, R. L. R., de Souza, V. G., Neto, N. A. S., Nodari, N. L., & de Albuquerque Hayasida, N. M. (2016). Ansiedade, depressão e doença cardiovascular em jovens adultos: uma revisão da literatura. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 4(1), 91-100. <http://dx.doi.org/10.18316/2317-8582.16.22>

Rios, K. A., Barbosa, D. A., & Belasco, A. G. S. (2010). Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(3), 413-420. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300017>

Ryu, J. I., & Kim, K. (2018). The influence of nursing care integration services on nurses' work satisfaction and quality of nursing care. *Journal of nursing management*, 26(8), 1024-1032. <https://doi.org/10.1111/jonm.12629>

Rodrigues, C. C. F. M., Santos, V. E. P., & Sousa, P. (2017). Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(5), 1083-1088.

Sampaio, L. R., de Oliveira, L. C., & Pires, M. F. D. N. (2020). Empatia, depressão, ansiedade e estresse em Profissionais de Saúde Brasileiros. *Ciencias Psicológicas*. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2215>

Santana, V. S., Feitosa, A. G., Guedes, L. B. A., & Sales, N. B. B. (2014). Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 4(1), 35-46. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v4i1.312>

Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., & Marziale, M. H. P. (2011). Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 487-493. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200026>

Schmidt, D. R. C., & Dantas, R. A. S. (2006). Quality of life at work among nursing professionals at surgical wards from the perspective of satisfaction. *Revista latino-americana de enfermagem*, 14(1), 54-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100008>

Silva Gherardi-Donato, E. C., Cardoso, L., Teixeira, C. A. B., de Souza Pereira, S., & Reisdorfer, E. (2015). Associação entre depressão e estresse laboral em profissionais de enfermagem de nível médio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 733-740. [10.1590/0104-1169.0069.2610](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0069.2610)

Silva, D. D. S. D., da Silva Tavares, N. V., Alexandre, A. R. G., Freitas, D. A., Brêda, M. Z., de Albuquerque, M. C. D. S., & de Melo Neto, V. L. (2015). Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 1023-1031. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>

Silva, D. C. M. D., Loureiro, M. D. F., & Peres, R. S. (2008). Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. *Psicologia hospitalar*, 6(1), 39-51.

Sousa, L., Almeida, A., & Simões, C. J. (2011). Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saúde e Sociedade*, 20, 195-206.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.

Tepas, D. I., Barnes-Farrell, J. L., Bobko, N., Fischer, F. M., Iskra-Golec, I., & Kaliterna, L. (2004). The impact of night work on subjective reports of well-being: an exploratory study of health care workers from five nations. *Revista de Saúde Pública*, 38, 26-31.

Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Vus, V., Panagiotopoulou, A., Katsou, M. A., Kelesi, M., & Fradelos, E. C. (2018). Predicting factors of depression and anxiety in mental health nurses: a quantitative cross-sectional study. *Medical Archives*, 72(1), 62. 10.5455/medarh.2017.72.62-67

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27(1), 41-49.

Wisniewski, D., Silva, E. S., Évora, Y. D. M., & Matsuda, L. M. (2015). Satisfação profissional da equipe de enfermagem x condições e relações de trabalho: estudo relacional. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(3), 850-858.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.  
World Health Organization.

## **5. Anexos**

## Anexo 1- Documento de validação do estudo assinado pelo Provedor da SCM de

### Lousada



Recebido  
em 20/11/2020  
Pelo Dr. José Carlos Bessa Machado

#### **Pedido de autorização para realização do estudo:**

#### ***“Ansiedade, depressão e qualidade de vida dos auxiliares de ação médica”***

Exmo. Senhor Provedor José Carlos Bessa Machado,

Eu, Ana Carolina Branco Lázaro, aluna de Psicologia do Instituto Universitário da Maia (ISMAI) a realizar estágio curricular no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Lousada, sob orientação do Doutor Luís Neto e supervisão da Professora Doutora Marlene Sousa (ISMAI), venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para realizar, no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, o estudo “*Ansiedade, depressão e qualidade de vida dos auxiliares de ação médica*”, que implicará a recolha de dados junto dos auxiliares de ação médica da instituição Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Lousada, Lar Sousa Freire e Lar Residencial.

Apesar de existirem inúmeros estudos científicos sobre burnout, estudos sobre a depressão e ansiedade em profissionais de saúde são muito escassos, principalmente nos auxiliares de ação médica. A nível nacional, esta lacuna é ainda mais proeminente. Não obstante, o estudo destes fenómenos é pertinente devido, não só às altas taxas de ansiedade e depressão nestes profissionais, mas também ao impacto que estes poderão ter na qualidade da prestação de serviços. O presente estudo demonstra-se, assim, pertinente por ter como população-alvo os auxiliares de ação médica. O objetivo primordial deste estudo é, então, descrever os níveis de severidade de sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como a qualidade de vida de auxiliares de ação médica que se encontrem a desempenhar funções em instituições que prestem cuidados de saúde física e mental.

Para a realização deste estudo, serão recolhidos dados junto dos profissionais de ação médica do Hospital e Lar da Santa Casa da Misericórdia de Lousada. Como instrumentos serão utilizados questionários que permitam a recolha de dados

sociodemográficos e dados referentes à sintomatologia depressiva e ansiosa e qualidade de vida.

