U.PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Qual o impacto do surto de COVID-19 na qualidade de vida dos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Intensivos? Um estudo observacional unicêntrico

Ana Teresa Morais Magalhães

M

2021



QUAL O IMAPCTO DO SURTO DE COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHA EM CUIDADOS INTENSIVOS? UM ESTUDO OBSERVACIONAL UNICÊNTRICO

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Ana Teresa Morais Magalhães

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço: anatmagalhaes97@gmail.com

Orientadora:

Professora Doutora Carla Margarida Teixeira

Assistente Hospitalar Graduada de Anestesiologia e Medicina Intensiva, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência, CHUPorto – (Porto, Portugal)

Professora Associada convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Porto, Portugal), PhD

Investigadora no grupo CriticalMed CINTESIS, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Endereço: carlatx@gmail.com

Coorientadora:

Doutora Bárbara Antunes

Psicóloga Clínica, Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, MSc PhD

NIHR ARC Research Associate, Primary Care Unit, Department of Public Health and Primary care, University of Cambridge

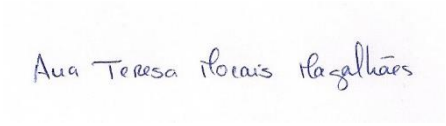
Investigadora colaboradora do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Visiting Research Associate, King's College London, Cicely Saunders Institute

Endereço: bc521@medschl.com.ac.uk

Junho 2021

Porto, junho de 2021



Assinatura da estudante



Assinatura da Orientadora



Assinatura da Coorientadora

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadora e coorientadora pelo incentivo, apoio, suporte e disponibilidade permanente. Pelo espírito crítico e construtivo necessário para a criação, progressão e aperfeiçoamento do trabalho.

Aos meus colegas, amigos e família pela base sólida e inabalável que me sustentou e deu alento ao longo desta caminhada.

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida profissional é um aspeto vital no desempenho laboral e no grau de satisfação dos indivíduos, englobando aspetos positivos (Satisfação por Compaixão) e negativos (Fadiga por Compaixão). Trabalhar em Unidades de Cuidados Intensivos confere aos indivíduos uma exposição diária a um ambiente de *stress*, conduzindo a níveis mais elevados de *Burnout* e Fadiga por compaixão. Com a situação pandémica por COVID-19 os níveis de *stress* no local de trabalho aumentaram, pela incerteza e medo associados a uma doença nova e sobre a qual o conhecimento ainda é escasso.

Objetivos: Determinar o nível de qualidade de vida profissional durante a pandemia por COVID-19, utilizando a "Escala de Qualidade de Vida Profissional Versão 5 (ProQOL5)" em profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Intensivos. Identificar e explorar fatores associados a maior risco de Fadiga por Compaixão.

Métodos: Estudo observacional, cuja população-alvo são os médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica que trabalham na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Centro Hospitalar e Universitário do Porto. Foi aplicado um questionário eletrónico aos participantes e recolhida informação de forma a caracterizar os doentes com COVID-19 internados na Unidade. Os dados recolhidos foram analisados no software SPSS versão 27.

Resultados: A taxa de resposta foi de 27%. 71% dos participantes são mulheres. Mais de 80% da amostra conhece o termo *Burnout*, mas menos de metade conhece os termos Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão. Não houve ninguém com baixo nível de Satisfação por Compaixão e alto nível de *Stress* Traumático Secundário e *Burnout*. Os médicos são o grupo com mais Satisfação por Compaixão e *Burnout* e os assistentes operacionais com mais *Stress* Traumático Secundário. A maioria dos participantes relata sentimentos negativos no que toca ao tratamento de doentes COVID-19, limitações de visitas e comunicação à distância. 22% dizem ter melhor qualidade de vida profissional, 46% dizem estar igual e 36% dizem ter piorado. Os enfermeiros são os que mais vezes dizem ter pior qualidade de vida profissional. Parece haver relação entre a experiência profissional e o nível de *Burnout*.

Conclusões: Cerca de 60% da amostra tem nível moderado de Satisfação por Compaixão e baixo de Stress Traumático Secundário. 55% apresenta nível moderado de Burnout. Parece não haver risco significativo de Fadiga por Compaixão. A maioria expressa sentimentos negativos relativos à restrição de visitas e necessidade de comunicar com as famílias pelo telefone.

PALAVRAS – CHAVE: Qualidade de Vida; Fadiga por Compaixão; Satisfação por Compaixão; *Burnout*; Profissionais de Saúde; COVID–19

ABSTRACT

Introduction: The quality of professional life is a vital aspect in the work performance and in the degree of satisfaction of the individuals, compassing positive (Compassion Satisfaction) and negative aspects (Compassion Fatigue). Working in Intensive Care Units expose individuals daily to a stressful environment, leading to higher levels of burnout and compassion fatigue. With the COVID-19 pandemic situation, stress levels in the workplace increased due to the uncertainty and fear about a new disease and little knowledge about it.

Objective: Determine the level of professional quality of life during the COVID-19 pandemic, using the "Professional Quality of Life Scale Version 5 (ProQOL5)" in health professionals working in Intensive Care. Identify and explore factors associated with increased risk of Compassion Fatigue.

Methods: Observational study, which includes doctors, nurses and medical assistants who work at the Polyvalent Intensive Care Unit of Centro Hospitalar Universitário do Porto. An electronic questionnaire was applied to the participants and information was collected in order to characterize hospitalized patients with COVID-19 admitted in Unit. The data were analysed using SPSS software version 27.

Results: The response rate was 27%. 71% of the participants are women. More than 80% of the sample know the term Burnout, but less than half know the terms Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction. There was no one with a low level of Compassion Satisfaction and a high level of Secondary Traumatic Stress and Burnout. Physicians are the group with the most Compassion Satisfaction and Burnout. Operational assistants have the most Secondary Traumatic Stress. Most participants report negative feelings regarding the treatment of COVID-19 patients, limitations on visits and distance communication. 22% have better quality of life, 46% equal and 36% worse. Nurses are the ones who most often say they have a worse quality of professional life. There seems to be a relationship between professional experience and the level of Burnout.

Conclusions: About 60% of the sample has a moderate level of Compassion Satisfaction and low Secondary Traumatic Stress. 55% have a moderate level of Burnout. There seems to be no significant risk of Compassion Fatigue. Most participants reported negative feelings about restricting visits and the need to communicate with families over the phone.

KEYWORDS: Quality of Life; Compassion Fatigue; Compassion Satisfaction; Burnout; Health personnel; COVID-19

LISTA DE ABREVIATURAS

COVID-19 – Coronavirus disease 2019

SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

CHUP – Centro Hospitalar e Universitário do Porto

DACIE – Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência

DEFI – Departamento de Ensino, Formação e Investigação

DP – Desvio padrão

SOFA – Sequential organ Failure Assessment

SAPS II – Simplified Acute Physiology Score II

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO ... 1
MÉTODOS ... 3
Tipo de investigação ... 3
População e amostra ... 4
Instrumento de recolha de dados ... 4
Procedimento de recolha de dados ... 5
Aspetos éticos do estudo ... 6
Análise dos dados ... 6
RESULTADOS ... 7
Caracterização da UCIP e dos doentes internados ... 7
Caracterização da Unidade ... 7
Caracterização dos doentes internados na UCIP ... 7
Caracterização dos profissionais de saúde ... 8
Caracterização sociodemográfica e profissional ... 8
Conhecimento dos conceitos em estudo ... 9
Escala de qualidade de vida profissional (ProQOL 5) ... 9
Correlações da profissão, experiência profissional e carga horária semanal com Satisfação por Compaixão, *Stress* Traumático Secundário e *Burnout* ... 10
Correlação entre as 3 subescalas ... 11
Caracterização aprofundada das vivências ... 11
Prestação de cuidados a doentes COVID -19 ... 11
Risco de Contágio ... 11
Impacto da limitação das visitas ... 12
Comunicação com os familiares à distância ... 12
Apoio no local de trabalho durante a pandemia ... 13
Perspetiva individual da qualidade de vida profissional atual ... 13
DISCUSSÃO ... 14
Conhecimento dos conceitos em estudo ... 14
Escala de qualidade de vida profissional ... 14
Caracterização aprofundada das vivências ... 16
Aspetos positivos e limitações do estudo ... 18
CONCLUSÃO ... 19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ... 40
ANEXOS ... 43
Anexo 1 – Questionário eletrónico aos profissionais ... 43

Anexo 2 – Folheto informativo..... 58
Anexo 3 – Formulário de Caracterização dos doentes e da Unidade 59
Anexo 4 - Autorização do autor do estudo de validação da escala para português..... 60
Anexo 5 – Autorização oficial para uso da escala ProQOL5..... 61
Anexo 7 – Autorizações institucionais para a realização do estudo 62

LISTA DE TABELAS

Tabela I *Outcome* dos doentes COVID-19 21
Tabela II Dados demográficos da amostra 22
Tabela III Caracterização profissional 23
Tabela IV Distribuição da mediana em cada item da Escala de Qualidade de Vida Profissional 24
Tabela V Distribuição dos resultados da Escala de Qualidade de Vida Profissional 26
Tabela VI Score da Escala de Qualidade de Vida Profissional 27
Tabela VII Frequência de respostas nas perguntas de resposta aberta 28

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição do conhecimento do termo Fadiga por Compaixão por profissão 29
Figura 2 Distribuição do conhecimento do termo Satisfação por Compaixão por profissão 30
Figura 3 Distribuição do conhecimento do termo *Burnout* por profissão 31
Figura 4 Distribuição por profissão do nível de Satisfação por Compaixão 32
Figura 5 Distribuição por profissão do nível de *Stress* Traumático Secundário 33
Figura 6 Distribuição por profissão do nível de *Burnout* 34
Figura 7 Perceção de apoio pela instituição distribuído por profissão 35
Figura 8 Perceção de apoio pelo serviço distribuído por profissão 36
Figura 9 Perceção de apoio pelos pares distribuído por profissão 37
Figura 10 Perceção de apoio pela equipa distribuído por profissão 38
Figura 11 Perspetiva individual da qualidade de vida atual distribuído por profissão 39

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida profissional tem um papel crucial no desempenho laboral e na satisfação profissional e pessoal de cada indivíduo. Embora, haja interesse crescente nesta área, o conceito de "Qualidade de Vida Profissional" continua a ser pouco estudado e compreendido na área da saúde.[1] Beth Stamm, autora da escala "Professional Quality of Life Scale", considera que o termo qualidade de vida profissional engloba aspetos positivos (Satisfação por Compaixão) e negativos (Fadiga por Compaixão), sendo o seu nível influenciado pelo balanço de ambos os aspetos.[2]

Satisfação por compaixão refere-se a sentimentos positivos relacionados com o trabalho, nomeadamente sentimentos de satisfação, realização e concretização. Por exemplo, o facto de se sentir capaz de ajudar os outros, de fazer a diferença, de ser afetivo e atencioso no processo de cuidar, entre outros.[2-4]

Fadiga por compaixão traduz uma redução da capacidade de sentir alegria e/ou, preocupação com alguém, podendo ocorrer num contexto de exposição contínua ao sofrimento do outro, durante o ato de cuidar.[4, 5] Desta forma, os profissionais de saúde, sendo cuidadores por excelência, estarão particularmente suscetíveis a este fenómeno. De acordo com Stamm, Fadiga por Compaixão divide-se em duas partes: *Burnout* e *Stress* Traumático Secundário.[2] Neste sentido, quando se refere Fadiga por Compaixão está inerente a existência de elevados níveis de *Burnout* e *Stress* Traumático Secundário e tendencialmente níveis inferiores de Satisfação por Compaixão, condicionando pior qualidade de vida profissional.[5]

O termo *Burnout* refere-se a uma síndrome que se caracteriza por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal e profissional.[6] Além disso, a pessoa pode também manifestar sentimentos de frustração, tristeza, ira, depressão e sensação de que os esforços por si empreendidos não são suficientes.[3] Este estado de exaustão tem consequências psicológicas e físicas para o indivíduo e vai afetar o seu desempenho profissional.[7] Está relacionada com o *stress* profissional crónico ou prolongado, ocorrendo mais frequentemente em situações de elevada carga laboral, trabalhos associados a elevados níveis pressão, quando existem conflitos entre pares e com os doentes/família, pouco suporte e pouco reconhecimento no seio do seu ambiente de trabalho.[2, 5]

Por sua vez, *Stress* Traumático Secundário pode ser definido como a existência de sentimentos negativos associados a medo ou a um trauma relacionado com o trabalho[2], resultando de uma exposição indireta ao trauma, ou seja, do contacto com pessoas que experienciaram eventos traumáticos de *stress* muito intenso.[3] Algumas das manifestações associadas ao S*tress* Traumático Secundário são o sentimento de medo, dificuldade em dormir,

o surgimento de imagens intrusivas do evento traumático e a tentativa de evitar recordar esse ou esses eventos.[2]

Trabalhar em unidades de cuidados intensivos confere aos indivíduos exposição diária a um ambiente de grande *stress* uma vez que ali se tratam doentes graves, em situações muitas vezes complexas e potencialmente ameaçadoras de vida.[6] Esta sobrecarga pode afetar o bem-estar e o desempenho das funções laborais, pois o trabalho em ambiente de elevado *stress* tem sido relacionado com maior probabilidade dos trabalhadores desenvolverem perturbações de ansiedade, depressão e *Burnout*.[8] Neste sentido, é expectável que também tenham maior risco de Fadiga por Compaixão. Efetivamente, uma revisão sistemática realizada em 2014 refere que a prevalência em Unidades de Cuidados Intensivos de Fadiga por Compaixão varia entre 7,3% e 40% e a prevalência de *Burnout* varia de 0% a 70.1%.[9] No mesmo sentido, um estudo realizado em Portugal, com o objetivo de comparar o risco de *Burnout* entre profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos e os que trabalham em cuidados intensivos concluiu que trabalhar em cuidados intensivos duplica o risco de desenvolver *Burnout*.[6]

Os primeiros casos de COVID-19 foram relatados em Wuhan (China), no final de 2019, tendo sido reportados inicialmente com uma pneumonia viral de etiologia desconhecida. Já a 9 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas anunciam que a doença é causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).[10, 11] Em março de 2020 foram confirmados os primeiros casos de infeção por SARS-CoV-2 em Portugal, sendo o primeiro caso registado no dia 2 de março.[12] Dez dias depois, a 12 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde reconheceu o surto pelo novo coronavírus como pandemia[13] e desde então, vivemos numa situação pandémica que obrigou a uma reorganização das sociedades a nível mundial, entre as quais, a reorganização dos cuidados de saúde. Os doentes internados deixaram de ter visitas, durante um período considerável quase toda a atividade programada foi suspensa e muitos profissionais viram a sua atividade laboral ser deslocada para as "Áreas COVID", com todas as incertezas e medo que isso trouxe, entre as quais o medo de contrair a doença e de contagiar os seus familiares e amigos, preocupação relativa à escassez de material de proteção individual numa fase inicial e com os maus *outcomes* e morte dos doentes apesar de investirem todos os esforços nos seus tratamentos.[14]

Alguns meses após início do surto começaram a surgir estudos no sentido de perceber o impacto que estas alterações tiveram na saúde física e mental dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados aos doentes COVID-19. Um desses estudos foi realizado num hospital da Lombardia, em Itália, um dos países europeus mais atingido pela pandemia numa fase inicial, particularmente naquela região. Este aponta níveis mais elevados de *Burnout* e sintomas do foro psicológico nos profissionais de saúde durante a pandemia, quando

comparado com aquilo que era conhecido previamente.[15] Outros estudos, grande parte deles direcionados a trabalhadores de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), revelam um aumento significativo de queixas como ansiedade, irritabilidade, insónia, medo e angústia, constatando um provável atingimento negativo na saúde mental destes trabalhadores.[14, 16, 17] Estas queixas terão provavelmente relação com a sobrecarga no trabalho e também com a escassez de equipamentos de proteção individual.[16] Há ainda relato de pensamentos em automutilação entre elementos da equipa, numa taxa significativa.[14] Greenberg refere que as dificuldades relatadas pelos participantes foram especialmente prevalentes no grupo de enfermagem.[14]

As UCI tiveram particular destaque na gestão da pandemia, uma vez que houve um aumento exponencial de doentes críticos e a necessitar de medidas de suporte avançado de vida. Desta forma estas equipas tiveram necessidade de aumentar e expandir a oferta dos seus cuidados, muitas vezes à custa de equipas mais reduzidas, com maior carga de trabalho e com escassez de material de proteção individual, mas também de camas e de dispositivos tecnológicos necessários para o suporte destes doentes, como por exemplo os ventiladores.[14, 16] Perante a escassez de recursos viram-se em muitas vezes em situações limite e perante questões éticas, o que promoveu um aumento dos níveis de *stress* psicológico nestes profissionais.[16, 18]

Assim, visto que vivemos uma situação pandémica e existe uma corrente de estudos em vários países a evidenciarem o impacto que esta está a ter na saúde e bem-estar dos trabalhadores, surge este trabalho, direcionado a profissionais de saúde que trabalham numa Unidade de Cuidados Intensivos em Portugal. O objetivo principal é determinar o nível de qualidade de vida profissional em médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica durante a pandemia, tendo por base o questionário "Escala de Qualidade de Vida Profissional Versão 5" (ProQOL5). Adicionalmente pretende explorar possíveis fatores associados a aumento do risco de Fadiga por Compaixão, como por exemplo tratar doentes com infeção por SARS-CoV2, a gravidade clínica e/ou *outcome* dos mesmos, comunicar informação aos familiares de forma não presencial, essencialmente pelo telefone, e a limitação das visitas aos doentes internados durante este período.

