








SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DURANTE A PRIMEIRA VAGA COVID-19

MENTAL HEALTH OF HEALTH PROFESSIONALS, DURING THE FIRST WAVE OF COVID-19

Mariana Marques^{1,2†} , Ricardo Ferreira^{3,4} , Luís Loureiro⁴ , Sofia Meneses¹ , Fernanda Duarte¹ , António Marques⁴ , & Lígia Fonseca¹ 

¹Serviço de Psicologia Clínica - Consulta Externa, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), Coimbra, Portugal, 14363@chuc.min-saude.pt, 14757@chuc.min-saude.pt, fernanda.duarte@chuc.min-saude.pt, ligiafonseca@chuc.min-saude.pt

²Serviço de Psicologia Médica (SPM), Coimbra, Portugal

³Serviço de Reumatologia - Consulta Externa, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal, rferreira@reumahuc.org

⁴Núcleo de Investigação em Enfermagem Núcleo CHUC da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICiSA:E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal, luisloureiro@esenfc.pt, amarques@chuc.min-saude.pt

Resumo: Desconhece-se o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental, perceção de stress e qualidade de vida/QV do/a(s) profissionais de saúde (PS). Pretende-se avaliar as variáveis referidas, na primeira vaga da pandemia. 680 PS [mulheres, 78,5%; enfermeiro/a(s), 46,3%; trabalharam em serviços COVID, 48,2%] responderam à BSI-18, PSS e EUROHIS-QOL-8. As mulheres apresentaram maior stress, ansiedade e somatização; o/a(s) assistentes técnico/a(s) e operacionais, médico/a(s) e enfermeiro/a(s) maior somatização [do que técnico/a(s) superiores, técnico/a(s) superiores de saúde e farmacêutico/a(s)]; o/a(s) enfermeiro/a(s) e assistentes operacionais maior somatização do que o/a(s) médico/a(s); quem trabalhou em serviços COVID e ficou em quarentena/isolamento maior ansiedade e somatização; quem não ficou em quarentena menor depressão; quem ficou infetado menor QV, maior ansiedade, depressão e somatização. Demonstrou-se o impacto da pandemia nas variáveis centrais nestes PS. Futuramente, em circunstâncias igualmente aversivas, importa monitorizar a saúde mental do/a(s) PS e oferecer planos específicos de apoio psicológico.

Palavras-Chave: Profissionais de saúde; COVID-19; Saúde mental; Stress percebido; Qualidade de vida

Abstract: It is still unknown the impact of the COVID pandemic in the mental health, stress perception and quality of life, of health professionals. We wish to assess the variables mentioned above, in the first wave of the pandemic. 680 health professionals (women, 78,5%; nurses, 46,3%; worked in COVID-19 services, 48,2%) answered the BSI-18, the PSS and the EUROHIS-QOL-8. Women presented higher levels of stress, anxiety and somatization; technical assistants, operational assistants, doctors and nurses referred higher somatization (than senior technicians, health senior technicians and pharmacists); nurses and operational assistants had higher levels of somatization than doctors; health professionals that worked at COVID services and were on quarantine/isolation presented higher anxiety and somatization; professionals that were on quarantine referred lower levels of depression; those that were infected presented less quality of life, higher anxiety, depression and

†Morada de Correspondência: Serviço de Psicologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, Avenida Dr Bissaya Barreto, 3000-075 Coimbra, Portugal. Email: mvpmarques@gmail.com

Submetido: 03 de outubro de 2021

Aceite: 11 de novembro de 2021

somatization. The impact of the pandemic in the central variables was demonstrated, in these health professionals. In the future, considering equally aversive circumstances, it might be important to monitor the mental health of the health professionals and to offer specific plans of psychological support.

Keywords: Health professionals; COVID-19; Mental health; Perceived stress; Quality of life

A 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o novo coronavírus como pandemia (World Health Organization, 2020), verificando-se a necessidade de os governos imporem restrições significativas às populações. Estas viram as rotinas profissionais, familiares e sociais, de alguma forma, alteradas.

Uma situação de pandemia coloca diversos desafios aos profissionais de saúde (PS), sendo conhecidos, no caso de outras pandemias, os efeitos psicológicos, como o medo de ser infetado e de infetar as famílias, amigos e colegas, medo da incerteza e do estigma, e níveis elevados de sintomas de stress, ansiedade e depressão (e.g. Lee et al., 2007). Lai e colaboradores (2020) enfatizaram, no caso da pandemia SARS CoV 2, que o número cada vez maior de casos de infeção e de mortes, a ausência de equipamento de proteção individual e de uma vacina (durante algumas semanas e/ou meses, respetivamente), a cobertura exaustiva dos media, a sobrecarga profissional, e os sentimentos de apoio inadequado podiam contribuir para a sobrecarga mental dos PS, colocando-os numa posição de maior vulnerabilidade, gerando sofrimento psicológico e, potencialmente, doença mental. Os autores confirmaram, na China, percentagens de 50,4%, 44,6% e 71,5% de sintomas de depressão, ansiedade e *distress* [76,7% do/a(s) PS eram mulheres e 60,8% enfermeiro/a(s), do/a(s) quais, 90,8% do sexo feminino].