A todos/as os/as participantes será explicado de forma aprofundada o estudo desenvolvido, bem como será fornecido um consentimento informado para respetivo preenchimento. A sua participação será inteiramente voluntária, informada e com a possibilidade de desistir a qualquer momento.

Salvaguarda-se o cumprimento de todos os princípios éticos que regem o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses e do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados dos/as participantes. O estudo será avaliado pela Comissão de Ética do ISMAI, por forma a fornecer o seu parecer sobre o mesmo, e garantir o cumprimento de todos os princípios éticos e deontológicos.

Para finalizar solícito, caso o parecer a este pedido seja positivo, uma declaração de autorização da recolha de dados no âmbito do estudo elencado para proceder à sua apresentação junto da comissão de ética do ISMAI.

**Maia, 02 de janeiro de 2020**


**Discente de Dissertação de Mestrado:**

(Ana Carolina Branco Lázaro)



**Orientadora de Dissertação de Mestrado:**

(Professora Doutora Marlene Sousa)



## Anexo 2- Panfletos de sensibilização aos profissionais de saúde



Se se revê com frequência nos sintomas referidos até agora não existe em procurar ajuda, existem profissionais de saúde que o querem ajudar!

Procure auxílio junto de um profissional habilitado, nomeadamente os psicólogos.

**Cuide de si, pense em si! Nós podemos ajudar!**

**Legenda: Parte de trás**



*"Mentes abertas cultivam almas saudáveis".  
Sigma.*



**Legenda: Parte da frente**

De acordo com o primeiro estudo epidemiológico nacional de Saúde Mental, cerca de um em cada quatro portugueses sofre de um problema de Saúde Mental o que equivale a 23% da população (Ordem dos psicólogos portugueses, 2018).

Das perturbações de humor, verifica-se que a perturbação depressiva apresenta a prevalência mais elevada com 6.8%, apresentando como sintomas frequentes: humor deprimido, sentimentos de culpa, falta de interesse/prazer em desenvolver atividades, fadiga, baixa autoestima, alteração no apetite alimentar, entre outros (Almeida & Xavier, 2013).

A ansiedade é um sentimento de medo vago e desagradável que se manifesta como um desconforto ou tensão muscular, alta vigilância cautelosa nos comportamentos, decorrente de uma antecipação de perigo e/ou do futuro, ou seja, algo desconhecido. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que a prevalência mundial de perturbação de ansiedade é de 3,6% (Fernandes *et al.*, 2018). Estas problemáticas acabam por estar frequentemente associadas à incapacidade funcional e à diminuição da qualidade de vida nas pessoas (Almeida & Xavier, 2013).

**Atenção!!**

É importante saber que os problemas de Saúde Psicológica não têm de moldar negativamente a nossa vida e a nossa história. Existem tratamentos eficazes! (OPP, 2015).

Existem algumas técnicas estudadas a fundo, que podem ajudar a lidar melhor com a depressão e ansiedade, tais como:



A psicoterapia é uma das mais importantes formas especializadas de intervenção psicológica. É inegável o seu contributo para a saúde mental do indivíduo e ajuda o mesmo na sua estruturação e estabilidade emocional (OPP, 2019).

Técnicas de relaxamento muscular progressivo, mindfulness e a atividade física são opções de aprendizagem que permitem gerir mais eficazmente o stress, ansiedade, depressão e outras patologias e viver de forma mais plena e consciente.

## Legenda: Parte interior do panfleto

## Anexo 3- Questionário sociodemográfico

### Questionário Sociodemográfico

---

#### Instrução

O presente questionário faz parte do estudo “Ansiedade, depressão e qualidade de vida dos auxiliares de ação médica” e visa recolher informação sociodemográfica de cada participante. É importante salientar que a informação recolhida a partir deste questionário é confidencial e utilizada, exclusivamente para esta investigação.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Código do/a participante: \_\_\_\_\_

#### Identificação do/a participante

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Género: Feminino  Masculino

#### Habilitações Literárias

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>	Curso Profissional	<input type="checkbox"/>
2º ciclo de ensino (6º ano)	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
3º ciclo de ensino (9º ano)	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12º ano).	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>

#### Estado civil:

Solteiro(a)

União de facto

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

#### Agregado familiar do/a participante

Com quem vive? \_\_\_\_\_

Tem filhos? Sim  Não  Se sim, quantos: \_\_\_\_\_

### **Percurso profissional do/a participante**

Há quantos anos trabalha como auxiliar de ação médica? \_\_\_\_\_

Há quantos anos desempenha funções como auxiliar médica na presente instituição? \_\_\_\_\_

Que tipo de atividades desempenha no serviço atual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quantas horas trabalha por semana? \_\_\_\_\_

Trabalha por turnos?

Sim  Não

Que turnos costuma fazer?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalha por turnos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Dados sobre saúde física e mental do/a participante**

Tem alguma doença física ou perturbação mental?

Sim  Não

Assinale com um X se tiver o(s) problema(s) de saúde abaixo descritos.

Ansiedade	Depressão	Cancro	Diabetes	Colesterol	Doenças Cardiovasculares	Outros
-----------	-----------	--------	----------	------------	-----------------------------	--------

Se respondeu "outros" indique qual ou quais:

\_\_\_\_\_

**Obrigada pela sua colaboração!**