MÉTODOS

Tipo de investigação

Foi desenvolvido um estudo observacional e analítico, misto, unicêntrico, aplicado numa Unidade de Cuidados Intensivos no Norte de Portugal, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP).

População e amostra

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, do Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência (DACIE), especificamente os que trabalham na UCIP e médicos que colaboram na Sala de Emergência do Centro Hospitalar e Universitário do Porto, ou trabalharam em pelo menos algum momento entre março de 2020 a março de 2021. O facto de ter tratado ou não doentes com COVID-19 não foi um fator de exclusão.

Instrumento de recolha de dados

Foi usado um questionário eletrónico para a recolha de dados, constituído por 4 partes. A Parte I composta por questões sociodemográficas e de caracterização profissional. A Parte II corresponde a um conjunto de questões sobre o conhecimento dos termos em estudo, nomeadamente Fadiga por Compaixão, Satisfação por Compaixão e *Burnout*.

Na Parte III surge a "Escala de Qualidade de Vida Profissional Versão 5 (ProQOL5)", que constitui o principal objeto de estudo deste trabalho, devidamente traduzida e validada para Portugal por Carvalho e Sá (2011)[3]. Esta escala é composta por 30 questões divididas por 3 subcategorias que avaliam os 3 fenómenos diferentes– Satisfação por Compaixão, Stress Traumático Secundário e *Burnout* – havendo 10 questões relativas a cada subcategoria. É uma escala do tipo Likert, que assenta em 5 pontos com descritores, em que 1=Nunca; 2= Raramente; 3=Por vezes; 4=Frequentemente e 5=Muito frequentemente. Para a interpretação dos resultados, somam-se as respostas de cada uma dessas subcategorias. As questões relativas a Satisfação por Compaixão são 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 e 30. As questões relativas ao *Stress* Traumático Secundário correspondem aos itens 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 e 28. Por último, as questões relativas ao *Burnout* são 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 e 29, sendo que no cálculo final da pontuação desta subcategoria as respostas dos itens 1, 4, 15, 17 e 29 devem ser invertidas. Para valores inferiores a 23 pontos o nível da problemática é baixo, para valores entre 23 e 41 é moderado e finalmente pontuações acima de 42 correspondem a um nível elevado. O nível de qualidade de vida profissional obtêm-se através da combinação das 3 subescalas. De acordo com o manual ProQOL da autoria de Beth Stamm, as 3 subescalas devem ser interpretadas em combinação, sendo aquela com resultado mais positivo a que combina elevada Satisfação por Compaixão com moderados a baixos níveis de *Stress* Traumático Secundário e *Burnout*. As pessoas deste grupo provavelmente não sofrem de nenhuma perturbação relacionada com o trabalho e geralmente são boas "influências" para os restantes elementos da equipa. No extremo oposto, temos o grupo que tem pontuação elevada quer na escala de *Stress* Traumático

Secundário, quer na de *Burnout* e simultaneamente apresentam baixa pontuação na escala de Satisfação por Compaixão. Numa situação intermédia existem 3 possíveis combinações. A primeira situação caracteriza-se por elevado *Stress* Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão e baixo *Burnout* – esta combinação está geralmente associada a profissionais que trabalham em cenário de guerra e violência, estes tendem a ser altamente eficientes porque sentem que o seu trabalho é essencial, no entanto vivem constantemente com medo. Na segunda combinação ocorre elevado *Stress* Traumático Secundário e baixo nível de *Burnout* e de Satisfação por Compaixão – neste grupo incluem-se aquelas pessoas expostas direta ou indiretamente a um evento de elevado *stress* ou perigo e ao contrário do grupo anterior, poderão desenvolver uma perturbação psicopatológica que vai ter repercussão no seu desempenho profissional. Na última situação há elevado nível de *Burnout* e baixo a moderado nível de Satisfação por Compaixão e *Stress* Traumático Secundário – aqui incluem-se as pessoas em risco de sofrem de exaustão física e emocional, despersonalização e baixa realização, tendo impacto no seu desempenho laboral.[2] A ProQOL é uma ferramenta válida para fins de investigação, não devendo ser usada como teste de diagnóstico.[19]

A última parte do questionário, inclui 10 questões de escolha múltipla e 14 questões de resposta aberta com vista a caracterizar de forma mais aprofundada as vivências dos profissionais de saúde.

Procedimento de recolha de dados

O questionário foi enviado para os potenciais participantes através do correio eletrónico institucional. Foi divulgado através de um *link* da plataforma *Google Forms,* que dava acesso ao questionário, folheto informativo e consentimento livre e informado. Foi sugerido aos participantes lerem o folheto informativo e o consentimento livre e informado, sendo necessário assinalar a sua vontade expressa de participação no estudo antes de avançar para o questionário propriamente dito.

Os e-mails institucionais foram obtidos por solicitação aos responsáveis de cada grupo de profissional, após obtenção da autorização institucional para a realização do estudo.

O questionário foi enviado a primeira vez no dia 1 de março de 2021, tendo obtido 31 respostas ao mesmo, nesta primeira fase. Face à taxa de resposta, optamos por reenviar os e-mails, tendo sido reenviados nos dia 23 de março de 2021 e 9 de abril de 2021, tendo obtido no total 38 respostas. O questionário foi encerrado definitivamente no dia 21 de abril, cerca de 2 semanas após o último envio.

Simultaneamente, foi feita uma recolha anónima de dados dos doentes com COVID-19 internados na UCIP. Esta recolha foi feita a partir do processo clínico eletrónico (*SClinico*) dos doentes, com o objetivo de fazer uma caracterização sociodemográfica, da gravidade clínica e do *outcome*.

Aspetos éticos do estudo

O projeto do estudo foi submetido ao regente da Unidade Curricular Tese/Dissertação, com resposta favorável à realização do mesmo e obteve aprovação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI), do Responsável pelo Acesso à Informação Clínica e da Comissão de Ética CHUP/ICBAS em fevereiro de 2021 - 2021.013(010-DEFI/010-CE).

Análise dos dados

A análise estatística dos dados foi feita com o software SPSS versão 27. Foi feita uma análise descritiva dos dados sociodemográficos, de caracterização profissional, assim como da escala de avaliação da qualidade de vida profissional. Os dados provenientes das questões com resposta aberta foram analisados com recurso a análise temática.

O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado num valor de $\alpha \geq 0,05$ com intervalos de confiança a 95%.

A normalidade foi testada através do teste de Shapiro-Wilk. Nas variáveis com distribuição normal foi usada a média, naquelas que apresentavam distribuição não normal foi utilizada a mediana.

Quanto aos dados omissos, quando um participante não respondeu a nenhuma questão de uma parte do questionário, foi excluído da análise dos dados da parte em questão. Nos casos em que respondeu a algumas das perguntas, mas não a todas, foi assumido o valor da média ou da mediana, conforme a normalidade dessa variável.

Foi usado o teste de Qui-quadrado para avaliar a probabilidade de as diferenças observadas entre variáveis categóricas ocorrerem por acaso. No estudo, usamos este teste para avaliar se a profissão poderá ter alguma influência nos níveis de Satisfação por Compaixão, *Stress* Traumático Secundário e *Burnout.*

Foi avaliada a existência de correlação, entre a pontuação de Satisfação por Compaixão, *Stress* Traumático Secundário e *Burnout* e o número de anos de experiência profissional e a carga horária semanal. Ou seja, tentamos perceber se há interdependência entre as variáveis que influenciam a qualidade de vida profissional e as restantes variáveis referidas. Foi também avaliada a existência de relação entre Satisfação por Compaixão, *Stress* Traumático Secundário

e *Burnout*. Para avaliação das correlações entre variáveis contínuas, foi determinado o coeficiente de correlação usando o r do teste de Pearson, nos casos em que as variáveis seguiam uma distribuição normal e o *ρ* teste de Spearman quando esta condição não se verificou. O coeficiente de correlação tem uma distribuição entre os valores -1 e 1, sendo que um coeficiente igual a 1 representa uma relação perfeita positiva e um coeficiente igual a -1 uma correlação perfeita negativa. Entre 0,70 < r < 0,99 indica uma correlação muito alta; 0,50 < *r* < 0,69 indica uma correlação forte; 0,30 < *r* < 0,49 significa uma correlação moderada; 0,10 < *r* < 0,29 aponta para uma correlação fraca e 0,01 < *r* < 0,09 indica uma correlação desprezível.[20]

RESULTADOS

Caracterização da UCIP e dos doentes internados

Nesta secção é feita uma caracterização da unidade onde o estudo foi conduzido, bem como dos doentes com COVID-19 que aí estiveram internados. Os resultados a seguir apresentados foram obtidos através dos dados fornecidos pelos representantes de cada grupo profissional ou através da consulta do processo clínico eletrónico dos doentes.

Caracterização da Unidade

O questionário foi aplicado nos trabalhadores da UCIP do DACIE do Hospital de Santo António no Porto. Esta Unidade tem capacidade para 12 camas destinadas a doentes críticos. De acordo com os contactos fornecidos a Unidade tem 140 profissionais, sendo 19 assistentes operacionais, 45 enfermeiros e 76 médicos. No grupo dos médicos importa fazer a ressalva que o número de profissionais a trabalhar na Unidade diariamente é muito inferior, nomeadamente 7 assistentes seniores e 8 a 10 internos de formação específica por semestre. Depois há uma equipa de médicos que colaboram na equipa da Sala de Emergência, que se encontra sob a responsabilidade da UCIP, em períodos noturnos e ao fim-de-semana.

Destes 140 potenciais participantes, 38 (27%) aceitaram participar no estudo e submeteram as suas respostas ao questionário, juntamente com a declaração de participação livre e informada. A taxa de resposta foi superior no grupo dos assistentes operacionais, com 10 (53%) dos trabalhadores deste grupo a responder, seguindo-se o grupo de enfermagem com 14 (31%) a participar e o grupo dos médicos, também com 14 participantes (18%).

Caracterização dos doentes internados na UCIP

A UCIP esteve dedicada ao tratamento de doentes graves COVID-19 entre os dias 11 de março a 30 de maio de 2020. Durante este período estiverem internados nessa Unidade 39 doentes. A média de idades foi de 65 (Desvio-padrão [DP]=11,51), a pessoa mais nova aí

internada tinha 30 anos e a mais velha 85. Quanto ao género, 23 (59%) dos internados eram homens.

Todos os doentes foram admitidos por "Doença respiratória". Em termos de gravidade, foram calculados 2 *scores*, o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) e o Simplified Acute Physiology Score II (SAPS II). A pontuação média do SOFA foi de 7 pontos (DP=3,33) e a pontuação média do SAPS II foi de 38 pontos (DP=14,59).

A mediana de dias de internamento na UCIP foi de 6 dias, sendo o valor mínimo registado de 1 dia de permanência na unidade e o valor máximo de 55 dias.

Quanto ao *outcome* dos doentes na UCIP, foram considerados 2 grupos principais, ou seja, "Morreu" vs. "Alta", e no último foi tentado especificar qual foi o destino após a alta da Unidade. Assim, 16 doentes faleceram na UCIP (41%) e os restantes tiveram alta, tendo sido 8 (21%) transferidos para uma unidade de internamento de Medicina Interna, 7 (18%) para o internamento de Infeciologia, 3 (8%) para outra unidade hospitalar e 2 (5%) para uma Unidade com capacidade de realizar de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO). Em 3 doentes (8%) não possível identificar o resultado final na UCIP. O *outcome* final dos doentes no hospital, seguiu o mesmo esquema descrito para o *outcome* da UCIP, e encontra-se descrito na Tabela I.

Caracterização dos profissionais de saúde

Nesta secção é apresentada a caracterização sociodemográfica dos profissionais (Parte I do questionário), o nível de conhecimento dos conceitos Fadiga por Compaixão, Satisfação por Compaixão e *Burnout* (Parte II), o nível de qualidade de vida profissional (Parte III) e uma caracterização mais aprofundada das vivências durante os 12 meses anteriores à resposta ao questionário (Parte IV).

Caracterização sociodemográfica e profissional

Do total de participantes, 27 (71%) são do género feminino, sendo a idade média dos participantes 41 anos (DP=8,49), como apresentado na Tabela II. Vinte e um (55%) dos participantes são casados, 11 (29%) são solteiros, 4 (11%) vivem em união de facto e 2 (5%) estão divorciados. Treze (34%) profissionais afirmaram ter vivido separados do seu agregado familiar, pelo menos em algum momento, durante a atual pandemia.

Dos 38 participantes 14 (37%) são médicos, 14 (37%) são enfermeiros e 10 (26%) são assistentes operacionais. No grupo dos médicos, metade são assistentes, 5 (36%) são assistentes graduados e os 2 restantes são internos da especialidade. No grupo dos enfermeiros 4 (29%) são enfermeiros especialistas.

Quanto às habilitações académicas, representadas na Tabela III, a maioria tem formação no ensino superior.

A maioria dos participantes trabalha em regime de exclusividade no serviço público, (n=20, 53%), havendo também participantes que conciliam o trabalho no Serviço Nacional de Saúde (SNS) com o regime privado, docência, investigação ou outras atividades, nas proporções representadas na Tabela III. Quando questionados relativamente a alteração da atividade profissional durante o surto de COVID–19, dos 37 participantes que responderam, apenas 1 (3%) refere ter tido suspensão da atividade privada na primeira vaga de doença.

Relativamente à carga horária semanal, a mediana foi de 35 horas (mínimo 30 horas – máximo 86 horas), e em relação ao número de anos de experiência profissional, a média foi de 16 anos (DP=7,75), sendo o valor mínimo de 4 anos de experiência e o máximo de 30 anos.

Conhecimento dos conceitos em estudo

Dezassete participantes (45%) responderam afirmativamente à questão "Já teve contato/conhece o termo Fadiga por Compaixão?", 16 (42%) afirmam conhecer o termo Satisfação por Compaixão e 31 participantes (82%) afirmam já ter tido contacto ou conhecer o termo *Burnout.* Um (3%) participante não respondeu à primeira questão.