Vários estudos, conduzidos no ano de 2020, incluindo revisões sistemáticas e meta análises demonstraram que uma percentagem marcada de PS respondeu à expansão da SARS CoV 2 com taxas elevadas de depressão, ansiedade e *distress* psicológico (da Silva et al., 2020; da Silva et al., 2021; Lai et al., 2019; Pappa et al., 2020; Vizheh et al., 2020).

A revisão sistemática e meta análise de Pappa e colaboradores (2020) incluindo treze estudos transversais e um total de 33,062 participantes revelou uma elevada proporção, em PS, de ansiedade, depressão e insónia, durante a pandemia COVID-19 (taxas de prevalência de ansiedade e depressão de 23,2% e 22,8%, respetivamente). Apesar dos autores referirem que o uso de diferentes instrumentos e pontos de corte nos diferentes estudos pode ter influenciado os resultados, a verdade é que a maioria do/a(s) PS vivenciaram níveis ligeiros de depressão e ansiedade (foram menos frequentes, os níveis moderados a graves de sintomas). Um outro dado extremamente relevante diz respeito às diferenças por sexo e por grupo profissional. A taxa de prevalência de ansiedade e depressão mostrou ser maior entre o sexo feminino. Por outro lado, foi entre o/a(s) profissionais de enfermagem que se encontraram as maiores estimativas de ansiedade e de depressão (comparativamente aos profissionais médicos).

Na revisão sistemática de Vizheh e colaboradores (2020), incluindo onze estudos, as taxas de prevalência de ansiedade, depressão e stress, entre PS variaram entre 24,1% e 67,6%, 12,1% e 55,9% e 29,8% e 63,0%, respetivamente. O grupo do/a(s) enfermeiro/a(s), as mulheres, o/a(s) PS que trabalharam na linha da frente, médico/a(s) mais jovens e profissionais trabalhando em áreas onde as taxas de infeção foram maiores, apresentaram níveis mais graves em todos os sintomas psicológicos (do que outros PS). Na revisão sistemática com meta análise de Silva e colaboradores (2021), verificou-se que o/a(s) PS que lutam/lutaram com a pandemia COVID-19 (de uma forma mais direta) foram/são mais gravemente afetados por perturbações psiquiátricas, stress e trauma indireto, do que outros grupos profissionais.

Importa mencionar que alguns estudos exploraram o impacto de trabalhar ou não com doentes COVID-19, confirmando o aumento do *distress* nestes casos, para além da importância de manter

uma atitude positiva como fator protetor quanto aos níveis de *distress* (Babore et al., 2020). A revisão sistemática de Da Silva e colaboradores (2021) confirmou que os PS trabalhando com doentes COVID apresentam/vam maior risco de sintomas psiquiátricos como depressão, ansiedade, *distress* e insónia. Os estudos e resultados apresentados reforçam a necessidade de conhecer, de modo mais detalhado, no nosso país, o impacto que a COVID-19 teve na saúde mental de PS.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a saúde mental (níveis de sintomas de depressão, ansiedade e somatização; qualidade de vida) e a perceção de stress do/a(s) PS do Centro Hospital e Universitário de Coimbra (CHUC), durante a 1ª vaga da pandemia COVID-19, explorando, igualmente, se dadas variáveis sociodemográficas, contextuais e profissionais impactam nestes mesmos resultados.

MÉTODO

Procedimentos

A equipa de investigação estabeleceu os objetivos do estudo, tendo definido o protocolo a administrar, constituído por um questionário sociodemográfico, contextual e profissional (ao nível contextual e profissional foram apurados aspetos relativos a: experiências dos PS durante a primeira vaga da COVID-19; vivência pessoal-familiar e profissional; existência de apoio institucional - neste caso, da instituição Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/CHUC; a experiência da pandemia ter sido percecionada como tendo ou não aspetos positivos, pelos PS), por um questionário que explorou as fontes de stress dos profissionais de saúde (no contexto da pandemia), descrito em um outro trabalho da equipa, pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; versão breve), pela Escala de Stress Percebido (PSS) e pelo Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8). O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão Ética do CHUC (Processo: CHUC-060-20). O protocolo foi construído no *Google Docs* e enviado por e-mail institucional para todos os PS do CHUC (junho de 2020). A recolha de dados aconteceu em julho de 2020, com todos os PS a fornecerem o consentimento informado e a responderem ao protocolo durante esse mesmo mês.

Instrumentos

Avaliou-se a saúde mental, qualidade de vida e stress percebido, recorrendo a instrumentos breves, como a versão breve do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory/BSI), a Escala de Stress Percebido (Perceived Stress Scale/PSS) e o Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8).

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos, na sua versão breve, de 18 itens (Canavarro et al., 2016; Derogatis, 2001), constituída pelas três dimensões ansiedade, depressão e somatização, foi desenvolvido a partir do Brief Symptom Inventory/Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1993; Canavarro, 1999), um inventário de autorrelato com 53 itens, que avaliam sofrimento psicológico (em nove dimensões e três índices globais). O BSI-18 visa ser usado como instrumento de despiste para as perturbações psiquiátricas mais comuns. Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, a pessoas com perturbação emocional, a pessoas com quaisquer outras doenças e da população geral. Tal como nas versões anteriores, é pedido aos/às participantes que respondam ao grau com que cada sintoma/manifestação/sintomas causou desconforto na última semana, em uma escala de cinco pontos de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes). Neste estudo, pontuações mais elevadas em cada dimensão (ansiedade, depressão e somatização) indicam níveis maiores de sintomas ansiosos, depressivos e de somatização.

A Escala de Stress Percebido-10 (Perceived Stress Scale/PSS; Cohen 1983; Cohen & Williamson, 1988; Mota Cardoso et al., 2002) é um instrumento de autorrelato desenvolvido para avaliar o stress percebido, isto é, se a pessoa avalia as situações diárias como stressantes. Segundo os autores, os dez itens avaliam o quanto os/as respondentes consideram as suas vidas imprevisíveis, incontroláveis e causando sobrecarga e são respondidos numa escala de Likert de cinco pontos, de 0 (nunca) a 4 (com muita frequência) (Cohen & Williamson, 1988).

Já o EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003) constituído, como o nome indica, por oito itens, foi desenvolvido a partir do WHOQOL-BREF [Projecto EUROHIS (Power, 2003)] para poder ser incluído em sondagens sobre a saúde. Os autores mantiveram os itens que permitiram: reter a estrutura dos domínios do WHOQOL-BREF; ser representativos do domínio em que se inseriam; ser significativos nas análises realizadas e não apresentarem problemas de frequência ou precisão. Cada domínio do WHOQOL-BREF é avaliado, na versão reduzida de oito itens, por dois itens (Power, 2003), respondidos acerca das duas últimas semanas. Cada questão é respondida numa escala de cinco pontos (1 a 5, com diferentes descritores verbais; e.g. de nada a completamente; muito insatisfeito/a a muito satisfeito/a). A pontuação total é calculada adicionando os valores dos oito itens, com valores maiores a indicar uma maior qualidade de vida. O EUROHIS-QOL-8 mostrou boa consistência interna, estabilidade temporal, e validades de construto, discriminante e convergente (Pereira et al., 2011).

Neste estudo, o alfa de Cronbach do BSI-18 foi de 0,92, da PSS foi de 0,87 e do EUROHIS-QOL-8 foi de 0,81 (muito bom, De Vellis, 1991).

Análise Estatística

A análise estatística foi efetuada usando o programa IBM SPSS Statistics, versão 21.0. Foram calculadas as distribuições de frequências absolutas e percentuais. Dado o tamanho da amostra e subamostras consideradas foram aplicados testes paramétricos: *t* de Student para grupos independentes, correlações de Pearson e análise de variância (ANOVA). Foram calculados os respetivos tamanhos do efeito e forças da relação, segundo Cohen (1988): para os *t* de Student e análise de variância, o eta quadrado: 0,01 (efeito pequeno); 0,06 (efeito moderado); 0,14 (efeito grande); para as correlações de Pearson: $r = 0,10$ a $0,29$ (pequena); $r = 0,30$ a $0,49$ (moderada); $r = 0,50$ a $1,0$ (grande). Os alfas de Cronbach foram interpretados segundo os critérios de DeVellis (1991): entre 0,6 e 0,7: aceitável; entre 0,7 e 0,8: bom; entre 0,8 e 0,9: muito bom.

Participantes

O presente estudo é quantitativo, descritivo-correlacional, transversal. A amostra ficou constituída por 680 PS do CHUC, 78,5% ($n = 534$) do sexo feminino. A média de idades foi de 45,05 ($DP = 10,76$). A maioria era casado/a ou vivia em união de facto ($n = 405$; 59,6%) e possuía Licenciatura ou grau académico superior à Licenciatura ($n = 572$; 84,2%). Quanto ao grupo profissional, 46,3% dos profissionais era enfermeiro/a(s) ($n = 315$), 19,7% assistentes operacionais ($n = 134$) e 16,6% médico/a(s) ($n = 113$). A maioria dos profissionais tinha mais de 10 anos de prática profissional (78,1%; $n = 530$).