Quando avaliado por grupo profissional (Figuras 1, 2 e 3), os médicos apresentam melhor conhecimento sobre os termos, já que mais de metade (n=9, 64%) afirma conhecer os termos Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão, e todos conhecem o termo *Burnout*. Quanto aos enfermeiros, todos afirmam conhecer o termo *Burnout* e apenas 3 (30%) assistentes operacionais dizem conhecer este termo.

Escala de qualidade de vida profissional (ProQOL 5)

A mediana de cada item encontra-se na Tabela IV. A pontuação média de cada uma das 3 subescalas encontra-se na Tabela V e a caracterização da pontuação total é apresentada na Tabela VI.

Nenhum participante apresenta baixa Satisfação por Compaixão. Os *scores* da amostra distribuíram-se assim entre o nível médio (23-41 pontos) e alto (≥42 pontos), com 24 (63%) e 14 (37%) dos participantes, respetivamente, a enquadrarem-se nestes níveis. A Figura 4 apresenta a análise por classe profissional, onde se observa que os médicos obtiveram o nível mais alto.

Relativamente à subcategoria de *Stress* Traumático Secundário, não houve nenhum participante com valor alto. Vinte e três (61%) dos participantes apresentam baixo nível e os restantes 15 (40%) tem nível moderado. Na análise por profissões (Figura 5), quer o grupo de

médicos quer o de enfermeiros apresentam mais de dois terços com baixo nível. No grupo dos assistentes operacionais verifica-se que 6 (60%) pontuam entre 22 e 41, o que significa um nível moderado de *Stress* Traumático Secundário.

Na subcategoria de *Burnout*, não se identifica nenhum participante com nível alto. Vinte e um (55%) profissionais apresentam nível moderado. Os restantes 17 (45%) pontuaram em nível baixo. Quando avaliada a distribuição por grupo laboral (Figura 6), os enfermeiros são os que mais pontuaram nível baixo e os médicos são os que mais pontuaram nível médio.

Em relação ao nível de Qualidade de Vida Profissional nenhum participante se encontra com nível baixo de qualidade de vida profissional dado que nenhum pontuou alto nível de *Burnout* e *Stress* Traumático Secundário e baixo nível de Satisfação. Da mesma forma, nenhum apresenta alto nível de Fadiga por Compaixão, pois não se verificaram altos níveis de *Burnout* e *Stress* Traumático Secundário.

Quinze (39%) participantes obtiveram a melhor combinação possível das 3 subescalas, tendo assim uma boa Qualidade de Vida Profissional. Quando avaliado por profissão, todas as profissões têm 5 participantes nesta categoria (37% dos médicos e enfermeiros e 50% dos assistentes operacionais). Para os restantes participantes não foi possível incluí-los em nenhuma combinação, pois não cumprem os critérios para inclusão em nenhuma das preconizadas pela autora da escala.

Correlações da profissão, experiência profissional e carga horária semanal com Satisfação por Compaixão, *Stress* Traumático Secundário e *Burnout*

Quando testamos os grupos laborais para ver se há diferenças entre as pontuações do nível de Satisfação por Compaixão, *Stress* Traumático Secundário e *Burnout*, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p=0,808, p=0,280 e p=0,292, respetivamente).

Usamos a Correlação de Pearson para avaliar a relação entre o número de anos de experiência profissional e a pontuação nas 3 subescalas. Na relação com Satisfação por Compaixão foi obtido um r=0,154, que corresponde a uma correlação fraca. Quanto à relação com *Stress* Traumático Secundário obteve-se um r=-0,269, indicando também uma correlação fraca. Em relação ao *Burnout* o r=-0,336, correspondendo a uma correlação moderada.

No que diz respeito ao número de horas de trabalho semanal, verificou-se que a correlação com Satisfação por Compaixão é desprezível (ρ=-0,015) e as correlações com *Stress* Traumático Secundário e *Burnout* são fracas (ρ=0,143 e ρ=0,219, respetivamente).

Correlação entre as 3 subescalas

Os resultados obtidos apontam para uma correlação moderada entre Satisfação por Compaixão e *Burnout* (r=-0,433), bem como uma correlação moderada entre *Stress* Traumático Secundário e *Burnout* (r=0.333). A correlação entre Satisfação por Compaixão e *Stress* Traumático Secundário foi fraca (r=0,117).

Caracterização aprofundada das vivências

Dos 38 participantes, 1 não respondeu a nenhuma questão desta parte do questionário, pelo que foi excluído da análise a seguir apresentada. A taxa de resposta a cada pergunta aberta encontra-se na Tabela VII.

Prestação de cuidados a doentes COVID -19

Trinta e seis (95%) profissionais trataram doentes com infeção por SARS-CoV-2. Quando questionados como se sentiram, 17 (46%) relataram sentimentos negativos, como medo, apreensão, sensação de perigo, frustração, nervosismo, cansaço e sentimento de impotência. Oito (22%) referiram sentimentos positivos, dizendo sentir-se bem, prestáveis ou a realizar um trabalho essencial e ainda gratos por poderem ajudar e 6 (16%) afirmaram sentir-se da mesma forma como se estivessem a tratar qualquer outro doente, embora alguns tenham assumido a existência de dúvidas inerentes ao desconhecimento da doença, ou terem adotado gestos mais metódicos e refletidos para controlo da infeção.

Risco de Contágio

Em relação ao risco de contágio em meio laboral e ao risco associado de infetar os seus entes queridos, 28 (76%) participantes referiram sentimentos de preocupação, medo, ansiedade, angústia, necessidade de ser mais cuidadosos ou de estarem em risco constante. Contudo, referiram também que estes sentimentos foram mais intensos numa fase inicial e que com a evolução do conhecimento sobre o vírus e, sobretudo, quando deixou de haver escassez de equipamentos de proteção individual e surgiu a vacina, foram-se sentindo mais tranquilos e seguros. Três (8%) participantes sentiram-se completamente seguros no local de trabalho.

Das 37 pessoas que completaram esta parte do questionário, 6 (16%) estiveram infetadas com SARS-CoV-2 e destas, 5 (83%) contagiaram pelo menos uma pessoa próxima. Dos 5 profissionais contagiados, 3 (60%) relataram sentimentos de culpa e preocupação quanto ao contágio dos seus familiares e 2 (40%) assumem este contágio como um risco inerente à sua profissão.

Impacto da limitação das visitas

Vinte e dois (60%) participantes afirmaram que o facto de as visitas estarem condicionadas influenciou a qualidade do seu trabalho. A mesma proporção referiu sentimentos negativos relativos a esta limitação, considerando que constitui um retrocesso em termos da prestação de cuidados humanizados: diminui a satisfação dos envolvidos, confere um sentimento de falha na missão de cuidar, dificulta a comunicação e a gestão emocional com os doentes e familiares, podendo mesmo ser uma situação "*altamente violenta para os doentes, os seus familiares e a equipa assistente*" (participante nº3, médico). Contudo, é reconhecido pela maioria dos profissionais que esta limitação foi uma medida necessária para a contenção da infeção. Por outro lado, 4 (11%) pessoas referem ter-lhes sido indiferente, havendo 1 profissional que justifica este sentimento tendo em conta a utilidade dos meios audiovisuais para colmatar a presença física. Há ainda 2 (5%) participantes que referem sentimentos positivos, afirmando que esta limitação veio facilitar o trabalho enquanto prestador de cuidados ao doente.

Comunicação com os familiares à distância

Vinte e sete (77%) profissionais afirmaram que este método de comunicação teve influência na forma como transmitiram a informação.

Na questão "Como se sentiu em relação à realidade de ter que comunicar com os familiares dos doentes internados exclusivamente pelo telefone?" 18 (49%) participantes responderam de forma desfavorável, dizendo que se sentiram inseguros, sem alternativas, sentiram que esta era uma forma impessoal de comunicar, desumanizada e insuficiente, pela ausência de comunicação não verbal, sendo um momento de grande responsabilidade e tendo maior dificuldade em passar a mensagem de forma clara. Dois (5%) participantes referiram sentimentos positivos, afirmando que esta forma de comunicação é mais rápida e menos consumidora de tempo e "*permitiu criar uma ligação superior com o agregado*" (participante nº24, enfermeiro) e outros 2 (5%) disseram sentir-se normal ou indiferente.

Na questão "Como se sentiu em relação à realidade de ter que transmitir, más notícias aos familiares dos doentes internados exclusivamente pelo telefone?" apenas uma pessoa referiu sentimentos positivos, dizendo que sentiu "*maior conforto nos momentos efetivamente difíceis*" (participante nº27, enfermeiro). Foram descritos sentimentos negativos por 15 (41%) participantes, dizendo que esta forma de comunicação torna a transmissão de más noticias mais difícil, desumanizada e é desadequada. Em casos pontuais, foram abertas exceções e foi permitida a ida do familiar ao hospital.

No que diz respeito à questão "Como se sentiu em relação à realidade de ter que tomar decisões partilhadas com os familiares dos doentes internados pelo telefone?" 12 (32%)

participantes demonstraram sentimentos negativos. Consideram ser uma forma difícil e desadequada de tomada de decisões, criou barreiras comunicativas, mas houve tentativa de colmatar essas dificuldades, "*procurando na mesma envolver os familiares*" (participante nº1, médico). Um participante referiu sentimentos positivos "*Bem, hoje em dia a comunicação online ou por telefone é igualmente eficaz*" (participante nº16, enfermeiro) e outro referiu sentimentos de indiferença.

Apoio no local de trabalho durante a pandemia

Vinte e quatro (65%) participantes diz ter-se sentido apoiado pela instituição, sendo que 4 (11%) se sentiram completamente apoiados e 20 (54%) apoiados a maior parte das vezes. Dez (27%) participantes dizem não se ter sentido apoiados pela instituição a maior parte do tempo, enquanto que 3 (8%) afirmam nunca se terem sentido apoiados pela instituição. Quando analisado por profissões (Figura 7), no grupo dos assistentes operacionais todos se sentiram apoiados, no grupo dos médicos, mais de metade não se sentiu apoiado a maior parte do tempo.

Em relação ao sentimento de apoio pelo serviço, cujas distribuições por profissão estão representadas na Figura 8, 35 (95%) profissionais disseram sentir-se apoiados e 2 (5%) referem não se sentir apoiados a maior parte do tempo.

Quanto ao apoio pelos pares (Figura 9), a tendência de resposta é também no sentido de se sentirem apoiados, completamente em 15 (41%) casos e na maior parte das vezes em 21 (57%) casos. Nenhum participante assinalou que nunca se sentiu apoiado pelos pares.

Todos os profissionais se sentiram apoiados pela restante equipa: 26 (70%) na maior parte das vezes e 11 (30%), em todas as situações (Figura 10).

Perspetiva individual da qualidade de vida profissional atual

Oito profissionais (22%) dizem que esta melhorou, 17 (46%) que está igual e os restantes 12 (32%) afirmam que está pior. Quando analisado por grupo profissional (Figura 11), constata-se que são os enfermeiros que têm uma maior proporção de respostas "Pior". Os assistentes operacionais, são os que apresentam maior número de profissionais com melhoria da qualidade de vida no local de trabalho e nenhum considerou que a qualidade de vida profissional piorou.

Nas respostas abertas verifica-se que aqueles que disseram que têm pior qualidade de vida profissional, referiram maior carga de trabalho, sentiam-se mais cansados, gozaram menos férias e folgas, trabalham em equipas mais frágeis, sentem menor reconhecimento, incerteza e medo de contágio. Houve ainda alguns que consideraram que a sua qualidade de vida piorou numa fase inicial da pandemia, contudo, foi estabilizando. Alguns participantes consideraram que a sua qualidade de vida profissional se encontrava em níveis equivalentes à fase pré-

pandémica, trabalhando com o mesmo empenho e dedicação. O grupo dos profissionais que disseram ter uma melhor qualidade de vida, afirmaram que a pandemia foi um desafio, contudo permitiu-lhes adquirir conhecimentos úteis e valorizar mais a vida.

DISCUSSÃO

Com este trabalho constata-se que, apesar do contexto pandémico atual e de todos os desafios inerentes, a Qualidade de Vida Profissional e o nível de Fadiga por Compaixão dos profissionais de saúde que trabalham na UCIP do CHUP encontram-se em níveis razoáveis.

Esta Unidade esteve destacada para tratamento de doentes COVID-19 durante cerca de dois meses, na primeira vaga do surto e foi exatamente em relação a esse período que foi pedido aos participantes para se reportarem na parte III do questionário. Contudo, apesar de desde maio de 2020 a Unidade deixar de estar dedicada a doentes COVID-19, os profissionais que aí trabalhavam continuaram a tratar estes doentes na Emerência Interna e na Sala de Emergência. A pandemia continuou a existir obrigando à manutenção de determinadas medidas, essencialmente para controlo de contágios, medidas essas que perduraram pelo menos até ao momento em que o questionário foi aplicado.

Conhecimento dos conceitos em estudo

Quanto ao grau de conhecimento em relação aos conceitos em estudo, constatou-se que o termo *Burnout* é o mais conhecido, com mais de 80% dos participantes terem tido contacto com o termo. Por outro lado, os termos Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão são menos conhecidos. É possível que o termo *Burnout* seja mais conhecido porque existem mais estudos publicados na literatura, por exemplo Teixeira *et al* 2013[21], assim como ser mais discutido a nível da sociedade.

Escala de qualidade de vida profissional

Não houve nenhum participante com níveis altos de *Stress* Traumático Secundário e *Burnout* e níveis baixos de Satisfação por Compaixão.

Tal como na nossa amostra, um estudo realizado em Espanha encontrou níveis moderados a altos de Satisfação por Compaixão durante a pandemia, apontando como possível justificação a perceção dos clínicos do seu papel social e motivação para ajudar.[22]

No que diz respeito ao *Stress* Traumático Secundário, seria expectável encontrar níveis mais elevados, indo de encontro à literatura. Por exemplo, um estudo inglês, sugere que os profissionais de UCI dedicados ao tratamento de doentes COVID-19 tem risco significativamente elevado de *Stress* Traumático Secundário.[14] Nesse estudo, Greenberg *et al* concluíram que a taxa

de *Stress* Traumático nestes profissionais pode ser até 9 vezes superior à população em geral e mais do dobro daquela que se verifica em veteranos de guerra.[14]

Relativamente ao *Burnout*, Giusti *et al* desenvolveram um trabalho em Itália no contexto da pandemia e encontraram níveis preocupantes de *Burnout* e sintomas psicopatológicos com elevada prevalência.[15] Níveis moderados a severos de exaustão emocional e reduzida realização pessoal estavam presentes em mais de 60% da amostra e níveis moderados a severos de despersonalização estavam presentes em mais de 25% dos participantes.[15] Também em linha com o que era conhecido em Portugal antes da pandemia, com um estudo a identificar 31% dos médicos e enfermeiros das UCI do Norte de Portugal com alto *Burnout*[21], seria expectável que os valores no presente estudo fossem superiores. Contudo, não foi isso que se verificou. Não houve ninguém que pontuasse alto na subescala de *Burnout*.

Quando analisamos por grupo profissional, os médicos foram os que apresentaram maior proporção (71%) em nível moderado de *Burnout*. No mesmo sentido, nos Estados Unidos da América cerca de 54% dos médicos apresentou pelo menos um sintoma de *Burnout*.[23]

O grupo de enfermagem é o que tem melhores níveis de *Stress* Traumático Secundário e *Burnout* e o segundo com melhor pontuação de Satisfação por Compaixão. A literatura apresenta resultados diferentes dos nossos. No estudo inglês, anteriormente referido, os enfermeiros são os que apresentam níveis mais elevados de Satisfação por Compaixão.[22] Outros apontam que este grupo tem maior risco de desenvolver psicopatologia, em particular *Stress* Traumático Secundário, sintomas de ansiedade e depressão, quando comparados com o grupo dos médicos.[14, 24] O facto deste grupo profissional ser constituído tendencialmente por mulheres jovens é apontado como o fator que o coloca em maior risco de problemas de saúde mental. Contudo, a justificação não é completamente clara.[14, 24] No nosso estudo não analisamos esta associação, pelo que não podemos fazer inferências.