Nesta primeira vaga da pandemia (março a junho de 2020), a maioria (83,0%) do/a(s) PS não foi mobilizado para outro serviço ($n = 563$). Apesar da maioria (51,8%; $n = 352$) não ter trabalhado em serviços COVID, 48,2% acabou por fazê-lo ($n = 328$). A maioria (65%; $n = 442$) não realizou teste de diagnóstico, nem teve de ficar de quarentena (89,3%; $n = 607$) ou em isolamento (90,6%; $n = 616$). Apenas 35 PS (5,2%) ficaram infetado/a(s) com COVID-19 e a maioria não teve familiares infetado/a(s) (95%; $n = 646$) (Quadro 1). Igualmente, a maioria classificou a sua vivência da pandemia, a nível pessoal-familiar e profissional como *difícil, mas suportável* (respetivamente, n

= 300; 44,1%; $n = 285$; 44,1%) (Quadro 2). Porém, a generalidade (87,2%; $n = 593$) considerou que a experiência vivida durante os primeiros meses da pandemia teve aspetos positivos. Da mesma forma, a maioria não entendeu ser necessário receber apoio emocional por parte do CHUC ($n = 483$; 64,1%), mas entre os que sentiram essa necessidade, 23,7% ($n = 161$) referiu não ter sentido apoio institucional. A quase totalidade (93,6%; $n = 657$) do/a(s) PS tomou conhecimento da linha de apoio emocional que foi criada para apoiá-los (Quadro 3).

Quadro 1. Dados sociodemográficos, contextuais e profissionais do/a(s) PS ($n = 680$)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	[Intervalo]
Idade	45,05	10,76	21-69
Sexo	<i>n</i>	%	
Feminino	534	78,5	
Estado civil			
Solteiro/a	183	27,0	
Casado/a ou união de facto	405	59,6	
Divorciado/a	83	12,2	
Viúvo/a	8	1,2	
Grau académico			
Ensino básico ou secundário	107	15,8	
Licenciatura ou grau académico superior	572	84,2	
Grupo profissional			
Assistente técnico	56	8,2	
Técnico/a superior	18	2,6	
Técnico/a superior de saúde	25	3,7	
Assistente operacional	134	19,7	
Farmacêutico/a	8	1,2	
Enfermeiro/a	315	46,3	
Médico/a	113	16,6	
Outros	10	1,5	
Anos de prática			
Menos de 5 anos	87	12,8	
Entre 5 a 10 anos	62	9,1	
Mais de 10 anos	530	78,1	
Foi mobilizado/a para outro serviço			
Não	563	82,8	
Sim	115	16,9	
Não respondeu	2	0,3	
Trabalhou em serviços COVID			
Sim	328	48,2	
Fez teste de diagnóstico			
Sim	238	35,0	
Teve que ficar em quarentena			
Sim	73	10,7	
Ficou em isolamento			
Sim	64	9,4	
Foi infetado/a com COVID-19			
Não	644	94,7	
Sim	35	5,1	
Não respondeu	1	0,1	
Familiares foram infetado/a(s), <i>n</i> (%)			
Não	646	95,0	

Nota: n = frequência; % = percentagem; M = média; DP = desvio-padrão

Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Processo: CHUC-060-20), tendo-se seguido todos os pressupostos inerentes a este tipo de investigação, nomeadamente confidencialidade, voluntariedade e consentimento informado.

Quadro 2. Vivência pessoal-familiar e profissional do/a(s) PS ($n = 680$)

<i>n</i> (%)	Neutra	Difícil, mas suportável	Difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
Pessoal-familiar	74 (10,9)	300 (44,1)	149 (21,9)	120 (17,6)	37 (5,4)
Profissional	57 (10,9)	285 (44,1)	162 (21,9)	117 (17,6)	59 (5,4)

Quadro 3. Aspetos positivos (da pandemia) e apoio emocional na instituição

	<i>n</i>	%
Experiência teve aspetos positivos		
Sim	593	87,2
Sentiu apoio emocional no CHUC quando necessário?		
Não	161	23,7
Sim	83	12,2
Não foi necessário	483	64,1
Teve conhecimento da linha de apoio emocional?		
Sim	657	93,6

RESULTADOS

Testes *t* de Student para amostras independentes permitiram verificar diferenças em termos de saúde mental dos PS, em função das diferentes variáveis sociodemográficas, contextuais e profissionais (Quadro 4). Assim, as mulheres expressaram maior stress percebido, ansiedade e somatização (efeitos pequenos/ $\eta^2 = 0,01$).

Igualmente, o/a(s) PS com o ensino básico ou secundário (por comparação com PS com Licenciatura ou grau académico superior) (efeito pequeno/ $\eta^2 = 0,01$), assim como o/a(s) assistentes técnico/a(s), assistentes operacionais, médico/a(s) e enfermeiro/a(s) [comparativamente a técnico/a(s) superiores, técnico/a(s) superiores de saúde e farmacêutico/a(s)] apresentaram maior somatização (efeito pequeno/ $\eta^2 = 0,02$). Explorando diferenças entre grupos profissionais em particular, apenas se verificou que o/a(s) enfermeiro/a(s) e o/a(s) assistentes operacionais apresentaram maior somatização do que o/a(s) médico/a(s), mas não em relação a outros profissionais (efeito pequeno/ $\eta^2 = 0,05$ e efeito moderado/ $\eta^2 = 0,07$, respetivamente).

Igualmente, PS que trabalharam em serviços COVID relataram maior somatização e ansiedade (efeitos pequenos/ $\eta^2 = 0,01$). Adicionalmente, PS que fizeram teste COVID apresentaram menor qualidade de vida e maior ansiedade e somatização (efeitos pequenos; respetivamente, $\eta^2 = 0,01$; 0,01 e 0,02). Já PS que tiveram de ficar em quarentena ou isolamento relataram maior ansiedade (efeitos pequenos/ $\eta^2 = 0,02$) e somatização (efeitos pequenos/ $\eta^2 = 0,01$ e 0,03, respetivamente) [o/a(s) que ficaram de quarentena também expressaram maior depressão; efeito pequeno/ $\eta^2 = 0,01$]. O/a(s) PS que ficaram infetado/a(s) relataram menor qualidade de vida (efeito pequeno, $\eta^2 = 0,01$), mas maior ansiedade (efeito pequeno, $\eta^2 = 0,02$), somatização (efeito pequeno, $\eta^2 = 0,01$) e depressão (efeito pequeno, $\eta^2 = 0,01$). O/a(s) PS que consideraram existir aspetos positivos na vivência da pandemia vivenciaram menor stress percebido, ansiedade e somatização (efeitos pequenos; respetivamente, $\eta^2 = 0,02$, 0,01 e 0,02).

Quadro 4. Diferenças na saúde mental do/a(s) PS, por variáveis sociodemográficas, contextuais e profissionais

	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Sexo				
	Masculino (n = 146)	Feminino (n = 534)		
PSS	16,69 (7,40)	18,80 (7,11)	-2,37	,007
BSI_ans	3,93 (3,93)	4,91 (4,41)	-2,15	,032
BSI_som	1,93 (3,47)	3,42 (4,33)	-3,83	≤,001
Grau académico				
	Ensino básico/secundário (n = 107)	Lic/grau acad. Superior (n = 572)		
BSI_som	4,34 (5,43)	2,89 (3,91)	2,39	,019
Grupo profissional				
	Assist. técnico+ Assist. oper + Médico/a+ Enfermeiro/a (n = 618)	Técnico/a Sup + Técnico/a Sup de Saúde + Farmacêutico/a (n = 51)		
BSI_som	3,19 (4,22)	1,90 (2,27)	3,24	,002
	Enfermeiro/a (n = 262)	Médico/a (n = 91)		
BSI_som	3,77 (4,55)	1,55 (2,45)	4,44	≤,001
	Assist. operacional (n = 91)	Médico/a (n = 92)		
BSI_som	3,47 (4,22)	1,55 (2,45)	3,84	≤,001
Trabalhou em serviços COVID				
	Não (n = 352)	Sim (n = 328)		
BSI_ans	4,35 (3,95)	5,11 (4,69)	-2,05	,041
BSI_som	2,70 (3,60)	3,57 (4,74)	-2,43	,015
Teste de diagnóstico				
	Não (n = 442)	Sim (n = 238)		
EUROHIS-QOL-8	30,24 (4,07)	29,34 (4,62)	2,32	,021
BSI_ans	4,38 (3,91)	5,35 (4,99)	-2,35	,019
BSI_som	2,66 (3,86)	4,00 (4,68)	-3,43	≤,001
Ficar de quarentena				
	Não (n = 607)	Sim (n = 73)		
BSI_ans	4,45 (4,09)	6,82 (5,54)	-3,26	,002
BSI_dep	4,39 (4,38)	5,80 (5,46)	-2,27	,024
BSI_som	2,91 (4,00)	4,85 (5,35)	-2,78	,007
Isolamento/tratamento domiciliário				
	Não (n = 616)	Sim (n = 64)		
BSI_ans	4,51 (4,08)	6,74 (5,97)	-3,60	≤,001
BSI_som	2,90 (4,00)	5,33 (5,53)	-4,02	≤,001
Infetado/a com COVID-19				
	Não (n = 644)	Sim (n = 35)		
EUROHIS-QOL-8	30,04 (4,23)	28,00 (4,90)	2,32	,027
BSI_ans	4,51 (4,11)	8,10 (6,31)	-4,63	≤,001
BSI_dep	4,40 (4,42)	7,14 (5,61)	-3,20	≤,001
BSI_som	2,92 (4,02)	6,45 (5,77)	-3,35	,027
Experiência teve aspetos positivos				
	Não (n = 87)	Sim (n = 593)		
PSS	21,14 (8,12)	18,00 (7,00)	3,34	≤,001
BSI_ans	6,38 (5,95)	4,48 (4,00)	2,61	,011
BSI_som	4,29 (5,76)	2,96 (3,92)	3,33	≤,001

Nota: PSS = Escala de Stress Percebido; BSI_ans = Inventário Breve de Sintomas_ ansiedade; BSI_dep = Inventário Breve de Sintomas_ depressão; BSI_som = Inventário Breve de Sintomas_ somatização; EUROHIS-QOL-8 = Índice de Qualidade de vida; *n* = frequência; *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = *t* de Student; *p* = nível de significância; Lic = Licenciatura; acad = académico

Uma análise de variância entre grupos permitiu explorar o impacto da vivência do/a(s) PS a um nível pessoal-familiar e profissional quanto aos níveis de stress percebido, qualidade de vida e sintomas de ansiedade, depressão e somatização. O/a(s) PS foram divididos em três grupos em termos de vivência pessoal-familiar e profissional (1) neutra + difícil mais suportável; 2) difícil; 3) muito difícil + extremamente difícil).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,001$) entre os três grupos em todas as variáveis: stress percebido, $F = 69,15$; qualidade de vida, $F = 38,23$; ansiedade, $F = 58,04$; depressão, $F = 35,38$; e somatização, $F = 43,15$, exatamente iguais (os mesmos valores), em termos estatísticos, quanto à vivência pessoal-familiar e profissional.