Observamos que a maioria (71%) dos assistentes operacionais pontuam níveis moderados de *Stress* Traumático Secundário, sendo o grupo pior classificado nesta subescala. No entanto, não foram encontrados estudos na literatura com esta população.

Identificámos uma correlação fraca entre o número de anos de experiência profissional e Satisfação por Compaixão e *Stress* Traumático Secundário. Foi observada uma correlação moderada com a pontuação de *Burnout*. Desta forma, parece que na nossa população, os profissionais mais experientes têm tendência a ter maior Satisfação por Compaixão e menor nível de *Stress* Traumático Secundário e de *Burnout*. No entanto os estudos publicados nem sempre são concordantes. Hunsaker *et al*, obtiveram resultados sugerindo que enfermeiras com maior experiência têm níveis mais elevados de Satisfação por Compaixão, resultado estes que,

segundo os autores, precisam de ser estudado com mais detalhe, havendo possibilidade deste fenómeno também se verificar noutras profissões.[25]

Em relação ao número de horas de trabalho por semana, observamos uma correlação desprezível com Satisfação por Compaixão e uma correlação fraca com *Stress* Traumático Secundário e *Burnout.* Há vários estudos que associam a sobrecarga laboral ao risco de desenvolver Fadiga por Compaixão, *Burnout*, *Stress* Traumático Secundário, outros problemas de saúde mental e física e pior qualidade de vida.[3, 4, 26-28] Mais uma vez, nem sempre há concordância na literatura, havendo outros estudos que não identificaram essa relação.[21]

Observou-se a correlação entre os 3 elementos da escala. Como era expectável e concordante com a autora Beth Stamm, foi observada uma correlação moderada, entre Satisfação por Compaixão e *Burnout*, sugestiva de ambas evoluírem em sentidos opostos. Também obtivemos uma correlação moderada entre *Stress* Traumático Secundário e *Burnout*, com tendência a ambos evoluírem no mesmo sentido. Entre Satisfação por Compaixão e *Stress* Traumático Secundário, foi encontrada uma correlação fraca. Na última correlação era expectável haver uma correlação com valor mais importante e sugestiva de evolução em sentido opostos, o que não verificamos.

Caracterização aprofundada das vivências

Relativamente à última parte do questionário, como explicado na metodologia, havia questões de escolha múltipla e questões de resposta aberta, relacionadas entre si. Da nossa análise de dados, obtivemos essencialmente três grandes grupos de respostas: sentimentos negativos, positivos ou de indiferença.

No geral, os sentimentos negativos predominaram em todas as respostas. A prestação de cuidados a doentes COVID-19 foi um elemento gerador de *stress* em cerca de 60% da amostra. Medo, ansiedade, impotência, preocupação e frustração foram sentimentos relatados, podendo ser explicados em parte pela escassez de conhecimento e de material de proteção na fase inicial. O medo e preocupação de ficarem infetados no local de trabalho e de infetarem familiares e amigos foi uma realidade verificada. O novo coronavírus tem uma taxa de infecciosidade alta, pelo que foi necessário tomar medidas para mitigar o risco de contágio. As restrições nas visitas e a ausência de contacto direto com as famílias, obrigando a um contacto alternativo pelo telefone ou meios audiovisuais foram limitações reconhecidas pela maioria dos participantes, sobretudo porque terão acrescentado dificuldade na comunicação e gestão de más notícias, bem como na tomada de decisões partilhadas. A autoavaliação da qualidade de vida profissional atual foi predominantemente negativa nos enfermeiros e em proporção menos significativa nos médicos. A falta de reconhecimento, foi um dos fatores mais referidos para esta perceção, como

era esperado tendo em conta os apelos à sociedade que têm sido feitos nos últimos tempos pela classe.

Vários estudos revelam níveis preocupantes de risco para desenvolver perturbações de saúde mental, como ansiedade, depressão, angustia, medo, culpa, raiva, insónia, abuso de substâncias e pensamentos suicidas e/ou de automutilação.[14, 16, 29, 30] Uma revisão sistemática encontrou taxas quer de ansiedade quer de depressão de 23% e taxa de insónia de 39%, em profissionais de saúde durante o primeiro trimestre de pandemia.[31] Contudo é necessário ter com consideração que a resposta a um evento de *stress* é individual e variável e nem todos os profissionais vêm a desenvolver sentimentos negativos, nem patologia mental. No entanto, todos os que são expostos são vulneráveis e neste contexto de pandemia, pensa-se que os que trabalham na "linha da frente" contra a COVID -19 serão especialmente vulneráveis.[16]

Verificou-se um pouco por tudo o mundo a escassez de materiais de proteção individual. Vários os estudos que associam-na a maiores níveis de ansiedade e medo nos profissionais que lidam diretamente com doentes infetados com SARS-CoV-2.[16, 30, 32, 33] Simms et al concluíram que existe uma associação significativa entre a perceção de terem equipamento de proteção inadequado e fragilidade da saúde mental.[34]

Em relação à preocupação de contagiarem entes queridos foi constatado em alguns trabalhos que devido a esse medo ou para não se sujeitarem a sentimentos de culpa muitos profissionais acabam por se isolar das suas famílias e amigos e dessa forma perdem o suporte familiar e social, com impacto na sua saúde mental e na capacidade de lidarem com o desafio.[16-18, 35] Esta foi uma realidade da nossa amostra, onde na fase inicial do questionário, cerca de um terço dos participantes afirmou ter vivido separado do seu agregado familiar.

Silva *et al* realizaram uma revisão onde é demonstrado o impacto que a proibição de visitas de familiares ou outros entes queridos aos doentes internados teve, não só nos doentes e familiares, mas também nos profissionais. Segundo estes autores, tendem a surgir mais divergências entre a equipa e a família, que muitas vezes inicia um processo de luto prematuro na sequência de não poder acompanhar de perto o seu familiar gravemente doente.[16] Esta é uma conclusão relevante, mesmo que no nosso estudo não tenha sido focada a questão das divergências e dos conflitos, pois será um elemento gerador de pior qualidade de vida no trabalho.

Alguns participantes expressaram sentimentos positivos e de indiferença nesta última parte. Sentimentos de préstimo para os doentes e para a sociedade ao estarem a realizar um trabalho essencial foi um dos principais aspetos focado pelo grupo. Quanto à ausência de visitas e comunicação à distância alguns profissionais consideraram ser vantajoso em termos do seu desempenho e foco no doente. O recurso às tecnologias audiovisuais para fazerem

videochamadas com os familiares em situações particulares, também de forma a permitirem que o familiar visse o doente e a forma como está a ser tratado, aliviaram a inquietude do familiar sobre o tratamento que o seu ente-querido estava a receber, colmatando assim a ausência física. Na avaliação da qualidade de vida, os assistentes operacionais destacaram-se com uma percentagem significativa a considerar que melhorou. Contudo, dado o tamanho da amostra e as questões colocadas não é possível fazer inferências quanto à possível justificação para este achado.

O facto de não termos verificado unanimidade nas respostas era esperado e coloca em destaque a variabilidade individual na resposta perante a mesma situação de crise.

A maioria dos participantes sentiram-se apoiados pela instituição, serviço, pares e equipa. Os enfermeiros, apesar de manterem esta tendência favorável, são o grupo que reporta mais vezes não se terem sentido apoiados, o que está em conformidade com alguns comentários deixados no final do questionário, através dos quais podemos constatar que este é o grupo profissional que mais sente falta de valorização profissional e reconhecimento. Mais uma vez estes resultados estão em conformidade com a literatura sobre o facto dos enfermeiros serem mais afetados, em vários sentidos, pela pandemia. Esta análise é relevante, uma vez que há dados sugestivos de que o suporte dos colegas, da equipa e de toda a estrutura envolvente no local de trabalho não deve ser subestimado, pois a coesão entre colegas e restantes elementos da equipa tem um papel importante em vários aspetos do bem-estar dos indivíduos, principalmente na saúde mental.[16, 33, 36]

Aspetos positivos e limitações do estudo

Um aspeto positivo do estudo está relacionado com a pertinência do tema, uma vez que é claro que a pandemia teve um impacto importante nas condições de trabalho e provavelmente, seguindo a tendência mundial, impacto em termos de Qualidade de Vida Profissional e Saúde Mental dos profissionais de saúde. Adicionalmente, é um estudo que inclui não só médicos e enfermeiros, mas também assistentes operacionais, um grupo não incluído na maioria dos estudos. Assim, este trabalho pode servir de base, sobretudo para perceber os erros técnicos e metodológicos, para um estudo de maiores dimensões, seja no CHUP, ou incluindo mais hospitais por exemplo da zona norte, pois esta foi uma das zonas mais atingidas em Portugal sobretudo na primeira vaga.

A principal limitação do estudo é o tamanho reduzido da amostra. Existem essencialmente duas justificações para o n amostral ser reduzido. Em primeiro lugar, a amostra foi obtida por conveniência, tendo sido convidados a participar apenas profissionais de uma Unidade do serviço. Em segundo lugar, a taxa de resposta foi mais baixa do que era expectável, podendo

este facto estar relacionado com o método de distribuição dos questionários, havendo a possibilidade de alguns e-mails enviados para os potenciais participantes terem ido parar ao "*spam*". Contudo, é preciso ter em consideração que a taxa de resposta real pode ser superior, sobretudo nos médicos, que são aqueles que têm virtualmente taxa de resposta inferior, pois o número de contactos que foi facultado pode estar desatualizado devido à prática comum destes profissionais realizarem estágios em diferentes serviços, tendo por isso grande rotatividade sobretudo nos anos de internato, e pelo facto dos elementos médicos que colaboram na emergência poderem considerar que este não se aplicava a si.

Adicionalmente, é possível que tenha havido influência nas respostas pelo facto do inquérito ter sido enviado em início de março, ou seja, quando estávamos a sair da 3ª vaga de COVID-19 em Portugal, a maior em termos numéricos. Contudo nesta vaga a Unidade não recebeu doentes infetados e já tinha passado um ano desde o início da pandemia, pelo que as condições de trabalho nesse momento já não eram novidade e já terá havido tempo para os profissionais se adaptarem. Neste sentido teria sido pertinente comparar a fase inicial da pandemia, sobretudo entre os meses de março a maio de 2020, com o momento em que o questionário foi enviado. Contudo não temos dados que nos permitam fazer esta comparação e a inclusão de uma parte no questionário relativa a este período teria muito provavelmente um viés de memória importante.

Além disso, foi feita uma pequena adaptação metodológica à Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL5) pedindo aos participantes para se reportarem aos meses de março a maio de 2020 e não aos últimos 30 dias como estava preconizado para o uso desta ferramenta. Desta forma, pode ter sido introduzido aqui um viés de memória. As respostas podem ter sido influenciadas também pelo humor da pessoa no momento em que respondeu ao questionário.

Apesar da existência de muitos estudos atuais sobre o impacto da pandemia na saúde dos profissionais de saúde, teria sido vantajoso do ponto de vista de discussão comparar com resultados de estudos pré-pandemia realizados na própria Unidade, de forma a poder fazer comparações mais válidas. No entanto foram apenas encontrados estudos realizados no Norte de Portugal, não havendo nenhum só da UCIP ou do CHUP.

CONCLUSÃO

O grau de conhecimento dos profissionais em relação aos conceitos em estudo é elevado. Constatou-se, contudo que o termo *Burnout* é mais conhecido que os termos Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão. Analisando as subescalas identificou-se uma correlação moderada entre Satisfação por Compaixão e *Burnout* bem como entre *Stress* Traumático Secundário e *Burnout*.

Nenhum dos participantes apresentava má Qualidade de Vida Profissional, nem nível elevado de *Burnout* ou *Stress* Traumático Secundário, isto é, ninguém apresentou elevado nível de Fadiga por Compaixão. Estes resultados vão em sentido oposto ao que esperávamos encontrar, dadas as referências da literatura sobre esta temática. Assim seria interessante realizar um estudo mais robusto, que incluísse todos os profissionais de saúde da Unidade, Hospital ou até mesmo um estudo multicêntrico para melhor caracterização do impacto da pandemia na qualidade de vida profissional.

Os participantes parecem estar adaptados à nova realidade, mesmo reconhecendo as dificuldades e limitações que estão inerentes ao contexto pandémico. É importante não descurar as medidas promotoras de bem-estar e Satisfação por Compaixão no local de trabalho, bem como as medidas preventivas de Fadiga por Compaixão, *Stress* Traumático Secundário e *Burnout*.

Tabela I *Outcome* dos doentes COVID-19

***Outcome* na UCIP**, n (%)	39 (100)
Morte	16 (41)
Internamento Medicina	7 (18)
Internamento Infeciologia	8 (21)
ECMO	2 (5)
Outro hospital	3 (8)
Desconhecido	3 (8)
***Outcome* no Hospital**, n (%)	39 (100)
Morte	17 (44)
Alta hospitalar	18 (46)
ECMO	1 (3)
Outro hospital	3 (8)

Tabela II Dados demográficos da amostra

Género, n (%)	38 (100)
Feminino	27 (71)
Masculino	11 (29)
Idade, anos	
Média	41,18
Mínimo	26
Máximo	64
Mediana	41
Desvio padrão	8,487
Amplitude interquartil	13
Estado civil, n (%)	38 (100)
Casado	21 (55)
Solteiro	11 (29)
Em união de facto	4 (11)
Divorciado	2 (5)
Viúvo	0 (0)
Viveu separado do agregado, n (%)	38 (100)
Sim	13 (34)
Não	25 (66)

Tabela III Caracterização profissional

Profissão, n (%)	38 (100)
Médico	14 (36,8)
Interno da especialidade	2 (14,3)
Assistente	7 (50)
Assistente graduado	5 (35,7)
Enfermeiro	14 (36,8)
Enfermeiro	10 (71,4)
Enfermeiro especialista	4 (28,6)
Assistente operacional	10 (26,3)
Habilitações académicas, n (%)	38 (100)
Ensino básico	3 (7,9)
Ensino secundário	7 (18,4)
Licenciatura	11 (28,9)
Pós-graduação	4 (10,5)
Mestrado	19 (26,3)
Doutoramento	3 (7,9)
Situação profissional, n (%)	36 (94,7)
Regime de exclusividade no público	20 (52,6)
Prática privada	5(13,2)
Pratica privada e docência	3 (7,9)
Docência	2 (5,3)
Docência e investigação	2 (5,3)
Prática, docência e investigação	1 (2,6)
Outro	3 (7,9)
Alteração da atividade durante o surto de COVID-19, n (%)	37 (97,4)
Sim	1 (2,6)
Não	36 (94,7)
Carga horária semanal, nº horas	
Média	43,68
Mediana	35
Mínimo	30
Máximo	86
Desvio padrão	14,102
Amplitude interquartil	14
Anos de experiência profissional, nº anos	
Média	15,71
Mediana	15
Mínimo	4
Máximo	30
Desvio padrão	7,749
Amplitude interquartil	13