As comparações post-hoc, com testes de Tukey, mostraram que o/a(s) PS que consideraram a vivência da pandemia “neutra” ou “difícil, mas suportável” ($M = 15,48$; $DP = 6,69$) apresentaram menos stress percebido do que o/a(s) que a consideraram “difícil” ($M = 20,49$; $DP = 6,74$) e “muito difícil” ou “extremamente difícil” ($M = 22,98$; $DP = 6,49$) (tamanho do efeito grande; $\eta^2 = 0,20$). Igualmente, o/a(s) PS que encararam a pandemia “neutra” ou “difícil, mas suportável” ($M = 31,21$; $DP = 3,92$) apresentaram maior qualidade de vida do que o/a(s) que a consideraram “difícil” ($M = 28,73$; $DP = 3,86$) e “muito difícil” ou “extremamente difícil” ($M = 27,93$; $DP = 4,40$) (tamanho do efeito moderado; $\eta^2 = 0,12$). Adicionalmente, o/a(s) PS que vivenciaram a pandemia como “neutra” ou “difícil, mas suportável” apresentaram menores níveis de ansiedade, depressão e somatização do que o/a(s) que a consideraram “difícil” e “muito difícil” ou “extremamente difícil”. O/a(s) PS que consideraram esta mesma vivência “difícil” também apresentaram níveis menores de todo o tipo de sintomas, por comparação com o/a(s) que a encararam como “muito difícil” ou “extremamente difícil” [respetivamente: ansiedade, $M = 3,29$; $DP = 3,14$ vs. $M = 5,11$; $DP = 3,79$ vs. $M = 7,70$, $DP = 5,50$ (tamanho do efeito grande; $\eta^2 = 0,17$); depressão, $M = 3,13$, $DP = 3,57$ vs. $M = 5,41$, $DP = 4,61$ vs. $M = 7,09$, $DP = 5,16$ (tamanho do efeito grande; $\eta^2 = 0,14$); somatização, $M = 2,03$, $DP = 2,85$ vs. $M = 3,33$, $DP = 4,13$ vs. $M = 5,50$, $DP = 5,71$ (tamanho do efeito moderado; $\eta^2 = 0,11$)].

Correlações de Pearson mostraram que quanto maior a percepção de stress entre o/a(s) PS, menor a qualidade de vida ($r = -0,59$; $p \leq 0,001$; magnitude grande) e maiores os níveis de ansiedade ($r = 0,63$; $p \leq 0,001$; magnitude grande), depressão ($r = 0,63$; $p \leq 0,001$; magnitude grande) e somatização ($r = 0,39$; $p \leq 0,001$; magnitude moderada). Encontraram-se relações significativas, mas negativas, entre a qualidade de vida e os sintomas, mostrando que quanto maiores os níveis destes sintomas, menor a percepção de qualidade de vida do/a(s) PS: depressão ($r = -0,60$; $p \leq 0,001$; magnitude grande), ansiedade ($r = -0,507$; $p \leq 0,001$; magnitude moderada) e somatização ($r = -0,46$; $p \leq 0,001$; magnitude moderada). Correlações de Pearson entre a idade e variáveis de saúde mental mostraram que quanto maior a idade dos PS, maior a percepção de stress ($r = -0,18$; $p \leq 0,001$; magnitude pequena).

DISCUSSÃO

Neste trabalho são apresentados alguns dos primeiros dados nacionais acerca do impacto da pandemia COVID-19 em PS, num período em que os hospitais ainda não haviam entrado em rutura e o país não entrara numa terceira vaga. O estudo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, *Saúde Mental em Tempos de Pandemia* (2021), que avaliou 2097 profissionais de saúde (entre maio e agosto de 2020; período em que os hospitais não estavam tão sobrecarregados), para além de pessoas da população geral, constatou que o/a(s) PS que trataram doentes com COVID-19 apresentaram percentagens maiores de ansiedade “moderada a grave”, para além de terem um risco 2,5 vezes maior de vivenciar sofrimento psicológico. O estudo constatou que foi no grupo do/a(s) médico/a(s), enfermeiro/a(s) e auxiliares que os níveis de *burnout* se revelaram superiores, afetando 43% do/a(s) profissionais.

No presente estudo, agrupámos o/a(s) PS em grupos (assistente técnico/a + assistente operacional + médico/a + enfermeiro/a versus técnico/a superior + técnico/a superior de saúde + farmacêutico), atendendo à hipótese de que o primeiro grupo poderia estar mais exposto ao impacto da pandemia, pela natureza das tarefas associadas às suas profissões, com maior contacto, à partida, com o/a(s) doentes. Este facto foi confirmado, com este grupo a apresentar maior somatização, certamente pelo contacto mais direto com doentes, como referido, pelo medo de ficar/em infetado/a(s) e de infetarem familiares, amigo/a(s) e colegas, necessidade de afastamento consequente da família, stress desencadeado pelo uso de equipamento de proteção individual, entre outros motivos. Coloca-se a hipótese, também de, pelo maior contacto com doentes, o/a(s) PS possam ter vivenciado maior grau de somatização (mal-estar associado aos sistemas cardiovascular e respiratório) atendendo a que o medo de infeção pode ter desencadeado a vivência psicossomática de sintomas. Igualmente, tal como no estudo do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (2021), também as revisões sistemáticas de Vizheh e colaboradores (2020) como de Silva e colaboradores (2021) mostraram um maior impacto em termos de saúde mental, em profissionais que lutaram mais de perto com a pandemia. O presente estudo permitiu, ainda assim, acrescentar um dado bastante relevante, quando explorámos as diferenças entre grupos de uma forma mais particular. Parece central que enfermeiro/a(s) e assistentes operacionais tenham apresentado níveis mais elevados de somatização do que o/a(s) profissionais médico/a(s), provavelmente pelo já referido contacto direto, mais continuado e muito próximo com doentes, podendo este facto afetar mais a sua saúde mental, no sentido, de novo, do contacto com doentes poder ter aumentado o medo de infeção, gerando, em alguns/algumas do/a(s) profissionais a vivência psicossomatização.

O nosso estudo mostrou, ainda, a importância de uma atitude positiva face às exigências impostas pela pandemia (a identificação de aspetos positivos no que é vivido, talvez numa lógica de gratidão), tal como o estudo de Babore e colaboradores (2020). Igualmente, a perceção que cada PS teve da experiência (pessoal-familiar e profissional) teve impacto na sintomatologia vivenciada, perceção de stress e qualidade de vida (quem teve uma perceção da experiência como neutra ou difícil, mas suportável revelou resultados mais favoráveis nessas variáveis), mais uma vez, demonstrando a importância de apoiar o/a(s) PS a desenvolver uma abordagem e/ou estratégias de *coping* face a vivências stressantes que foquem os recursos existentes e a importância de manter uma atitude positiva. Porém, o apoio oferecido aos/às PS não deve esquecer a expressão emocional e avaliação específica da perceção de cada PS (e estratégias de *coping* utilizadas), por parte de profissionais que prestem apoio emocional/psicológico/psiquiátrico, em circunstâncias semelhantes.

Tal como na revisão sistemática de Vizheh e colaboradores (2020), as mulheres, nomeadamente no grupo do/a(s) enfermeiro/a(s), apresentaram níveis maiores em sintomas psicológicos como a ansiedade e somatização, bem como de stress percebido [do que outro/a(s) PS], o que seria expectável, por ser este grupo aquele que mais intensa e diretamente está em contacto com doentes, algo que já enfatizámos. Este dado reflete, também, as já reconhecidas diferenças de sexo, de uma forma geral, quanto aos sintomas ansiosos e depressivos (Albert, 2015). Um resultado significativo a considerar diz respeito aos níveis maiores de stress percebido em PS com mais idade, apontando para a importância de, no apoio prestado aos/às PS ou nas decisões tomadas pelos serviços quanto à gestão dos recursos humanos, se atentar a esta variável.

Importa identificar algumas das limitações deste estudo, nomeadamente o facto de ser um estudo transversal, recorrendo a instrumentos de autorrelato, limitando o acesso a dados mais detalhados acerca da vivência do/a(s) PS e impedindo afirmar, verdadeiramente, causalidade, entre a vivência da pandemia e os resultados em termos de saúde mental, qualidade de vida e stress percebido (não foram controlados os níveis prévios destas variáveis, antes do estudo, para verificar se o impacto foi mesmo da pandemia).

Igualmente, a recolha de dados aconteceu no mês de julho de 2020, um período em que a população geral e o/a(s) PS haviam já vivenciado alguma adaptação às circunstâncias da pandemia e em que os serviços de saúde estavam a conseguir dar uma resposta efetiva aos novos casos, o que pode ter

condicionado os resultados. Ainda assim, o estudo permitiu recolher dados num período da evolução da pandemia [e quando se solicitou a resposta às questões e questionários, pediu-se que o/a(s) PS respondessem retrospectivamente]. Igualmente não foi questionado se o/a(s) PS estiveram, ou não, na linha da frente e a duração desse trabalho (ou carga horária envolvida), dados adicionais que importaria ter em conta, para avaliar o seu impacto nas variáveis de interesse.