Tabela IV Distribuição da mediana em cada item da Escala de Qualidade de Vida Profissional

	n (%)	Mediana (Mínimo-Máximo)
1. Eu sou feliz.	37 (97)	4 (3-5)
2. Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo.	37 (97)	4 (3-5)
3. Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros.	37 (97)	5 (3-5)
4. Eu sinto-me ligado(a) aos outros.	37 (97)	4 (2-5)
5. Eu salto ou assusto-me com sons inesperados.	37 (97)	4 (1-4)
6. Eu sinto-me revigorado depois de trabalhar com aqueles que ajudo.	38 (100)	4 (2-5)
7. Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador.	38 (100)	2 (1-5)
8. Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu cuido.	38 (100)	2 (1-4)
9. Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo.	38 (100)	2 (1-4)
10. Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a).	38 (100)	2 (1-4)
11. Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido "nervoso(a)" por variadas coisas.	37 (97)	2 (1-4)
12. Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a).	37 (97)	4 (1-5)
13. Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que auxilio.	38 (100)	2 (1-3)
14. Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei.	38 (100)	2 (1-4)
15. Eu tenho crenças que me sustentam.	38 (100)	3 (1-5)
16. Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros.	37 (97)	4 (2-5)
17. Eu sou a pessoa que sempre quis ser.	37 (97)	4 (2-5)
18. O meu trabalho faz-me sentir satisfeito.	37 (97)	4 (2-5)
19. Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).	36 (95)	3 (2-5)
20. Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los.	38 (100)	4 (2-5)
21. Sinto-me sufocado(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).	37 (97)	2 (1-5)
22. Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.	37 (97)	4 (3-5)

23. Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que ajudei.	38 (100)	1 (1-5)
24. Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar.	37 (97)	4 (2-5)
25. Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores.	37 (97)	1 (1-3)
26. Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema.	38 (100)	2 (1-5)
27. Eu penso que sou um "sucesso" como cuidador.	38 (100)	3 (1-5)
28. Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas traumatizadas.	38 (100)	2 (1-4)
29. Eu sou uma pessoa muito carinhosa.	38 (100)	4 (2-5)
30. Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho.	38 (100)	4 (2-5)

Tabela V Distribuição dos resultados da Escala de Qualidade de Vida Profissional

Satisfação por Compaixão	
Média	39,22
Mediana	39
Mínimo	27
Máximo	48
Desvio padrão	5,34
Amplitude interquartil	9
***Stress* traumático Secundário**	
Média	22,43
Mediana	22
Mínimo	16
Máximo	32
Desvio padrão	3,52
Amplitude interquartil	4
Burnout	
Média	23,37
Mediana	23
Mínimo	15
Máximo	34
Desvio padrão	4,78
Amplitude interquartil	7

Tabela VI Score da Escala de Qualidade de Vida Profissional

Satisfação por Compaixão, n (%)	38 (100)
Baixa (≤22 pontos)	0
Moderada (23-41 pontos)	24 (63)
Médico	8 (21)
Enfermeiro	9 (24)
Assistente operacional	7 (18)
Alta (≥42 pontos)	14 (37)
Médico	6 (16)
Enfermeiro	5 (13)
Assistente operacional	3 (8)
***Stress* traumático Secundário**, n (%)	38 (100)
Baixo (≤22 pontos)	23 (61)
Médico	9 (24)
Enfermeiro	10 (26)
Assistente operacional	4 (11)
Moderada (23-41 pontos)	15 (40)
Médico	5 (13)
Enfermeiro	4 (11)
Assistente operacional	6 (16)
Alto (≥42 pontos)	0
Burnout, n (%)	38 (100)
Baixo (≤22 pontos)	17 (45)
Médico	4 (11)
Enfermeiro	8 (21)
Assistente operacional	5 (13)
Moderada (23-41 pontos)	21 (55)
Médico	10 (26)
Enfermeiro	6 (16)
Assistente operacional	5 (13)
Alto (≥42 pontos)	0

Tabela VII Frequência de respostas nas perguntas de resposta aberta

	n (%)
Durante os últimos 12 meses tratou doentes com infeção por SARS-CoV-2? - Como se sentiu a tratar esses doentes?	31 (84)
Dado o risco de contágio de COVID-19 em meio laboral, como se sente/sentiu em relação à possibilidade de infetar os seus familiares ou pessoas próximas?	31 (84)
Como se sentiu em relação a isso? (Relativo ao contágio de pessoas próximas) *Apenas foi pedido responder a esta questão quem esteve infetado e dessa infeção resultou contágio de um ente-querido	5 (100)
Como se sentiu com o facto de os doentes internados terem as visitas condicionadas durante este período?	28 (76)
Como se sentiu em relação à realidade de ter que comunicar com os familiares dos doentes internados exclusivamente pelo telefone?	22 (60)
Como se sentiu em relação à realidade de ter que transmitir, más notícias aos familiares dos doentes internados exclusivamente pelo telefone?	16 (43%)
Como se sentiu em relação à realidade de ter que tomar decisões partilhadas com os familiares dos doentes internados pelo telefone?	14 (38)
Após os últimos 12 meses como considera a sua qualidade de vida profissional atual? Por favor, desenvolva	23 (62)

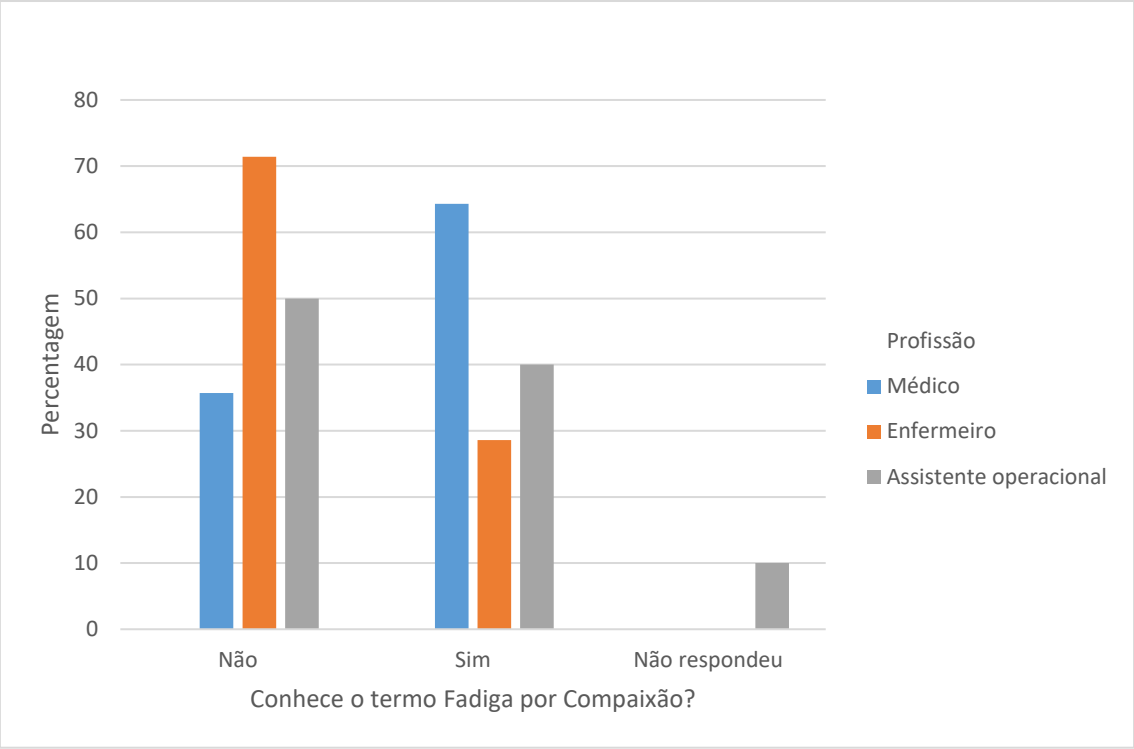


Figura 1 Distribuição do conhecimento do termo Fadiga por Compaixão por profissão

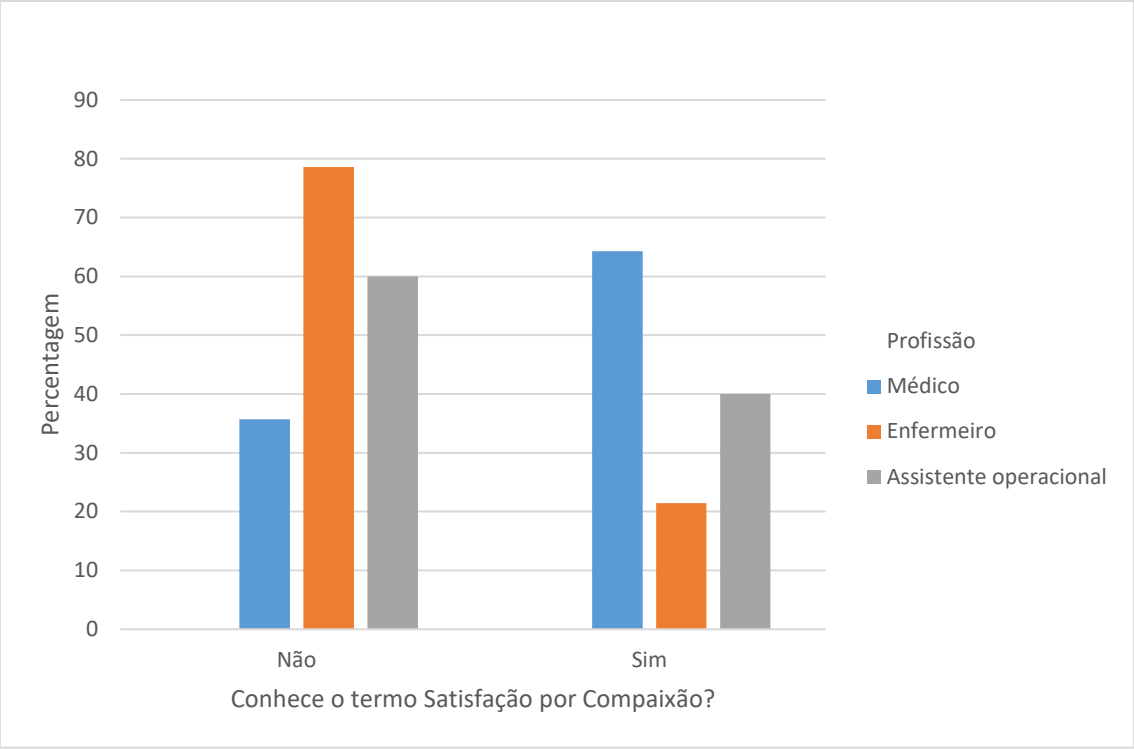


Figura 2 Distribuição do conhecimento do termo Satisfação por Compaixão por profissão

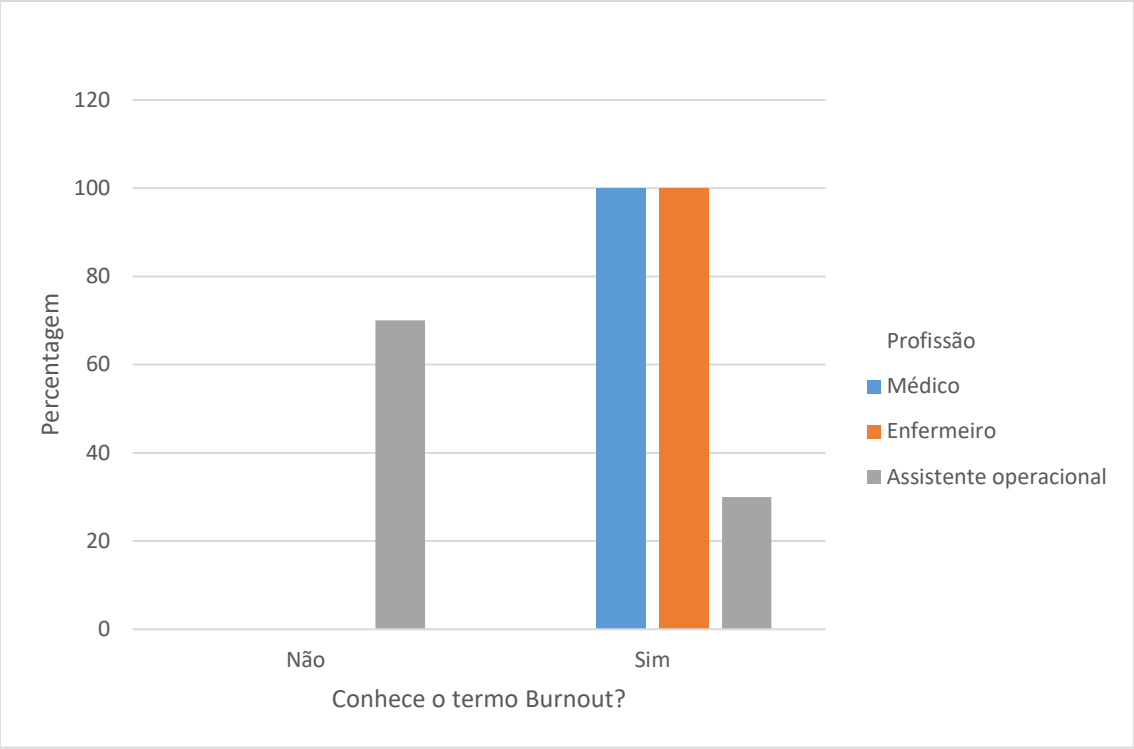


Figura 3 Distribuição do conhecimento do termo *Burnout* por profissão

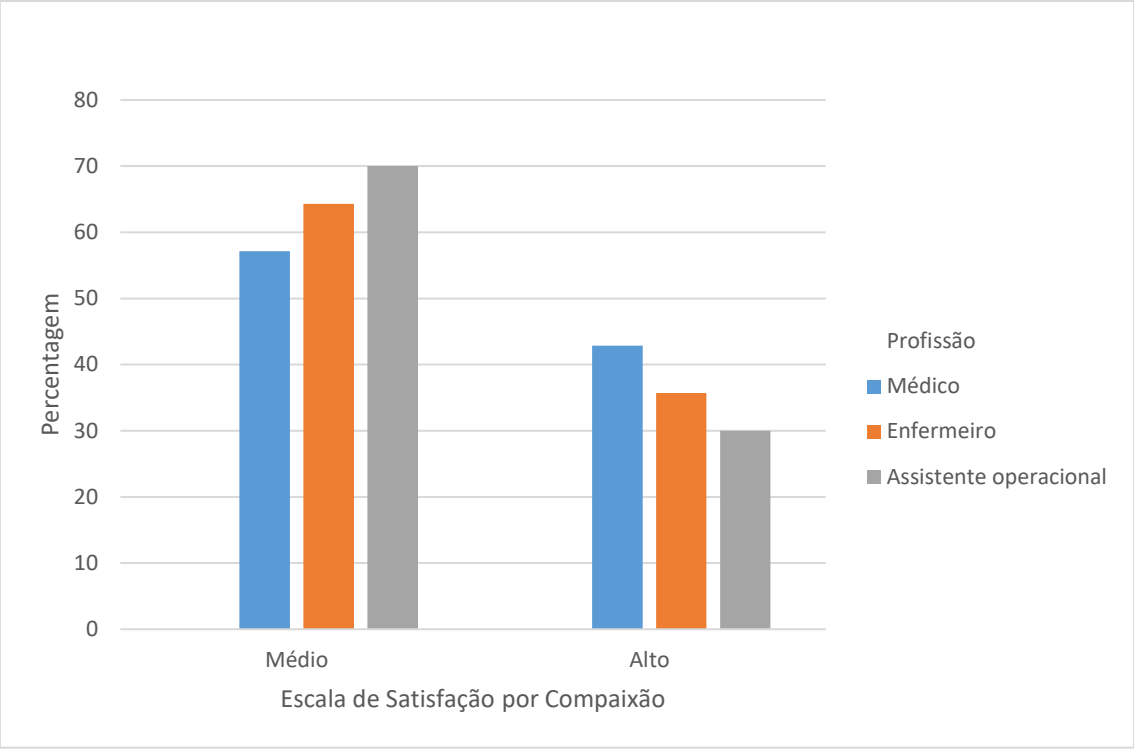


Figura 4 Distribuição por profissão do nível de Satisfação por Compaixão

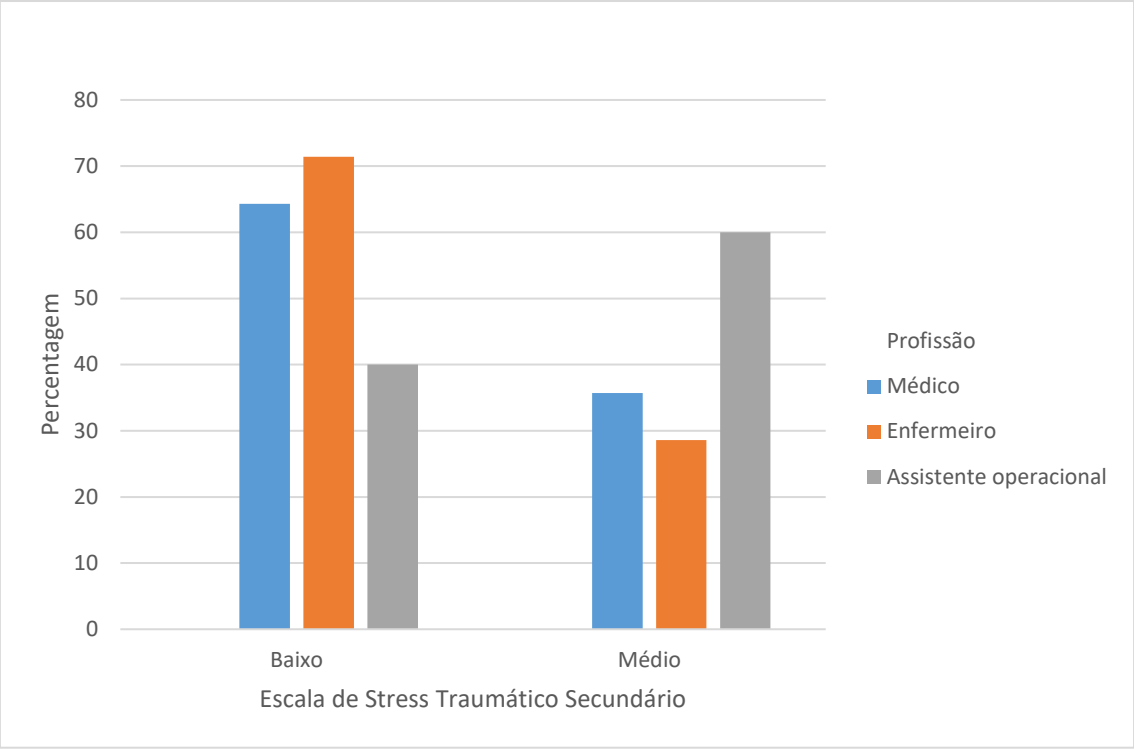


Figura 5 Distribuição por profissão do nível de *Stress* Traumático Secundário

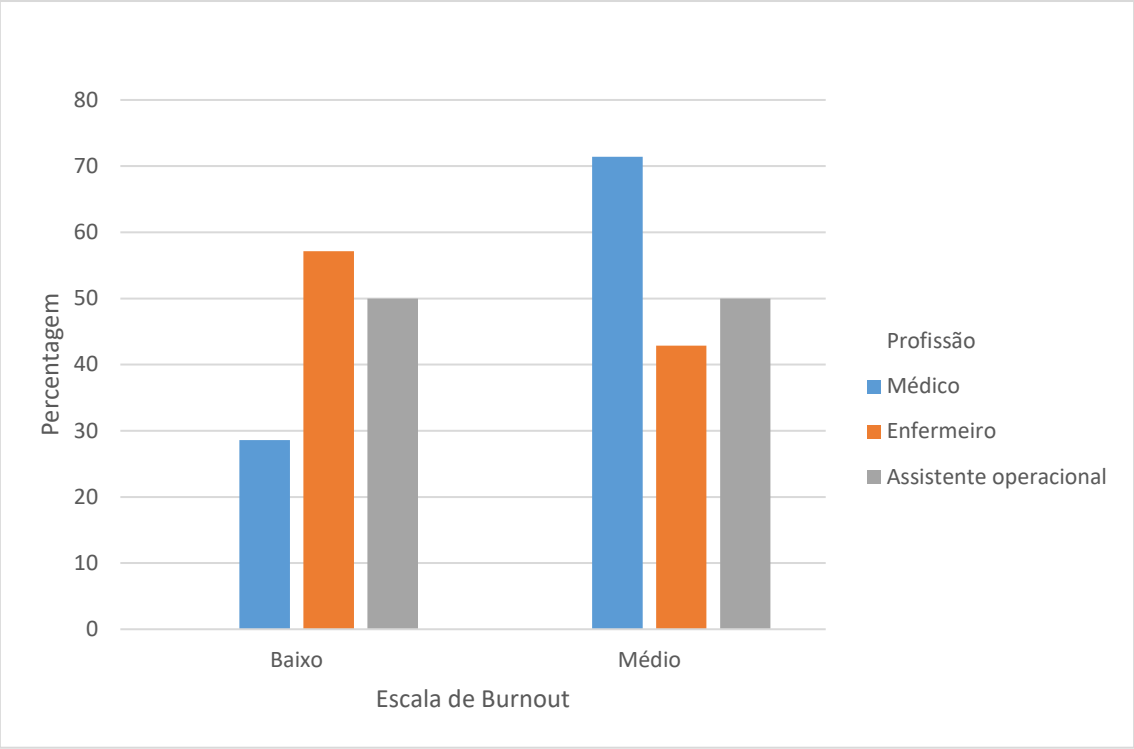


Figura 6 Distribuição por profissão do nível de *Burnout*

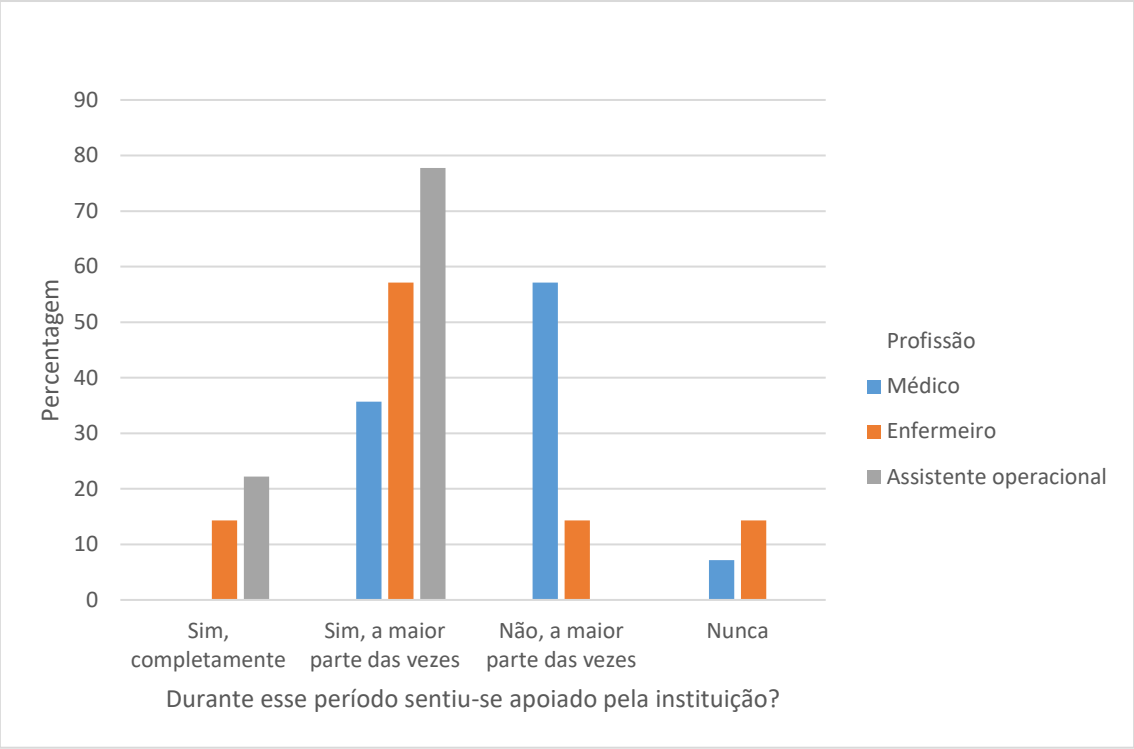


Figura 7 Perceção de apoio pela instituição distribuído por profissão

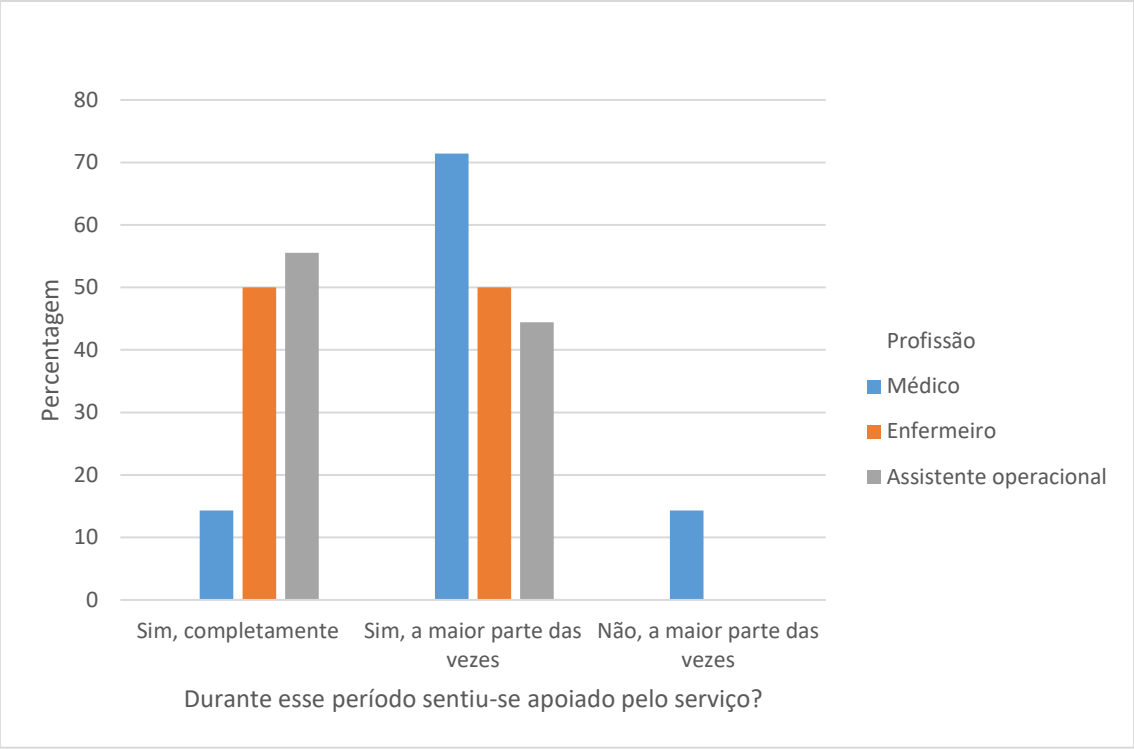


Figura 8 Perceção de apoio pelo serviço distribuído por profissão

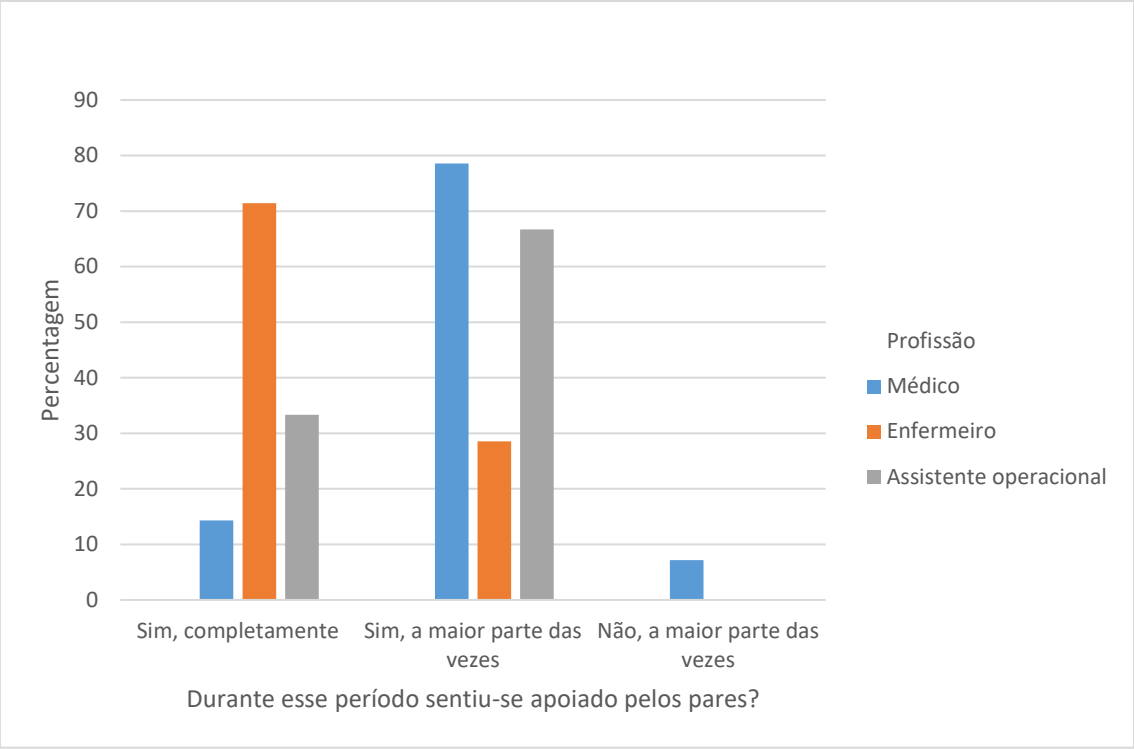


Figura 9 Perceção de apoio pelos pares distribuído por profissão

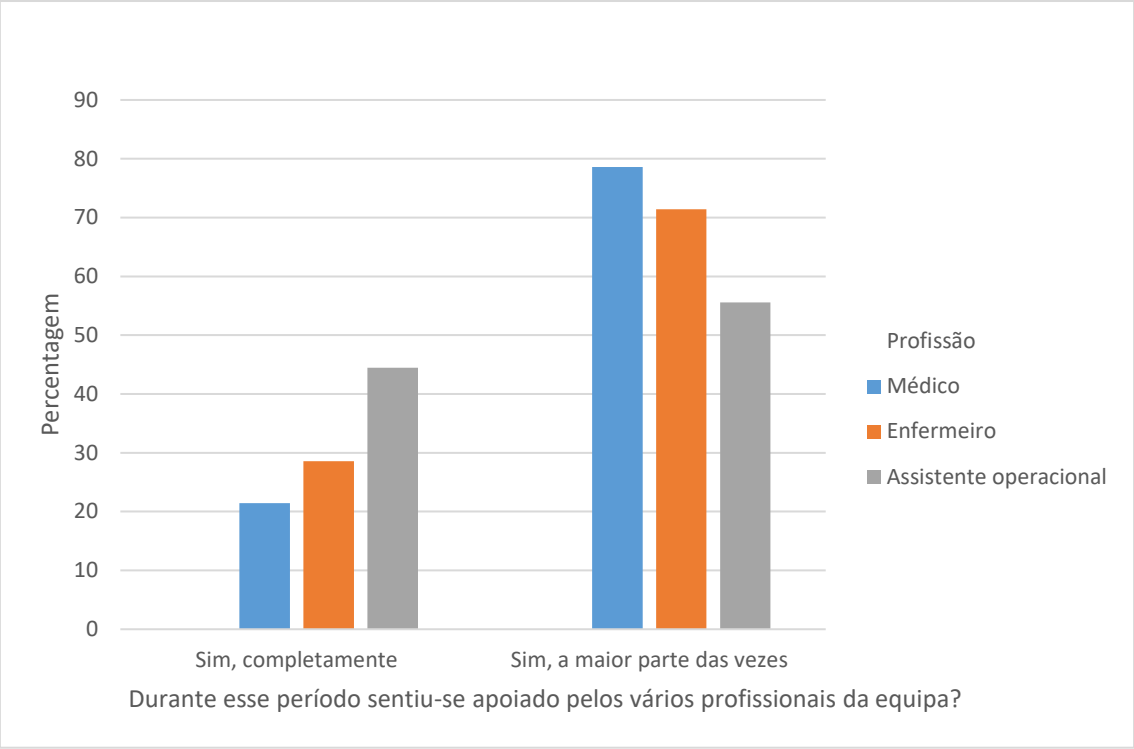


Figura 10 Perceção de apoio pela equipa distribuído por profissão

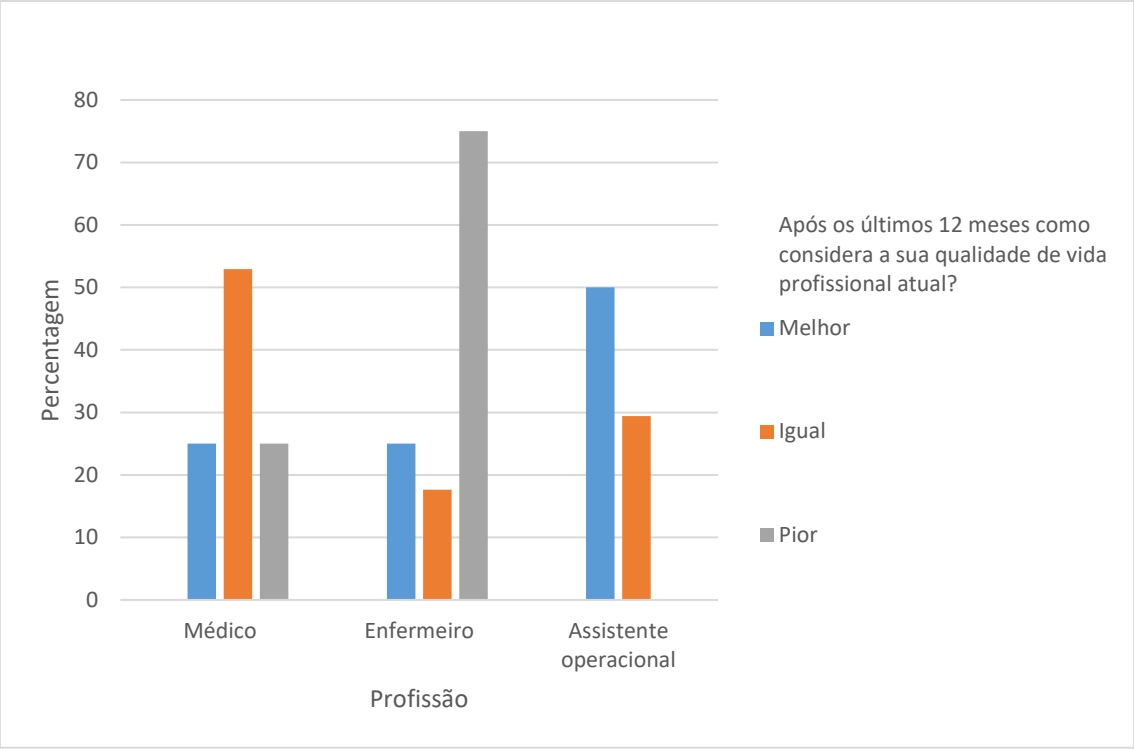


Figura 11 Perspetiva individual da qualidade de vida atual distribuído por profissão

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhutani J, Bhutani S, Balhara YP, Kalra S. Compassion fatigue and burnout amongst clinicians: a medical exploratory study. Indian J Psychol Med. 2012;34(4):332-7.
2. Stamm BH. The concise ProQOL manual. Pocatello, ID: proqol. org; 2010.
3. Carvalho PRD. Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal : tradução e adaptação cultural da escala "Professional Quality of Life 5". Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2011.
4. Barbosa SdC, Souza S, MOREIRA JS. Compassion fatigue as a professional quality of life hazard for hospital service workers. Revista Psicologia Organizações e Trabalho. 2014;14(3):315-23.
5. Torres J, Barbosa H, Pereira S, Cunha F, Torres S, Brito M, et al. Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. 2019;20(3):670-81.
6. Martins Pereira S, Teixeira CM, Carvalho AS, Hernández-Marrero P, InPalIn. Compared to palliative care, working in intensive care more than doubles the chances of burnout: results from a nationwide comparative study. PLoS ONE. 2016;11(9):e0162340.
7. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SMdJPo. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. 2017;12(10):e0185781.
8. Wade D, Georgieva M, Gunnewicht H, Finnigan J, MacCallum N. Delivery of a psychological intervention to assess and reduce workplace stress among intensive care staff. J Intensive Care Soc. 2021;22(1):52-9.
9. Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MDJPo. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. 2015;10(8):e0136955.
10. World Health Organization. Timeline: WHO's COVID-19 response [Internet]. World Health Organization.2021 [Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline?gclid=Cj0KCQjwppSEBhCGARIsANIs4p6zjXFtSfk3mB3EHQFFGwYqhWgZLIzg1YynjBUmtoDWDn7U9CO4rO0aAuZQEALw_wcB#event-12 Consultado pela última vez a 2021/04/25.
11. World Health Organization. WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China part. [Internet]. Word Health Organization. 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part Consultado pela última vez a 2021/04/25.
12. Direção-Geral da Saúde. Ponto de Situação Atual em Portugal. [Internet]. Direção-Geral da Saúde. [Available from: https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/ Consultado pela última vez a 2020/10/16.
13. Word Health Organization. Coronavirus (COVID-19) events as they happen [Internet]. Word Health Organization; 2020 [Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen Consultado pela última vez a 2021/04/25.
14. Greenberg N, Weston D, Hall C, Caulfield T, Williamson V, Fong K. The mental health of staff working in intensive care during COVID-19. Occupational Medicine. 2020:2020.11.03.20208322.
15. Giusti EM, Pedroli E, D'Aniello GE, Badiale ea. The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study. Frontiers in Psychology. 2020;11.
16. da Silva FCT, Barbosa CP. The impact of the COVID-19 pandemic in an intensive care unit (ICU): Psychiatric symptoms in healthcare professionals. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021;110:110299.
17. Secosan I, Virga D, Crainiceanu ZP, Bratu T. The Mediating Role of Insomnia and Exhaustion in the Relationship between Secondary Traumatic Stress and Mental Health Complaints among Frontline Medical Staff during the COVID-19 Pandemic. Behav Sci (Basel). 2020;10(11).

18. Zaka A, Shamloo SE, Fiorente P, Tafuri A. COVID-19 pandemic as a watershed moment: A call for systematic psychological health care for frontline medical staff. J Health Psychol. 2020;25(7):883-7.
19. Barbosa SdC, Souza S, Moreira JSJRPOeT. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. 2014;14(3):315-23.
20. Brant-Ribeiro T, Cattelan R, editors. Tamanho Ótimo Amostral e Análise Fatorial e Correlacional do Desempenho de Indivíduos sob a Influência de Plataformas Computacionais de Apoio ao Ensino. Anais dos Workshops do Congresso Brasileiro de Informática na Educação; 2019.
21. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. BMC Anesthesiol. 2013;13(1):38.
22. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán Á M. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. J Clin Nurs. 2020;29(21-22):4321-30.
23. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? Cureus. 2020;12(4):e7538.
24. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, *al e*. [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. Encephale. 2020;46(3s):S73-s80.
25. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. J Nurs Scholarsh. 2015;47(2):186-94.
26. Kelly L. Burnout, Compassion Fatigue, and Secondary Trauma in Nurses: Recognizing the Occupational Phenomenon and Personal Consequences of Caregiving. Crit Care Nurs Q. 2020;43(1):73-80.
27. Almenyan AA, Albuduh A, Al-Abbas F. Effect of Nursing Workload in Intensive Care Units. Cureus. 2021;13(1):e12674.
28. Nasirizad Moghadam K, Chehrzad MM, Reza Masouleh S, Maleki M, Mardani A, Atharyan S, et al. Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: Are they related? Nurs Open. 2021.
29. Kang L, Li Y, Hu S, *al e*. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. Lancet Psychiatry. 2020;7(3):e14.
30. Rana W, Mukhtar S, Mukhtar S. Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. Asian J Psychiatr. 2020;51:102080.
31. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun. 2020;88:901-7.
32. Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. Crit Care. 2020;24(1):200.
33. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. J Clin Nurs. 2020;29(15-16):2742-50.
34. Simms A, Fear NT, Greenberg N. The impact of having inadequate safety equipment on mental health. Occup Med (Lond). 2020;70(4):278-81.
35. Santarone K, McKenney M, Elkbuli A. Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. Am J Emerg Med. 2020;38(7):1530-1.
36. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2020;9(3):241-7.
37. Graystone R. Prevent Compassion Fatigue and Burnout With a Magnet Culture. J Nurs Adm. 2019;49(5):231-3.

38. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. J Med Ethics. 2014;40(2):97-103.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário eletrónico aos profissionais

Qual o impacto do surto de COVID-19 na qualidade de vida dos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Intensivos? Um estudo observacional unicêntrico

Este estudo pretende determinar o nível de qualidade de vida profissional durante a pandemia por COVID-19 e explorar os fatores associados a maior risco de Fadiga por Compaixão. Para tal, pedimos a sua participação que consistirá em responder a um questionário composto por 4 partes, que inclui o questionário "Escala de Vida Profissional Versão 5" (ProQOL5).
Todos os dados recolhidos são confidenciais.
Este estudo foi autorizado pela comissão de ética do CHUP/ICBAS.
Se concordar em participar neste estudo, por favor selecione o espaço abaixo indicado e obrigado por aceitar dar a sua contribuição para este estudo.

Pode consultar o folheto informativo aqui:
https://drive.google.com/file/d/1xlK_xDhfI_GtX_094t1tea05Xzi1HCxd/view

*Obrigatório

1. *

Marcar apenas uma oval.

◯ Tomei conhecimento do objetivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no estudo. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁGICA DOS PROFISSIONAIS

2. Idade (em anos)

3. Género

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Feminino
- ◯ Masculino

4. Estado civil

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Solteiro
- ◯ Casado
- ◯ Em união de facto
- ◯ Divorciado
- ◯ Viúvo

5. Durante a pandemia viveu, em algum momento, separado do seu agregado familiar?

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

6. Profissão

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Médico
- ◯ Enfermeiro
- ◯ Assistente operacional
- ◯ Outro

7. Habilitações académicas

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Ensino básico
- ◯ Ensino secundário
- ◯ Bacharelato
- ◯ Licenciatura
- ◯ Pós-graduação
- ◯ Mestrado
- ◯ Doutoramento

8. Categoria de carreira médica (apenas para médicos)

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Interno de especialidade
- ◯ Assistente
- ◯ Assistente graduado
- ◯ Assistente graduado sénior

9. Categoria de carreira de enfermagem (apenas para enfermeiros)

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Enfermeiro
- ◯ Enfermeiro especialista

10. Situação profissional

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Regime de exclusividade no público
- ☐ Prática privada
- ☐ Docência
- ☐ Investigação
- ☐ Outra

11. Se respondeu "Outra" na pergunta anterior, por favor, indique qual.

_____

12. Houve alteração da sua situação profissional durante o surto de COVID-19 em Portugal?

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

13. Se respondeu "Sim" na pergunta anterior, indique qual?

_____

14. Nº de anos de experiência profissional (anos)

_____

15. Nº de horas de trabalho semanal (horas)

_____

PARTE II – AVALIAÇÃO DOS CONHECIEMENTOS SOBRE OS TERMOS DE FADIGA POR COMPAIXÃO

16. Já teve contacto com/conhece o termo Fadiga por Compaixão?

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

17. Já teve contacto com/conhece o termo Satisfação por Compaixão?

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

18. Já teve contacto com/conhece o termo Burnout?

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

PARTE III - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (PROQOL)

Por favor, responda a esta parte do questionário referindo-se ao período compreendido entre março e maio de 2021 (período no qual a UCIP recebeu doentes com COVID - 19)

19. Ao prestar auxilio está a contactar diretamente com as vidas das pessoas. Como já deve ter percebido a compaixão que tem por quem ajuda pode afetá-lo(a). Abaixo pode encontrar algumas perguntas acerca das experiências, tanto positivas como negativas, que teve enquanto cuidador. Analise e responda às perguntas acerca da sua vida e da sua situação profissional. Escolha o número que melhor reflete a frequência com que foi confrontado, durante o período em que tratou doentes COVID-19, com as seguintes situações ou sentimentos.

Marcar apenas uma oval por linha.

	1= Nunca	2 = Raramente	3 = Por vezes	4 = Frequentemente	5 = Muito frequentemente
1. Eu sou feliz.	◯	◯	◯	◯	◯
2. Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo.	◯	◯	◯	◯	◯
3. Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros.	◯	◯	◯	◯	◯
4. Eu sinto-me ligado(a) aos outros.	◯	◯	◯	◯	◯
5. Eu salto ou assusto-me com sons inesperados.	◯	◯	◯	◯	◯
6. Eu sinto-me revigorado depois de trabalhar com aqueles que ajudo.	◯	◯	◯	◯	◯
7. Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador.	◯	◯	◯	◯	◯
8. Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque	◯	◯	◯	◯	◯

não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu cuido.					
9. Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo.	◯	◯	◯	◯	◯
10. Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a).	◯	◯	◯	◯	◯
11. Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido "nervoso(a)" por várias coisas.	◯	◯	◯	◯	◯
12. Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a).	◯	◯	◯	◯	◯
13. Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiencias traumáticas das pessoas que auxilio.	◯	◯	◯	◯	◯
14 Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei.	◯	◯	◯	◯	◯
15. Eu tenho crenças que me sustentam.	◯	◯	◯	◯	◯

16. Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros.					
17. Eu sou a pessoa que sempre quis ser.					
18. O meu trabalho faz-me sentir satisfeito.					
19. Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).					
20. Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los.					
21. Sinto-me sufocado(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).					
22. Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.					
23. Eu evito					

16. Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros.	◯	◯	◯	◯	◯
17. Eu sou a pessoa que sempre quis ser.	◯	◯	◯	◯	◯
18. O meu trabalho faz-me sentir satisfeito.	◯	◯	◯	◯	◯
19. Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).	◯	◯	◯	◯	◯
20. Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los.	◯	◯	◯	◯	◯
21. Sinto-me sufocado(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).	◯	◯	◯	◯	◯
22. Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.	◯	◯	◯	◯	◯
23. Eu evito	◯	◯	◯	◯	◯

certas atividades ou situações porque me recordam experiencias assustadoras das pessoas que ajudei.					
24. Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar.	◯	◯	◯	◯	◯
25. Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores.	◯	◯	◯	◯	◯
26. Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema.	◯	◯	◯	◯	◯
27. Eu penso que sou um "sucesso" como cuidador.	◯	◯	◯	◯	◯
28. Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas traumatizadas.	◯	◯	◯	◯	◯
29. Eu sou uma pessoa muito carinhosa.	◯	◯	◯	◯	◯
30. Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho.	◯	◯	◯	◯	◯

PARTE IV – CARACTERIZAÇÃO DAS VIVÊNCIAS EXPERIENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS

Nesta secção, por favor, responda tendo em conta os últimos 12 meses

20. Durante os últimos 12 meses tratou doentes com infeção por SARS-CoV-2?

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

21. Se respondeu "Sim" na pergunta anterior, como se sentiu a tratar esses doentes?

22. Relativamente ao apoio que sentiu durante a pandemia:

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim, completamente	Sim, a maior parte das vezes	Não a maior parte das vezes	Nunca
Durante esse período sentiu-se apoiado pela instituição?	◯	◯	◯	◯
Durante esse período sentiu-se apoiado pelo serviço?	◯	◯	◯	◯
Durante esse período sentiu-se apoiado pelos pares?	◯	◯	◯	◯
Durante esse período sentiu-se apoiado pelos vários profissionais da equipa?	◯	◯	◯	◯

23. Considera que o facto de os doentes não poderem receber visitas influenciou a qualidade do seu trabalho?

Marcar apenas uma oval.

◯ Sim
◯ Não

24. Como se sentiu com o facto de os doentes internados terem as visitas condicionadas durante este período?

25. Considera que o facto de ter que comunicar com os familiares à distância influenciou a forma como transmitiu a informação?

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

26. Como se sentiu em relação à realidade de ter que comunicar com os familiares dos doentes internados exclusivamente pelo telefone?

27. Como se sentiu em relação à realidade de ter que transmitir, más notícias aos familiares dos doentes internados exclusivamente pelo telefone?

28. Como se sentiu em relação à realidade de ter que tomar decisões partilhadas com os familiares dos doentes internados pelo telefone?

29. Dado o risco de contágio de COVID-19 em meio laboral, como se sente/sentiu em relação à possibilidade de infetar os seus familiares ou pessoas próximas?

30. Já esteve/está infetado por SARS-CoV-2 (testou positivo)?

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

31. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior: Dessa infeção resultou contágio de pessoas próximas? (companheiro, filhos, pais, irmãos, amigos, etc)

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

32. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior: Como se sentiu em relação a isso?

33. Após os últimos 12 meses como considera a sua qualidade de vida profissional atual?

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Melhor
- ◯ Igual
- ◯ Pior

34. Em relação à resposta da pergunta anterior, por favor, desenvolva:

35. Gostaria de acrescentar mais algum comentário?

Anexo 2 – Folheto informativo

FOLHETO INFORMATIVO

Qual o impacto do surto de COVID-19 na qualidade de vida dos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Intensivos? Um estudo observacional unicêntrico

Folha de Informação ao Profissional de Saúde
Gostaríamos de convidá-lo/a a participar neste estudo de investigação. Neste folheto iremos explicar a razão desta investigação estar a ser desenvolvida e o que lhe iremos pedir que faça. Se tiver quaisquer questões, não hesite em colocá-las através dos contactos disponibilizados mais à frente.

Objetivos do estudo
Determinar o nível de qualidade de vida profissional durante a pandemia por COVID-19, utilizando o questionário "Escala de Qualidade de Vida Profissional Versão 5 (ProQOL5) em profissionais de saúde que trabalham em cuidados intensivos. Explorar fatores associados a maior risco de Fadiga por Compaixão.

Por que é que fui convidado/a a participar?
Todos os profissionais que trabalham atualmente ou que trabalharam em algum momento desde março de 2020 na UCIP (Unidade/Emergência) do Hospital Santo António são convidados a participar.

Tenho de participar?
A decisão de participar neste estudo é inteiramente sua. Se concordar em participar, ser-lhe-á pedido que assinale essa vontade no consentimento informado que será apresentado antes de começar a responder ao questionário. Pode desistir do estudo a qualquer momento, mesmo após ter assinado o consentimento, sem ter que dar explicações da sua desistência.

O que acontecerá se eu participar?
Vamos pedir que preencha um questionário composto por 4 partes. As 2 primeiras partes têm questões sociodemográfica, de caracterização profissional e de conhecimento dos termos em estudo. A terceira parte é constituída pelo questionário "Escala de Qualidade de Vida Profissional Versão 5 (ProQOL5)" e a quarta parte incluí uma série de questões abertas com vista a caracterizar as vivências dos profissionais de saúde.

Por favor garanta que tem tempo para responder ao questionário, dado que não será possível gravar no sistema e voltar mais tarde. Se houver algumas perguntas que não quer preencher, não faz mal, pode deixá-las em branco.
Se tiver dificuldade em preencher online fornecer-lhe-emos um questionário em papel para preencher.

Quais são os possíveis benefícios da minha participação?
Não podemos garantir que o estudo o/a irá beneficiar diretamente, mas a informação e o conhecimento que vamos ter deste estudo ajudar-nos-á a perceber qual o impacto da pandemia na qualidade de vida profissional.

A minha participação será mantida confidencial?
Toda a informação que nos facultar será mantida confidencial. A cada questionário será atribuído um código, que servirá apenas para identificação do questionário e não da sua pessoa.

E se houver algum problema
Se tiver alguma preocupação acerca de qualquer aspeto deste estudo pode-nos contactar através dos seguintes endereços de correio eletrónico: anatmagalhaes97@gmail.com (Ana Teresa Magalhães, aluna do 6º ano de MIM, do ICBAS, responsável pelo trabalho no âmbito do projeto de investigação para a Dissertação de Mestrado); carlatx@gmail.com (Profª Drª Carla Teixeira, orientadora do projeto) ou bc521@medschl.cam.ac.uk (Drª Bárbara Antunes, co-orientadora do projeto).

O que é que acontece aos resultados do estudo?
Os resultados serão usados para a Dissertação e poderão vir a ser disponibilizados a outros serviços e Profissionais de Saúde através de artigos científicos publicados ou apresentações em conferências. Em qualquer uma das circunstâncias não será identificado nenhum dos participantes.

O que é que faço agora?
Esta informação foi-lhe fornecida para que possa refletir sobre a possibilidade de participar neste estudo de investigação. Não tem de responder imediatamente.

Por último....
Obrigada pelo seu tempo e por considerar participar neste estudo de investigação. Nós entendemos que este assunto pode não ser fácil de abordar e recordar. No entanto, os resultados deste estudo podem ajudar a perceber qual foi o verdadeiro impacto na sua qualidade de vida profissional e dos seus colegas.

Anexo 3 – Formulário de Caracterização dos doentes e da Unidade

Caracterização dos doentes internados na UCIP durante o período em que a UCIP ficou dedicada a doentes COVID

Idade

Sexo

Motivo de admissão

Nº de dias de permanência na UCI
- Data de admissão
- Data de alta

Outcome
- Vivo
  - Domicílio
  - Outro
- Morto

Índice de gravidade à admissão
- SAPS II
- SOFA

Caracterização da UCI

Nº de médicos

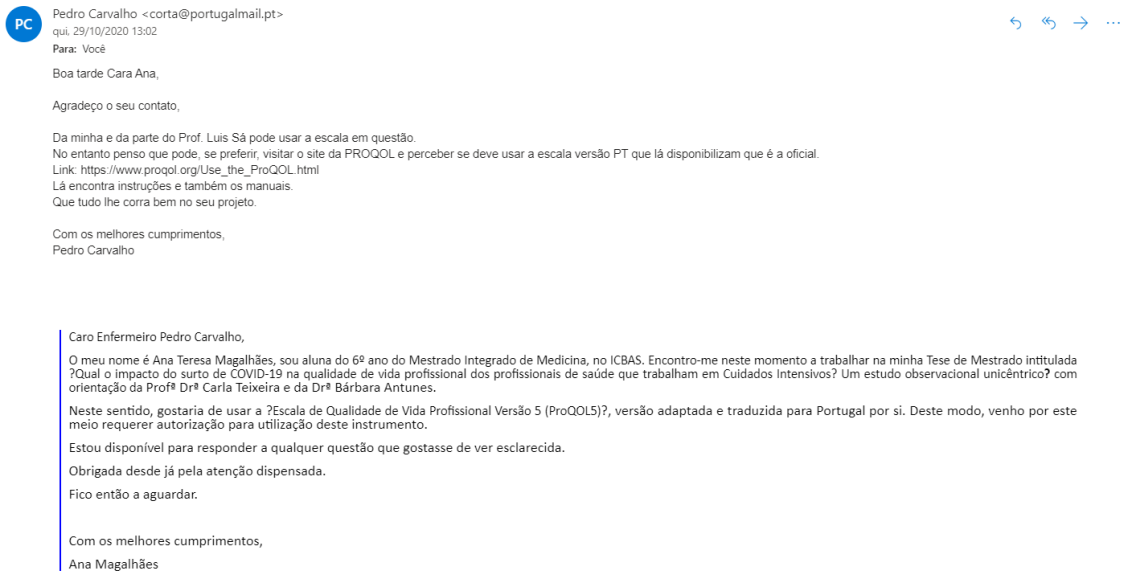
Nº de enfermeiros

Nº de auxiliares

Nº de camas

Nº de camas de isolamento

Anexo 4 - Autorização do autor do estudo de validação da escala para português



PC

Pedro Carvalho <corta@portugalmail.pt>
qui. 29/10/2020 13:02
Para: Você

Boa tarde Cara Ana,

Agradeço o seu contato,

Da minha e da parte do Prof. Luis Sá pode usar a escala em questão.
No entanto penso que pode, se preferir, visitar o site da PROQOL e perceber se deve usar a escala versão PT que lá disponibilizam que é a oficial.
Link: https://www.proqol.org/Use_the_ProQOL.html
Lá encontra instruções e também os manuais.
Que tudo lhe corra bem no seu projeto.

Com os melhores cumprimentos,
Pedro Carvalho

> Caro Enfermeiro Pedro Carvalho,
>
> O meu nome é Ana Teresa Magalhães, sou aluna do 6º ano do Mestrado Integrado de Medicina, no ICBAS. Encontro-me neste momento a trabalhar na minha Tese de Mestrado intitulada ?Qual o impacto do surto de COVID-19 na qualidade de vida profissional dos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Intensivos? Um estudo observacional unicêntrico? com orientação da Profª Drª Carla Teixeira e da Drª Bárbara Antunes.
>
> Neste sentido, gostaria de usar a ?Escala de Qualidade de Vida Profissional Versão 5 (ProQOL5)?, versão adaptada e traduzida para Portugal por si. Deste modo, venho por este meio requerer autorização para utilização deste instrumento.
>
> Estou disponível para responder a qualquer questão que gostasse de ver esclarecida.
>
> Obrigada desde já pela atenção dispensada.
>
> Fico então a aguardar.
>
> Com os melhores cumprimentos,
>
> Ana Magalhães

Anexo 5 – Autorização oficial para uso da escala ProQOL5

Permission to Use the ProQOL

Thank you for your interest in using the Professional Quality of Life Measure (ProQOL). Please share the following information with us to obtain permission to use the measure:

Please provide your contact information:

Email Address

anatmagalhaes97@gmail.com

Name

Ana Teresa Morais Magalhães

Organization Name, if applicable

Country

Portugal

Please tell us briefly about your project:

It is a unicentric study within the scope of the master's thesis in medicine. The objective is to assess the impact of the COVID-19 pandemic on the quality of professional life of intensive care workers.

What is the population you will be using the ProQOL with?

Doctors, nurses and other professionals working at ICU.

In what language/s do you plan to use the ProQOL?

Listed here are the languages in which the ProQOL is currently available (see https://proqol.org/ProQol_Test.html). If you wish to use a language not listed here, please select "Other" and specify which language/s.

Portuguese from Portugal

The ProQOL measure may be freely copied and used, without individualized permission from the ProQOL office, as long as:

- **You credit The Center for Victims of Torture and provide a link to www.ProQOL.org;**
- **It is not sold; and**
- **No changes are made, other than creating or using a translation, and/or replacing "[helper]" with a more specific term such as "nurse."**

Note that the following situations are acceptable:
You can reformat the ProQOL, including putting it in a virtual format
You can use the ProQOL as part of work you are paid to do, such as at a training: you just cannot sell the measure itself

Does your use of the ProQOL abide by the three criteria listed above? (If yes, you are free to use the ProQOL immediately upon submitting this form. If not, the ProQOL office will be in contact in order to establish your permission to use the measure.)

Yes

Thank you for your interest in the ProQOL! We hope that you find it useful. You will receive an email from the ProQOL office that records your answers to these questions and provides your permission to use the ProQOL.

We invite any comments from you about the ProQOL and the experience of using it at proqol@cvt.org. Please also contact us if you have any questions about using the ProQOL, even if you noted them on this form. Note that unfortunately, our capacity is quite limited so we may not be able to respond to your note: however, we greatly appreciate your engagement.

Anexo 7 – Autorizações institucionais para a realização do estudo

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

centro hospitalar do Porto

Exma. Sra. Ana Teresa Magalhães
Estudante do ICBAS

ASSUNTO: Trabalho Académico - MIM - **"Qual o impacto do surto de COVID-19 na qualidade de vida dos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Intensivos? Um estudo observacional unicêntrico"** – N/ REF.ª 2021.013(010-DEFI/010-CE)

O Conselho de Administração do CHUP autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar da Unidade de Cuidados Intensivos desta Instituição e tendo como Investigador Principal Ana Teresa Magalhães, estudante do ICBAS.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética do CHUP|ICBAS, pelo Serviço de Investigação Clínica, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHUP e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
17/2/2021
Dr. PAULO BARBOSA — Presidente
Dr.ª RITA MOREIRA — Vogal Executiva
Prof. Doutor JOSÉ BARROS — Diretor Clínico
Dr.ª RITA VELOSO — Vogal Executiva
Enf.º EDUARDO ALVES — Enfermeiro Diretor

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

centro hospitalar do Porto

APRECIAÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE **TRABALHO ACADÉMICO -MIM**

Título: **"Qual o impacto do surto de COVID-19 na qualidade de vida dos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Intensivos? Um estudo observacional unicêntrico"**		Ref.ª: **2021.013(010-DEFI/010-CE)**
		Investigador: **Ana Teresa Magalhães** **Estudante do ICBAS**

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM:	**PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO:**
☒ **NÃO SE APLICA**	☒ **PARECER FAVORÁVEL**
☐ **PARECER FAVORÁVEL**	☐ **PARECER NÃO FAVORÁVEL**
☐ **PARECER NÃO FAVORÁVEL**	
Data:	Data: 16 FEV. 2021
	Dr. PAULO BARBOSA Presidente do Conselho de Administração do CHUP

Deferido pelo Responsável pelo Acesso à Informação a 08 de fevereiro de 2021.

PARECER FAVORÁVEL

16 FEV. 2021

Dr. SEVERO TORRES
Assessor do Presidente do Conselho de Administração

Em conformidade. Pode ser autorizado.

Profª Doutora Luísa Lobato
Diretora do DEFI

Luísa Lobato
Diretora do DEFI
12/02/2021

JAP

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | centro hospitalar do Porto | U.PORTO

COMISSÃO DE ÉTICA CHUP / ICBAS

APRECIAÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 3/2/2021	Órgão: Reunião Plenária

Título: **"Qual o impacto do surto de COVID-19 na qualidade de vida dos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Intensivos? Um estudo observacional unicêntrico"**		Ref.ª: **2021.013(010-DEFI/010-CE)**
Protocolo/Versão: **MIM**	Promotor: **o(a) próprio(a)**	Investigador / Local: **Ana Teresa Magalhães** **Serviço de UCI - CHUP**

A Comissão de Ética CHUP / ICBAS, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de Outubro, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **MIM** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética CHUP / ICBAS presentes:

Presidente: Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão
Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr. Aníbal Albuquerque, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, ~~Dr.ª Cármen de Carvalho~~, ~~Dr.ª Fernanda Manuela Costa~~, Dr. Gonçalo Senra, Prof. Doutor José António Pinho, Prof.ª Doutora Margarida Araújo, Prof.ª Doutora Maria Strecht, ~~Prof.ª Doutora Paula Cristina Pereira~~

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

Sem voto da doutora Carla Teixeira por conflito interesses

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data 3/2/2021

O Presidente da Comissão de Ética CHUP / ICBAS

Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão

Imp.10/2019