O presente estudo aponta, claramente, para o impacto da pandemia na saúde mental, qualidade de vida e stress percebido do/a(s) PS (pelo menos do CHUC), em particular, considerando o/a(s) profissionais do sexo feminino e pertencendo a grupos profissionais em maior proximidade com doentes COVID, como o/a(s) enfermeiro/a(s) e assistentes operacionais. Importa que, em circunstâncias futuras, de natureza semelhante, profissionais de suporte/apoio emocional, como psicólogo/a(s) e médico/a(s) psiquiatras possam estar particularmente atento/a(s) ao rastreio de sintomas em PS pertencentes a estas categorias.

Fica, igualmente, claro o impacto de situações stressantes como o facto de o/a(s) PS terem sido testado/a(s), terem estado infetado/a(s), em isolamento e tendo de realizar quarentena, visto que estas circunstâncias se associaram a níveis maiores de sintomas de ansiedade, depressão e somatização, bem como a níveis menores de qualidade de vida e maiores níveis de stress percebido. Estes resultados eram esperados, atendendo a que todas estas circunstâncias se associam ao medo de estigma e de infetar familiares, doentes e colegas e ao stress originado por situações de maior isolamento social. Em situações de pandemia e de natureza igualmente stressante, envolvendo a possibilidade de o/a(s) PS terem de ser testado/a(s) e ficarem em isolamento/quarentena, importa que, mesmo que possa ser difícil contribuir para a redução do estigma associado, se possa garantir o apoio e reforço/contacto social, de alguma forma (via telefónica ou online) no sentido da redução dos sentimentos de isolamento, que tanto podem contribuir para os sintomas psicopatológicos.

Importa, também, que em situações futuras semelhantes, os governos reconheçam o importante papel do/a(s) PS e que as instituições de saúde possam rastrear aquele/a(s) que possam estar a necessitar de apoio e/ou que apresentem somente níveis ligeiros de sintomas, para garantir um apoio mais efetivo. É essencial que as instituições ajudem o/a(s) PS de formas concretas, estando particularmente atentas a PS do sexo feminino e de dados grupos profissionais, até porque uma percentagem elevada de PS referiu não ter sentido apoio institucional (23,7%). Intervenções de diferente natureza poderão ajudar o/a(s) PS a desenvolver estratégias de *coping* e níveis maiores de resiliência e enfrentamento, apoiando-o/a(s) na capacidade de prestação de cuidados: e.g. apoio através pares; apoio através de psicoterapia, nomeadamente via online; *psicoeducação* disponibilizada através de folhetos, livros, diretrizes publicadas pela Organização Mundial de Saúde e Ordem dos Psicólogos Portugueses; apoio disponibilizado através de linhas de apoio telefónico, como a criada pelo CHUC; intervenção em crise; treino de práticas de *mindfulness*; provisão de condições, em contexto profissional, facilitadoras do trabalho e auto cuidado, como a redução das horas de trabalho, a existência de um lugar para descanso/pausas, entre outras.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos o/a(s) PS que colaboraram neste estudo, respondendo, gentilmente, ao protocolo integrante deste estudo; agradecem, ainda, aos colegas médico/a(s) Psiquiatras e Enfermeiro/a(s) Horácio Firmino, Graça Santos, Zulmira Santos, Ándrea Marques a sua ajuda no desenho metodológico, gestão e coordenação do planeamento, formulação ou evolução das ideias, objetivos e metas de investigação (definição das questões de investigação e protocolo).

REFERÊNCIAS

- Albert, P.R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 40(4), 219-221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- Babore, A., Lambordi, L., Viceconti, M.L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., Candelori, C., Bramanti, S.M., & Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-19 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatric Research*, 293, 113366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>.
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol II; pp. 87-109). SHO/APPORT.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan, & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Psychology*. Sage.
- da Silva, F. C., & Neto, M. L. R. (2021). Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 104. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110057>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). National Computers Systems.
- Derogatis, L. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. NCS Pearson, Inc.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale Development: Theory and Applications* (Applied Social Research Methods Series, Vol. 26). Sage Publications.
- Instituto Nacional de Saúde, Doutor Ricardo Jorge (2021). *Estudo Saúde Mental em Tempos de Pandemia (SM-COVID19): principais resultados*. Acedido em 26 de fevereiro de 2021. <http://www.insa.min-saude.pt/estudo-saude-mental-em-tempos-de-pandemia-sm-covid19-principais-resultados/>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y, Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Dui, H., Chen, T., Ruiting, L., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H. Wang, G., Liu, Z. & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lee, A.M., Wong, J.G.W.S., McAlonan, G.M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P.C., Chu, C-M., Wong, P-C., Tsang, K.W.T., & Chua, S.E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>
- Mota Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *Stress nos professores portugueses - estudo IPSSO 2000*. Porto Editora.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>.
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov, & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-159). IOS Press.
- Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S.M., Muhidin, S., Javanmard, Z., & Esmaili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19(2), 1967-1978. <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9>
- World Health Organization. *Statement on the second meeting of the International Health Regulations* (2005). Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV).