



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

## Profissionais da saúde na pandemia covid-19: Enfrentamento e Adaptação

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Luiza Orlandi Bonela Gomes**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

NOVEMBRO 2021



**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

## Profissionais da saúde na pandemia covid-19: Enfrentamento e Adaptação

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Luiza Orlandi Bonela Gomes**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Armanda Paula  
Cunha Gonçalves**

Dedicado à todas as vítimas da covid-19 e seus respectivos familiares. Em especial homenagem à todos os profissionais da saúde pela sua abnegação, a se exporem diariamente na luta pela vida.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço a Deus de todo o meu coração por ser o Senhor da minha vida e da minha história. Agradeço imensamente por ter-me inspirado a estudar este tema, e por sua generosa providência que me sustentou e me guiou durante todo o processo. Tenho plena consciência que apenas por sua graça foi possível concluir a realização deste sonho. Agradeço também, à Nossa Senhora, que sempre esteve a interceder por mim, me amparando e me oferecendo o consolo necessário.

Agradeço aos meus pais, primeiro por serem seres humanos admiráveis, que me formaram no amor, na fé e na verdade. Agradeço por sempre acreditarem nos meus sonhos e capacidades, e me apoiarem em todos os meus projetos, estando presentes nos momentos mais difíceis e alegres, mesmo à distância fisicamente. Eu vos amo cada dia mais.

Sou grata a minha irmã, por ser uma mulher virtuosa e brilhante, obrigada por sua vida ser um testemunho que desde sempre me ajudou a ir além, obrigada por seu amor e amizade.

Sou grata à Paula, por ser tão generosa, você é amiga, professora, terapeuta, colega de mestrado, obrigada por abrir as portas de Portugal à mim, e abrir as portas do seu coração para me acolher, você foi essencial nesse processo.

Agradeço ao Alexandre, um presente na minha vida, você é uma surpresa e um alívio, que fez tudo ter um novo sentido. Obrigada pelo apoio constante, pela força e pela alegria que trouxe em todo esse processo.

Agradeço aos amigos, estes que rezam e acreditam em mim, a amizade de vocês é um bálsamo na minha vida. Vocês me ajudam a me lembrar todos os dias aquilo que devo ser.

Agradeço à minha orientadora, profa. Armanda por sua excelência, que desde o início confiou na minha proposta, enxergou o meu potencial, sempre me desafiando a aperfeiçoar-me.

Agradeço ao João por ter abraçado as minhas ideias, colaborando com o trabalho de forma generosa, obrigada por aceitar este desafio, acreditando na verdade desta pesquisa.

Agradeço à Universidade Católica de Braga, que me recebeu de portas abertas em Portugal, obrigada por propiciar uma formação criteriosa e exigente. Foi uma honra ter essa instituição em meu currículo e em minha vida.

Agradeço há todos os profissionais da saúde que generosamente doaram o precioso tempo de suas vidas, a participar dessa pesquisa. Minha profunda admiração para estes combatentes em favor da vida em um momento tão difícil. Cada ser humano ao qual tive a oportunidade de estar, me tocou e me transformou neste processo, em uma pessoa melhor, mais sensível, mais humana, e mais empática.

Agradeço a cada um dos meus utentes que mesmo sem saberem me ajudaram a me manter firme nesta caminhada, contribuíram para manter-me responsável, e a não desviar do caminho preenchido de sentido. Quando já não acreditava em mim, ou não tinha forças por mim mesma, foi por cada um que continuei sólida em minha história e perseverante naquilo que sou e busco.

Agradeço ao meu mestre Miguel Mahfoud por despertar ainda na minha graduação a beleza do meu ofício, um encontro fundamental na minha história.

Agradeço ao Italo Marsili por ser a minha inspiração de profissional e ser humano, agradeço por sua generosidade e por despertar a minha personalidade. Sem dúvida foi inspiração para o tema do estudo.

Agradeço também as oportunidades que tive antes da defesa, de já poder partilhar os frutos desde trabalho no “III Congresso Internacional de Fenomenologia e Psicologia (III CIFP) e o V Congresso Brasileiro de Psicologia e Fenomenologia”; na “51º Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia”.

Agradeço a todas os encontros incríveis que tive durante este tempo, que me trouxeram pessoas maravilhosas à minha vida, que colaboraram direta ou indiretamente com este processo.

*“eu não sou a salvadora da pátria, mas eu sou mais um grão na areia da praia, e se eu sair de lá, a praia fica menor” (Profissional 12)*

## **Resumo**

Na pandemia da covid-19 foram os profissionais da saúde os que estiveram na linha de frente, na luta pela vida, se expondo ao risco de contágio de si mesmo e familiares, somando-se a sobrecarga horária e a exaustão. Urge, compreender a experiência pessoal destes, a fim de perceber os impactos, no que tange a qualidade de vida profissional, a resiliência, a adaptação e estratégias de enfrentamento, no contexto português e brasileiro. Para tanto, desenvolvemos um estudo misto. Na primeira etapa, quantitativa, participaram 235 profissionais, média de 39 anos. Aplicamos além de um questionário socioeconómico, um Inventário de atuação e preocupação, Escala de qualidade de Vida Profissional (ProQol), e Escala de Resiliência para Adultos (ERA). Os resultados indicam níveis altos de satisfação por compaixão, com destaque dos profissionais brasileiros. Há moderado nível de burnout e estresse traumático secundário. Constatou-se o efeito positivo da resiliência na qualidade de vida profissional. Segunda etapa, qualitativa, aplicámos a entrevista semiestruturada, usando o método da análise fenomenológica interpretativa. Participaram 6 profissionais hospitalares, do sexo feminino. Os resultados sugerem na experiência destas, temáticas: contexto de atuação; Realidade morte/morrer; Resposta pessoal à experiência; Implicações Psicológicas; formas de resistência; Mudança do Eu. Constata-se o impacto negativo no psíquico dos profissionais. Todavia, vê-se uma disposição pessoal em atuar, na intenção de salvar vidas, corroborando com a incidência da satisfação por compaixão. A recuperação de utentes, o apoio emocional dos familiares e a espiritualidade colaboram na resiliência. Logo, há transformação no âmbito pessoal, valorizando o tempo e a vida. Vê-se necessidade de medidas e intervenções que atenuem os sintomas. Urge, também repensar na formação da assistência à saúde quanto à humanização e fomento da resiliência.

*Palavras-chave:* covid-19; Profissionais da saúde; Qualidade de vida profissional, Resiliência; Adaptação.

## **Abstract**

In the covid-19 pandemic, it was health professionals who were on the front line, in the fight for life, exposing themselves to the risk of contagion from themselves and their families, adding to the workload and exhaustion. It is urgent to understand their personal experience, in order to understand the impacts, regarding the quality of professional life, resilience, adaptation and coping adaptation, in the Portuguese and Brazilian context. Therefore, we developed a mixed study. In the first stage, quantitative, 235 professionals participated, an average of 39 years. We applied, in addition to a socioeconomic questionnaire, an Inventory of Action and Concern, a Professional Quality of Life Scale (ProQol), and an Adult Resilience Scale (ERA). The results indicate high levels of satisfaction for compassion, with emphasis on Brazilian professionals. There is a moderate level of burnout and secondary traumatic stress. The positive effect of resilience on the quality of professional life was found. Second, qualitative stage, we applied a semi-structured interview, using the interpretive phenomenological analysis method. Six female hospital professionals participated. The results obtained in the experience of these, thematic: context of action; Death/dying reality; Personal response to experience; Psychological Implications; forms of resistance; Change of Self. There is a negative impact on the psyche of professionals. However, there is a personal willingness to act, with the intention of saving lives, corroborating an incidence of satisfaction through compassion. The recovery of users, emotional support from family members and spirituality contribute to resilience. Therefore, there is a transformation in the personal sphere, valuing time and life. There is a need for measures and interventions to alleviate symptoms. It is also urgent to rethink the training of health care in terms of humanization and fostering resilience.

*Keywords:* Covid-19; Health professionals; Quality of professional life, Resilience; Adaptation.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AFI</b>	Análise Fenomenológica Interpretativa
<b>BO</b>	Burnout
<b>CF</b>	Coesão Familiar
<b>CFST</b>	Compassion Fatigue Self Test
<b>CID-10</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>COVID-19</b>	Coronavirus disease 19
<b>CS</b>	Competências Sociais
<b>DSM-V</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
<b>ECDPC</b>	European Centre for Disease Prevention and Control
<b>EE</b>	Estilo Estruturado
<b>EPI</b>	Equipamento de proteção individual
<b>ERA</b>	Escala de Resiliência para Adultos
<b>ETS</b>	Estresse Traumático Secundário
<b>FC</b>	Fadiga por Compaixão
<b>H1N1</b>	Influenzavirus A
<b>MERS-CoV</b>	Middle East Respiratory Syndrome
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PF</b>	Planeamento do Futuro
<b>ProQOL</b>	Escala de Qualidade de Vida Profissional
<b>ProQOL 5</b>	Escala de qualidade de Vida Profissional versão 5
<b>PS</b>	Perceção de Si mesmo
<b>RS</b>	Recursos Sociais
<b>SARS-CoV-2</b>	Síndrome respiratória aguda grave 2
<b>SC</b>	Satisfação por Compaixão
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>UTI</b>	Unidade Intensiva de Internação
<b>WHO</b>	World Health Organization

## Índice de figuras

### Figuras

Figura 1.1 Diagrama do modelo de Qualidade de Vida Profissional (QVP) .....	10
Figura 4.1 Diagrama do tema A linha de frente e respectivos subtemas.....	74
Figura 4.2 Diagrama do tema Impactos da experiência e respectivos subtemas.....	75
Figura 4.3 Diagrama do tema Impactos sociais e familiares e respectivos subtemas.....	75
Figura 4.4 Diagrama do tema Fronteira da vida e morte e respectivos subtemas.....	76
Figura 4.5 Diagrama do tema Defrontar-se com a morte e respectivos subtemas.....	77
Figura 4.6 Diagrama do tema Enfrentamento Pessoal e seus respectivos subtemas.....	78
Figura 4.7 Diagrama do tema Meu olhar da linha de frente e seus respectivos subtemas.....	79
Figura 4.8 Diagrama do tema Implicações psicológicas e seus respectivos subtemas.....	79
Figura 4.9 Diagrama do tema Vitória da Recuperação e seus respectivos subtemas.....	80
Figura 4.10 Diagrama do tema Vivência da Espiritualidade e seus respectivos subtemas.....	81
Figura 4.11 Diagrama do tema Busca por recursos e seus respectivos subtemas.....	81
Figura 4.12 Diagrama do tema Desdobramentos pessoais e seus respectivos subtemas.....	82
Figura 4.13 Diagrama do tema Visão da Vida e seus respectivos subtemas.....	83
Figura 4.14 Diagrama do tema Desdobramentos profissionais e seus respectivos subtemas.....	83
Figura 4.15 Diagrama do tema Reflexões para o futuro e seus respectivos subtemas.....	84

## Índice de tabelas

### Tabelas

Tabela 3.1 Caracterização sociodemográficas da amostra.....	27
Tabela 3.2 Caracterização socioprofissional da amostra.....	28
Tabela. 3.3 Domínios indicadores da atuação profissional e da preocupação por contaminação dos profissionais da saúde no contexto de pandemia covid-19.....	38
Tabela 3.4 Caracterização das subescalas da Qualidade de Vida Profissional em função da nacionalidade.....	43
Tabela 3.5 Níveis das subescalas de Qualidade de Vida Profissional em função da nacionalidade.....	43
Tabela 3.6 Caracterização dos fatores de Resiliência em função da nacionalidade.....	44
Tabela 3.7 Níveis dos fatores de Resiliência em função do Estado civil.....	46
Tabela 3.8 Níveis de diferenças médias das subescalas de Qualidade de vida profissional em função das diferentes Profissões.....	47
Tabela 3.9 Relação entre as características sociodemográficas e as características da atuação profissional dos participantes, em função das subescalas da Qualidade de Vida Profissional e dos fatores de Resiliência.....	50
Tabela 3.10 Análise das diferenças das médias obtidas nas subescalas da Qualidade de Vida Profissional e nos fatores de Resiliência em relação ao autorrelato dos participantes a cerca da saúde mental e atuação, preocupação e autoavaliação profissional.....	52
Tabela 4.1 Características sociodemográficas das participantes do estudo qualitativo.....	65

Índice	
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Lista de abreviaturas e siglas.....	viii
Índice de figuras.....	ix
Índice de tabelas.....	x
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Profissionais da Saúde no enfrentamento da COVID-19.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Qualidade de Vida Profissional.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Resiliência.....</b>	<b>11</b>
<i>1.3.1 Sentido de Vida e Resiliência.....</i>	<i>13</i>
<b>1.4 Profissionais da Saúde: Estudos Empíricos.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5 Relevância.....</b>	<b>20</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Desenho do estudo.....</b>	<b>22</b>
<b>3 ESTUDO I – PANORAMA DA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E RESILIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE</b>	
<b>3.1 Introdução.....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Metodologia.....</b>	<b>25</b>
3.2.1 <i>Aprovação ética.....</i>	<i>25</i>
3.2.2 <i>Amostragem.....</i>	<i>25</i>
3.2.3 <i>Participantes da amostra.....</i>	<i>26</i>
3.2.4 <i>Instrumentos.....</i>	<i>28</i>
3.2.5 <i>Recolha de dados.....</i>	<i>33</i>
<b>3.3 Procedimentos da Análise dos dados.....</b>	<b>34</b>
3.3.1 <i>Análise dos dados quantitativos.....</i>	<i>34</i>
3.3.2 <i>Análise dos dados qualitativos do Inventário de atuação e preocupação no contexto de pandemia COVID-19.....</i>	<i>35</i>
<b>3.4 Resultados.....</b>	<b>37</b>
3.4.1 <i>Indicadores da atuação profissional e da preocupação por contaminação dos profissionais da saúde no contexto de pandemia covid-19.....</i>	<i>37</i>
3.4.2 <i>Critérios da responsabilidade profissional e da realização pessoal durante a atuação no contexto pandêmico.....</i>	<i>39</i>
3.4.3 <i>Panorama da Qualidade de vida profissional.....</i>	<i>42</i>
3.4.4 <i>Indicadores de Resiliência.....</i>	<i>44</i>
3.4.5 <i>Relação de diferenças entre os fatores de Resiliência e as subescalas da Qualidade de vida profissional em função das características sociodemográficas dos participantes.....</i>	<i>45</i>
3.4.6 <i>Relação da Resiliência e da Qualidade de vida profissional em função das características sociodemográficas dos participantes e do Inventário de atuação e preocupação.....</i>	<i>48</i>
3.4.7 <i>Relação de diferenças entre os fatores de Resiliência e as subescalas da Qualidade de vida profissional em função do Inventário de atuação e preocupação.....</i>	<i>51</i>
<b>3.5 Discussão.....</b>	<b>53</b>

<b>3.6 Considerações finais: Estudo I</b> .....	60
<b>4 ESTUDO II – EXPERIÊNCIA NA LINHA DE FRENTE DA COVID-19</b>	
<b>4.1 Introdução</b> .....	63
<b>4.2 Metodologia</b> .....	63
4.2.1 <i>Aprovação ética</i> .....	63
4.2.2 <i>Amostragem</i> .....	64
4.2.3 <i>Participantes do estudo</i> .....	65
4.2.4 <i>Instrumentos</i> .....	66
4.2.5 <i>Procedimentos</i> .....	67
<b>4.3 Procedimentos da Análise dos dados</b> .....	68
<b>4.4 Resultados</b> .....	73
4.4.1 <i>Atuar na linha de frente da covid-19</i> .....	73
4.4.2 <i>Realidade da Morte e Morrer</i> .....	76
4.4.3 <i>Eu na Linha de Frente</i> .....	77
4.4.4 <i>Implicações Psicológicas</i> .....	79
4.4.5 <i>A resistência na linha de frente</i> .....	80
4.4.6 <i>A mudança do Eu a partir da atuação profissional</i> .....	81
4.4.7 <i>Experiência Futura</i> .....	83
<b>4.5 Discussão</b> .....	85
<b>4.6 Considerações Finais: Estudo II</b> .....	92
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ESTUDO MISTO</b> .....	94
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	96
<b>8 ANEXOS</b> .....	114
ANEXO A Termo de consentimento informado – primeiro estudo.....	115
ANEXO B QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO – versão Brasil.....	116
ANEXO C QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO – versão Portugal.....	121
ANEXO D Escala de qualidade de vida profissional - ProQol – versão Brasil.....	126
ANEXO E Escala de Qualidade de vida profissional – ProQol – versão Portugal.....	128
ANEXO F Escala de Resiliência para Adultos – RSA – versão Brasil.....	129
ANEXO G Escala de Resiliência para Adultos – RSA – versão Portugal.....	130
ANEXO H Termo de consentimento informado – segundo estudo.....	131
ANEXO I Guião da Entrevista Semiestruturada.....	132
ANEXO J Quadro da Análise de conteúdo: “Responsabilidade profissional e Realização pessoal durante a atuação no contexto pandémico”.....	133
ANEXO K – Quadro da Análise Fenomenológica Interpretativa: Experiência, adaptação e enfrentamentos dos profissionais da saúde na linha de frente covid-19.....	137

## 1 INTRODUÇÃO

No ano de 2020 o mundo se viu ameaçado pela pandemia pelo novo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave Coronavírus – 2 (SARS-CoV-2), nomeada a sua doença clínica como *coronavirus disease* 2019 (COVID-19), foi percebida em dezembro de 2019 cidade de Wuhan na China, apresentando uma rápida disseminação. Esta alastrou-se na China e avançou posteriormente em múltiplos países, com mudança do epicentro da doença da China para a Europa, em especial Itália e Espanha, e posteriormente nas Américas.

Em Portugal foi detetada a incidência de casos de utentes infetados pela covid-19 também em março de 2020 (Mendes et al., 2020; Rothe et al., 2020; Moreira, 2020). Já no Brasil, o primeiro caso foi identificado em 26 de fevereiro de 2020, tendo o primeiro óbito em 17 de março de 2020, até o dia 11 de agosto de 2021 o Brasil registava 20.165.672 casos confirmados e 563.151 óbitos, dados que fazem o país ocupar o terceiro lugar em números absolutos no mundo (World Health Organization, 2021). O número de pessoas doentes pela covid-19 aumentou exponencialmente em todo o Brasil, o que exigiu estratégias dinâmicas e intensas para atender a uma população grandiosa, pois o país possui dimensão territorial e populacional continental, que representa um dificultador (Ministério da Saúde do Brasil, 2020; Dantas, 2021). Neste sentido, Portugal, acumula 988.061 mil casos, e destes 17.485 mil óbitos (World Health Organization, 2021).

A velocidade com que a covid-19 se espalhou por países e dentro de cada país, influenciou a vida diária de bilhões de pessoas no planeta. Quando na ausência de vacinas, e um tratamento com eficácia comprovada, as estratégias de distanciamento social foi identificada como a intervenção mais viável para o controle do covid-19 (Teixeira et al., 2020). Assim, o número de casos continuou a crescer em todo o mundo, resultando em encerramento de fronteiras, quarentenas, e encerramento total de mercados e atividades cruciais em todo o mundo, representando uma crise pandêmica mundial declarada pela World Health Organization (WHO) em 11 de março de 2020 (WHO, 2020).

Até agosto de 2021 registou-se, no mundo, 203.313.488 milhões de casos da doença, destes 4.303.724 milhões foram a óbitos (WHO, 2021). Para conseguir atingir o objetivo de minimizar os impactos da pandemia, diversos países e empresas farmacêuticas estão empreendendo esforços na produção de vacina segura e eficaz contra a covid-19, e no monitoramento das vacinas que já se encontram com liberação para uso emergencial e/ou registadas em alguns países.

Em Portugal, foi apresentado o primeiro Plano de Vacinação covid-19 a 3 de dezembro de 2020, que previa a administração das vacinas em diferentes fases, consoante os grupos prioritários (Ministérios da Saúde, 2020), até o presente momento, Portugal é um dos países de destaque na vacinação mundial, por já constar de 86% da população totalmente já imunizada (University of Oxford, 2021). Por outro lado, no Brasil, o Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a covid-19, foi apresentado em março de 2021, e apenas 49% da população já se encontra totalmente imunizada (University of Oxford, 2021).

Apesar das ações em favor da vacinação e devidas restrições de controlo da contaminação, ainda há novos casos e ainda óbitos. Isto, porque o coronavírus tem um período de incubação mediano de 4 dias, podendo se prolongar por até 14 dias, sendo assim, muitas pessoas infetadas por este vírus permanecem assintomáticas, o que pode facilitar ainda mais a propagação do vírus. Além do mais, a covid-19, apresenta-se como uma doença de grande transmissibilidade e gravidade clínica, conforme revelado pela letalidade, apesar de a maioria dos doentes infetados (> 80%) apresentarem doença ligeira, sem necessidade de hospitalização. De entre os internados, de 6% a 10% necessitam de cuidados intensivos, visto que, a covid-19 é capaz de causar pneumonia grave e levar ao óbito, particularmente em populações vulneráveis, como idosos e pessoas com condições médicas crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias, hipertensão e malignidades (Bansal et al., 2020).

Verificou-se que o método de contágio pelo coronavírus se dá de forma direta, ou seja, através do contato com a pessoa infetada por meio de apertos de mão, gotículas de saliva, espirro, tosse ou objetos contaminados. Os estudos demonstram que este vírus, SARS-CoV 2, sobrevive no ar por mais de 3h e em superfícies como plásticos e metais por até 3 dias (Van Doremalen et al., 2020).

Apesar de 80,9% dos casos de doença serem leves, a taxa de letalidade pela covid-19 ainda se encontra desconhecida, mas estima-se em torno de 0,5% podendo chegar até 4%. Essa taxa de letalidade em alguns países ultrapassa à da gripe espanhola (2 a 3%) e é muito mais elevada do que a da *influenza* A H1N1 (0,02%) ou da gripe sazonal (0,1%) (Silva, 2020). Assim, a covid-19 representa a maior ameaça à saúde pública mundial desde a pandemia de Gripe espanhola. Com alto índice de transmissibilidade humana, somando-se ao número de infetados e de mortes (Chen et al., 2020), evidencia-se a pandemia pela covid-19 um fenómeno incomum, sendo um dos maiores desafios sanitários em escala mundial desse século.

As medidas, como cuidados com higiene, uso de máscaras, a testagem do maior número de casos e o isolamento social (Li et al., 2020) foram tomadas até o momento com a finalidade de evitar a superação da capacidade dos sistemas de saúde em atender à população que evolui para as formas mais graves da doença. Uma vez que, em alguns utentes a covid-19 pode evoluir para uma falência respiratória progressiva causada por danos pulmonares, assim estes casos graves geram cuidados em unidades de terapia intensiva (UTI) (Chen et al., 2020). Nessas situações, além de ser necessárias internações em UTI, também se faz o uso de ventiladores pulmonares para o suporte respiratório desses casos (Rache et al., 2020).

Apesar das medidas, a pandemia disseminou-se em parte pela demora em se testar os suspeitos, dar os resultados e isolá-los, e pela falha na proteção dos profissionais de saúde, o que gerou disseminação também, a partir dos serviços de saúde (Silva, 2020). Assim, foi observado elevado risco de transmissão nosocomial bem como de aquisição por profissionais de saúde (Nogueira et al., 2020). Desse modo, vê-se que as presentes recomendações visaram facilitar a organização dos serviços de medicina intensiva para a resposta à covid-19, a fim de também proporcionar os melhores cuidados aos doentes e proteger os profissionais de saúde que estavam em grande ameaça de infecção.

Visto isto, tornou-se urgente a investigação quanto à experiência pessoal dos profissionais da saúde durante a adaptação e enfrentamento da covid-19, a fim de contribuir para a melhoria das intervenções preventivas em relação à atuação em período de crises epidêmicas, além de a partir de uma profunda compreensão quanto à esta experiência singular, possibilitar intervenções que atenuem os danos causados e o aperfeiçoamento da formação dos profissionais da saúde.

### **1.1 Profissionais da Saúde no enfrentamento da covid-19**

Em um relatório da Amnistia Internacional (2021), pelo menos 17 mil profissionais da saúde morreram com covid-19 em 2020 em mais de 80 países. Em Portugal, regista-se 28 mil infetados, e destes 19 morreram (Lusa-Agência de notícias de Portugal, 2021). No Brasil foram 112.997 infetados, e 1.600 óbitos (Ministério da Saúde do Brasil, 2021). Logo, além da necessidade urgente em prevenir infecções relacionadas ao atendimento ao utente, há também a necessidade de se abordar aspetos mais amplos, como o bem-estar entre os profissionais de saúde que estão a atuar nesse período da pandemia (Bansal et al., 2020).

Os profissionais de saúde encontram-se num contexto de horário de trabalho alargado, risco de infeção, escassez de equipamentos de proteção adequados, solidão, fadiga e separação

das famílias. Além do mais, devido aos riscos, os profissionais que lidam diretamente com utentes com covid-19, devem usar equipamentos de proteção individual conforme exigido na UTI, permanecendo sem beber, comer ou ir ao banheiro por cerca de 6 horas (Misra, 2020). A retirada dos equipamentos de proteção após o expediente também é vivenciada como um desafio, uma vez que exige treino e muito cuidado, para não infectar o próprio profissional. Vale acrescentar, que a realidade de muitos profissionais no regresso a casa, é de não falar e/ou ter contato com a esposa ou filhos, evitar tocar em quaisquer artigos e permanecer distante de seus familiares o máximo possível, isso quando não optam por deixar as suas casas e morar em acomodações provisórias (Misra, 2020).

Ainda houve a realidade da escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) e equipamentos necessários nos hospitais, como sucedeu em vários países europeus e nos EUA, onde os EPIs fornecidos pelo governo seriam muitas vezes inadequados e insuficientes, obrigando alguns profissionais de saúde a permanecer com apenas máscara cirúrgica e avental de plástico para proteção (Misra, 2020; Campbell & Busby, 2020). Na China, apesar da alta prioridade e financiamento para a intervenção no período da pandemia, muitos profissionais de saúde tiveram que comprar equipamentos de proteção com seu próprio dinheiro, dinheiro emprestado ou doações de amigos (Misra, 2020).

Por todas estas razões, facilmente pode-se entender, por exemplo, no estudo feito na China onde mais de 70% dos profissionais de saúde, durante este período de pandemia, relataram sofrimento psicológico, incluindo insônia, ansiedade e depressão (Rajkumar, 2020). Assim, a severa situação do contexto da assistência da saúde causou prejuízos na saúde mental dos profissionais, como o estresse, ansiedade, sintomas depressivos, insônia, negação, raiva e medo. Esses prejuízos não afetaram apenas o estado emocional dos profissionais, mas também a atenção deles, a compreensão, a tomada de decisão e a habilidade, o que dificultou a luta contra o coronavírus, podendo ainda ter um efeito duradouro em termos do bem-estar (Kang et al., 2020b; Yu et al., 2020).

Outro fator percebido prende-se com o reconhecimento dos limites por parte dos profissionais da saúde na assistência a utentes com covid-19, que se viram forçados a voltar às raízes e as razões por trás do cuidado com os utentes. Compreendendo que estavam a lidar com algo fora do controlo, em que o tratamento que prestaram muitas vezes, se resumia em ajudar, acompanhar e oferecer alívio, sendo o resultado dependente em grande parte da condição de cada utente. Os profissionais, e principalmente os médicos, perceberam o combate à covid-19, como um enfrentamento de guerra, em que é preciso agir com inteligência e realismo,

arriscando o que é necessário, como a sua própria integridade. Eles ressaltaram que este momento fez lembrar que a vida não está no controle dos profissionais, e pensar o que talvez já estava esquecido para eles: “cure se puder, trate o máximo possível, e sempre ajude” (Giulio et al., 2020).

Neste panorama vê-se que os profissionais da saúde foram essenciais para uma resposta efetiva à pandemia da covid-19, evitando o colapso do sistema de saúde. Dessa forma, é necessário intervir nesta população, a fim de fomentar a vontade em atuar neste momento de crise, para ter o melhor número de força de trabalho (Al-Hunaishi et al., 2019), é também necessário uma grande equipa de resposta rápida, incluindo também profissionais de saúde mental (Kang et al., 2020b). Além disso, ressalta a importância de garantir os equipamentos necessários para o trabalho, a formação e o conhecimento específico para a atuação nesse contexto, de forma a fomentar a confiança e o valor pessoal dos profissionais que estão na linha da frente (Hope et al., 2010).

No estudo de Daugherty et al. (2009), observou-se que apesar da crença comum de que uma pandemia seria provável no futuro próximo, 59% dos participantes relataram apenas conhecimento mínimo dos riscos e estratégias de proteção para uma pandemia de *influenza* e 20% relataram ser improvável que se apresentem para trabalhar durante uma pandemia ou não terem certeza se o fariam. Os profissionais de saúde relataram ter um conhecimento mínimo sobre o risco e a resposta a uma pandemia de gripe, assim essa falta de conhecimento constitui um risco para o aumento da transmissão hospitalar para profissionais e utentes, além de poder afetar o sentimento de autoeficácia e confiança dos profissionais (Daugherty et al., 2009). Outro estudo que se destaca, visou avaliar o risco percebido e nível de ansiedade dos profissionais de saúde na Arábia Saudita em relação à MERS-CoV, viu-se que os profissionais da saúde expressaram níveis altos de ansiedade em relação ao risco de transmitir MERS-CoV para suas famílias, também reportaram a capacidade do vírus de causar doença grave ou morte como a razão mais frequentemente relatada para preocupação por médicos (89,7%) e não médicos (87,2%) (Alsubaie et al., 2019).

Estudos realizados com profissionais da saúde investigando aspetos quanto à disposição para trabalhar em contexto de pandemia, verificou que a disposição está associada à autoeficácia, que também demonstrou ser um fator importante associado à vontade de trabalhar (Al-Hunaishi et al., 2019; Alsubaie et al., 2019).

Neste mesmo sentido, proteger a saúde mental dos profissionais da saúde é importante para o controlo da situação epidémica e também para prevenção da saúde a longo prazo (Kang

et al., 2020b), visto que a experiência de profissionais que respondem a doenças infecciosas como SARS, MERS-Cov, Ebola, H1N1, apresentaram solidão, ansiedade, medo, fadiga, distúrbios do sono e outros problemas de saúde física e mental. Outros estudos ainda mostraram a incidência de depressão (38,5%), insônia (37%) e estresse pós-traumático (33%) entre enfermeiros atuantes no tratamento de utentes com SARS. Em um estudo sobre o estado psicológico dos cuidadores de utentes com Ebola, 29% dos entrevistados se sentiram solitários (Wu et al., 2020; Sun et al.; 2020; Rajkumar, 2020).

Assim, vê-se que o contexto de pandemia pode causar prejuízo emocional e até trauma psicológico para estes cuidadores, todavia, no estudo de Sun et al. (2020), identificou também, a presença do aspecto positivo da experiência dos profissionais da saúde neste contexto. Posto que a maioria dos enfermeiros investigados apontou crescimento psicológico, demonstraram ter mais apreço pela saúde e família, gratidão pelo apoio social e orgulho profissional. Dessa forma, pode-se verificar que orientar e inspirar ativamente o profissional da saúde a realizar seu próprio crescimento psicológico durante uma epidemia pode desempenhar um papel positivo no ajuste psicológico. A descoberta da existência de emoções positivas nos enfermeiros como confiança, calma, relaxamento e felicidade, estas que aparecem de forma simultânea ou gradualmente com as emoções negativas, contrasta com os resultados de vários estudos que focam apenas na presença de emoções negativas durante o estresse da epidemia (Sun et al., 2020). Logo, durante o trabalho em contexto de pandemia, os profissionais de saúde precisam encontrar um equilíbrio entre o medo de ameaça, à sua segurança pessoal e de seus familiares, com o seu dever em cuidar dos utentes.

Em vista disso, se faz necessária a investigação de aspectos e fatores que estão associados à experiência de atuação e enfrentamento dos profissionais da saúde na pandemia covid-19, que configura um contexto novo na história, para além dos prejuízos, sentimentos negativos e patologias psicológicas já percebidas pela literatura. Buscando-se assim, compreender as diversas nuances possíveis que se relacionam no cuidado, combate e adaptação dos profissionais, como a presença da resiliência, da satisfação por compaixão, sentimento de dever, comprometimento pessoal, personalidade e crescimento pessoal.

## **1.2 Qualidade de Vida Profissional**

Os profissionais de saúde realizam a assistência e o cuidado aos utentes, mantendo diariamente contato com os familiares dos mesmos. Assim, ao conviverem diariamente com a alta exigência do trabalho, somando-se a uma vivência frequente de situações traumáticas e/ou

situações de alto estresse e sofrimento, como: a solidão, a dor, incapacidade, doença, morte, risco de contágio, entre outros (Dias-Abreu, 2017; Santos, 2018), expressa-se em uma realidade que pode desencadear exaustão emocional. Esse fenômeno pode ser percebido como o “custo para cuidar”, ou seja, a experiência de tensão decorrente do cansaço profissional, que o cuidado exige, que pode evoluir ao longo do tempo. Este custo é o resultado de lidar com a dor e o sofrimento do outro (Santos, 2018).

Sendo assim, a rotina do cuidado, favorece que este hábito do aliviar a dor e o sofrimento do outro, neutralize o cuidar de si mesmo, o que afeta o humor, o estilo de vida e as expectativas no trabalho. Dessa forma, pode tornar os profissionais suscetíveis a interiorizarem a dor dos seus utentes (Dias-Abreu, 2017; Santos, 2018), por meio do envolvimento emocional. Além disso, podem ter dificuldades em perceber os seus próprios problemas psíquicos, não associando a eles até mesmo aos seus sintomas físicos.

A condição de envolvimento emocional e afetivo dos profissionais da saúde perante o sofrimento e às dores daqueles a quem prestam assistência desenvolve-se a partir do processo empático humano (Boiças, 2015; Souza, 2015). Todavia, a literatura aponta que esta realidade também pode ser favorável, na medida em que ao ajudar, pode proporcionar um limiar ótimo de satisfação e realização aos profissionais, como também, estes podem ser alvo de sintomas negativos, ao se depararem com a impossibilidade de curar ou pela dificuldade em lidar com a dor do outro. Logo, estas pessoas se tornam suscetíveis a vivenciar um estresse crônico ou uma fadiga, que poderá impactar negativamente em sua saúde física, psíquica e social (Santos, 2018).

Decorrente a isso, vê-se que, esse fato não é apenas um problema de saúde mental no trabalho, mas está associado também a questões relativas ao conhecimento, aos sentimentos, as emoções e aos valores que envolvem as pessoas quando em atuação (Santos, 2018). Percebe-se assim, que a qualidade de vida no trabalho pode ser compreendida, para além da capacidade dos profissionais de gerenciarem as suas respostas, às demandas laborais, como o alto estresse, envolvimento e o bem-estar no trabalho (Torres et al., 2019).

Este fenômeno da exaustão emocional tem sido abordado por Beth Hudnall Stamm a partir dos termos da “Satisfação por Compaixão” e “Fadiga por Compaixão” (Souza, 2015). A Satisfação por Compaixão é definida como os sentimentos positivos que se tem sobre o trabalho profissional, ou seja, o sentimento de satisfação que uma pessoa recebe através de seu trabalho como ajudante/cuidador. Já, a Fadiga por Compaixão, por sua vez, é considerada o aspeto negativo da prestação de cuidados (Stamm, 2010). Esta última representa uma das maiores

ameaças à saúde mental dos profissionais de saúde, podendo ser compreendida como comportamentos e emoções resultantes do conhecimento de um evento traumatizante experimentado por outra pessoa ou o estresse consequente de ajudar ou de querer ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento (Borges et al., 2019).

Para Figley (1995, 2002) a fadiga por compaixão é percebida como um estado de desequilíbrio biológico, psicológico e social consequente da exposição prolongada ao estresse do outro, sugerindo que a base seja a experiência de empatia, a preocupação e afiliação pelo outro que está em sofrimento, somando-se a isso, o desejo em aliviar a dor do outro. Dentre estes, vale ressaltar então, o fator da empatia como um elemento importante que pode prejudicar ou beneficiar a saúde dos profissionais que atuam na assistência (Lopes, 2017). Dado que, a empatia é pontuada por Figley (2002), como a motivação para responder às necessidades das pessoas, sendo considerada a capacidade em ajudar os outros, sem a qual a ligação entre utente e profissional não seria viável. Assim, ela constitui o elo de ligação fundamental para a realização dos trabalhos que envolvam o contato direto com os seres humanos (Borges et al., 2019). Portanto, atuar com pessoas em sofrimento e/ou doentes, implica necessariamente o estabelecimento de uma ligação entre o profissional de saúde e o doente (Lago & Codo, 2010).

O modelo introduzido por Figley em 1995, de que os fatores da empatia e a energia emocional, são responsáveis em manter a aliança terapêutica, a fim de prestar serviços mais eficazes (Figley, 2002), vai ao encontro da concepção de que o medicamento mais amplamente utilizado na prática médica é o profissional em si (Galiana et al., 2017). Isto, ressalta o papel importante do profissional para a assistência na saúde. Tal fato, exige do prestador de cuidados, um investimento pessoal e sério, mantendo uma postura de ajuda afetiva (Boiças, 2015). Portanto, Figley (1995) defende que a empatia é um dos principais fatores relacionados com a fadiga por compaixão, visto que a presença de um profissional sob exposição prolongada ao sofrimento de outra pessoa, contribui para o envolvimento emocional maior. De tal forma que caso o profissional não desenvolva ou adquira estratégias para se proteger poderá decorrer o fenómeno da fadiga por compaixão.

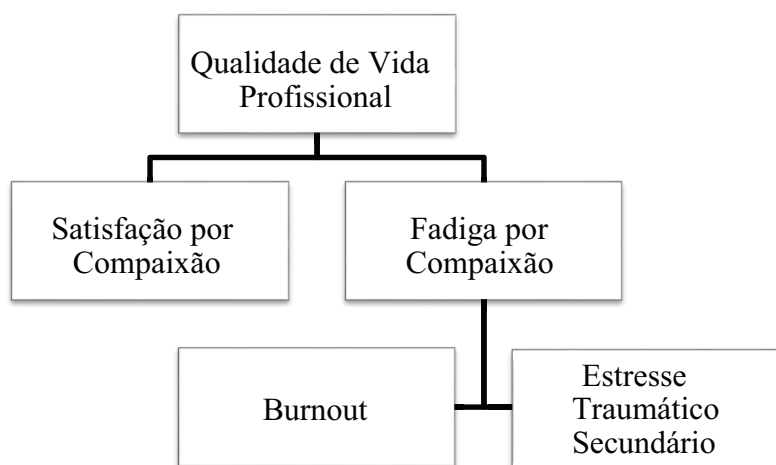
A fadiga por compaixão então, aparece quando os profissionais de saúde, veem os seus recursos exauridos na tentativa, ou nas sucessivas tentativas, de intervir na dor alheia e/ou se se sentem impedidos ou impossibilitados de ajudar o outro em sofrimento. Esta experiência agrava-se ainda mais, quando aparece a culpa de responsabilidade, que também surge da empatia, envolvendo um exagerado senso de responsabilidade e preocupação com a felicidade e o bem-estar do outro, mesmo em situações em que não têm poder ou mecanismos suficientes

para mudar esta realidade (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Assim, isto pode gerar nos profissionais um declínio de competências, incapacidade de expressar alegria, podem até desenvolver dores, medos e sofrimentos similares aos dos seus utentes, simplesmente porque se importam com eles, o que repercute de forma negativa no seu bem-estar e na qualidade de vida, bem como na própria qualidade dos cuidados prestados (Lago & Codo, 2010; Souza, 2015; Lopes, 2017; Borges et al., 2019).

Por outro lado, a satisfação por compaixão, aparece quando o profissional compadecido, se percebe enquanto responsável pela remissão e/ou alívio da dor do outro, como sentir-se recompensado em seus esforços no trabalho, e sentir que, com o trabalho, pode fazer a diferença. Isto então favorece o aspeto restaurador da profissão, propicia boas sensações, recompõe a energia do organismo, e aumenta a capacidade de lidar com novas situações desgastantes, sendo importante então, para a promoção da saúde, funcionando como um preventivo para o adoecimento mental. Assim, mesmo em situações adversas, essas experiências profissionais gratificantes têm consequências positivas na saúde, representando um fator protetor para os profissionais (Lopes, 2017; Lago & Codo, 2013; Souza, 2015; Santos, 2018).

Portanto, apesar de Figley ter sido o primeiro a utilizar o termo Fadiga por Compaixão como um novo conceito, foi Stamm que percebeu que no âmbito da qualidade de vida profissional, era possível desenvolver dois tipos de sentimentos, sendo um caracterizado pela positividade e outro pela negatividade. Este conceito, permitiu que se formulasse um modelo teórico que dividiu a qualidade de vida profissional, que é a qualidade que uma pessoa sente em relação ao seu trabalho como “helper” (cuidador/ajudante), em dois polos: o polo positivo e o polo negativo (Santos, 2018). O polo positivo, encontra-se a Satisfação por Compaixão, como já caracterizada, e o polo negativo, a Fadiga por compaixão. Assim, para que se possa avaliar a qualidade de vida profissional, foi desenvolvido o Professional Quality of Life Scale - ProQol por Stamm (2010), que é uma medida de qualidade de vida amplamente aplicada hoje, sendo que, a quinta a versão mais recente desse instrumento, e as orientações para interpretação dos resultados de sua aplicação, se localizam no “The Concise ProQOL Manual” de Stamm (2010). É um instrumento de autorrelato, composto por três subescalas discretas, uma vez que o modelo de Fadiga por Compaixão de Stamm, é formado por dois conceitos, o Estresse Traumático Secundário (ETS) e Burnout (Hemsworth et al., 2018). Esse raciocínio de Stamm (2010) é esboçado por ela em um diagrama conforme Figura 1.1

Figura 1.1 Diagrama do modelo de Qualidade de Vida Profissional (QVP)



Fonte: Stamm (2010, p.8)

O conceito de Estresse Traumático Secundário é a consequência do cuidado, caracterizado pelo medo e trauma relacionado ao trabalho de assistência, em decorrência do contato do profissional com os utentes, que pode incluir desregulação do sono, devido à ansiedade e imagens intrusivas, evitamento da experiência traumática e sintomas emocionais cognitivos, semelhantes aos da pessoa que foi traumatizada (Souza, 2015).

Já o Burnout, é um sintoma de estresse relacionado ao trabalho e está associado à despersonalização, exaustão emocional, incapacidade de trabalhar de maneira eficaz, frustração e irritabilidade. É definido como um esgotamento físico e psíquico, que surge como reação ao estresse crônico no trabalho. Além do mais, relaciona-se com a perda no sentido do trabalho e sentimentos de que o esforço está sendo inútil (Torres et al., 2019). Assim, a subescala Burnout, mede sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho ou em realizar o trabalho de forma eficaz (Hemsworth et al., 2018; Souza, 2015; Lago, 2008). O Burnout também diminui a eficácia profissional e tem sido associado a um atendimento abaixo do ideal do utente, a erros médicos e pode impactar o relacionamento com os utentes (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Cruz, 2014).

Desse modo, o Burnout e o Estresse Traumático Secundário, podem ocorrer em conjunto, e quando isso acontece, os profissionais sofrem da Fadiga por Compaixão, podendo experimentar uma redução das capacidades profissionais, e até prejudicando a compreensão com os utentes. Alguns dos sintomas descritos são: apatia, depressão, ideia suicida, erros de julgamento clínico, sono, distúrbios e hipertensão, sensação de desamparo, raiva e supressão de sentimentos, ansiedade e pensamentos intrusivos. Além do mais, pode decorrer em falta de

confiança, diminuição da presença em ambientes profissionais e não profissionais, senso reduzido do propósito ou prazer no trabalho, e um aumento dos comportamentos autodestrutivos (Santos, 2018).

Em contrapartida, a Satisfação por Compaixão como já vista, é a capacidade de receber gratificação no cuidar (Galiana et al., 2017), esta subescala mede o prazer e a satisfação resultantes de se exercer um bom trabalho em ajudar os outros. Importa-se destacar, que esta subescala, atua como moderadora da Fadiga por Compaixão, isto é, para Stamm (2010), ter Qualidade de Vida Profissional significa manter o equilíbrio entre as experiências positivas e negativas na atuação de assistência, de modo que os sentimentos positivos prevaleçam sobre os negativos. Portanto, quando há um desequilíbrio entre as experiências positivas e negativas, pode levar um profissional a desenvolver aspectos da satisfação ou da fadiga, dependendo de como ele vivencia suas experiências profissionais (Souza, 2015). O ProQOL-5 é, portanto, um instrumento adequado para avaliar a qualidade de vida profissional, podendo ser importante no planejamento de intervenções específicas e eficazes para a atuação profissional, combatendo o cansaço da fadiga de compaixão e promovendo a satisfação no trabalho (Torres et al., 2019).

### **1.3 Resiliência**

Ao considerar a tendência atual de mudar a perspectiva patogénica, focada na origem da doença, para a perspectiva salutogénica, focada na origem da saúde, busca-se perceber fatores de bem-estar, qualidade de vida, e competências positivas das pessoas que se relacionam com a promoção da saúde (Pereira et al., 2016). Dessa forma, existe um crescente foco na função da resiliência para a promoção da saúde, ao apresentar uma atuação na prevenção e tratamento, de forma a equilibrar a vulnerabilidade à psicopatologia e os mecanismos protetores, na adaptação positiva, diante à situação adversa (Pereira et al., 2016). Compreende-se as situações adversas como, um contexto de ameaça, risco ou dano para a pessoa, que altere a sua hemóstase interna, sendo vivenciada por esta, com estresse, desencadeando reação psicofisiológica complexa (Almeida, 2016). Assim, a resiliência pode ser considerada um processo psicológico, envolvendo resultados positivos de adaptação e superação em situações de estresse, como também, estratégias de equilíbrio e recuperação psicológica. Os estudos indicam, que as pessoas resilientes em situações adversas, podem atenuar a intensidade do nível de estresse e pode minimizar sinais emocionais negativos, como raiva, depressão, ansiedade, e dessa forma, favorecer a sua saúde emocional (Dias-Abreu, 2017).

Este constructo tem sido analisado como um fenómeno complexo, em duas perspetivas distintas: a resiliência como resultado, descrita como uma adaptação após a experiência de uma situação estressante e a resiliência como recurso, ou seja, um fator de proteção da pessoa em situações de estresse, potencializando a adaptação a estas situações (Taboada et al., 2006). Dessa forma, pode-se compreender a resiliência em seu primeiro aspeto, como a capacidade de adaptação, competência ou funcionamento positivo dos indivíduos, após a adversidade ou risco (Masten, 2007). Já na segunda perspetiva, vê-se a resiliência como um conjunto de traços de personalidade, qualidades e competências individuais, relativamente estáveis, que se associam à capacidade de superar, ultrapassar e a lidar com situações de estresse (Connor & Davidson, 2003).

Compreende-se então, que pessoas resilientes apresentam mais flexibilidade, ao usar diversos recursos protetores, sejam eles individuais, interpessoais e contextuais, como, o apoio social, diante de situações adversas, mostrando uma capacidade em lidar de forma mais funcional e flexível com esses acontecimentos, percorrendo assim, uma trajetória estável de funcionamento saudável ao longo do tempo (Pereira et al., 2016; Brandão & Nascimento, 2019).

Segundo Anaut (2005) é possível identificar três variáveis importantes que envolvem os fatores de proteção da resiliência, são elas: variáveis individuais (temperamento ativo, afável; competências sociais; sentimento de autoeficácia e de autoestima; consciência das relações interpessoais; sentimentos de empatia; controlo interno), familiares (boa relação pais e filhos; harmonia parental) e extrafamiliar (rede de apoio social; experiências de êxito escolar). Assim, essas características funcionam como um fator protetor, na medida em que podem atenuar o impacto de experiências adversas na vida da pessoa, proporcionando uma adaptação bem-sucedida e/ou resultado positivo (Boiças, 2015), ao manter o seu bem-estar psicológico e não manifestar psicopatologia (Almeida, 2016).

Vale ressaltar, que o indivíduo se mostra resiliente também, quando se torna capaz de reconhecer o seu sofrimento psicológico, perceber o seu sentido e suportá-lo, atuando ativamente na resolução construtiva dos conflitos, apoiando-se nas suas características pessoais, como autoeficácia, a perseverança, as competências sociais e interpessoais, bem como o acesso a redes de apoio e espiritualidade, perante as adversidades (Connor & Davidson, 2003). Por conta disso, vê-se que a capacidade de resistir a dor, transpor os obstáculos, gerir os conflitos, evidenciam a importância das características de resiliência enquanto fenómeno de psicoadaptação para um desenvolvimento positivo e saudável (Almeida, 2016).

A resiliência torna-se mensurável através dos estudos de Wagnil e Young (1993) e, em seguida, Hjemdal et al. (2001) a partir da Resilience Scale for Adults (RSA). Esta foi desenvolvida na Noruega, e foi sofrendo ajustamentos ao longo dos anos, chegando a uma versão final composta por 33 itens, que permitem avaliar os recursos protetores, que promovem a resiliência na idade adulta (Hjemdal et al., 2006). Tal escala é considerada uma ferramenta efetiva para avaliar questões psicossociais e a saúde do trabalhador (Carvalho et al., 2014), é um questionário de autorresposta que avalia diversas características da resiliência, englobando seis fatores: Percepção de si mesmo, Planeamento do Futuro, Competências Sociais, Coesão Familiar, Recursos Sociais e Estilo Estruturado (Dias-Abreu, 2017; Pereira et al., 2016).

Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de resolver a escassez de medidas que consigam avaliar a resiliência, na população adulta, mas também com a finalidade de se capturar um conjunto de fatores protetores fundamentais (Hjemdal et al., 2001). Assim, tornou-se possível avaliar de forma preditiva e facilitar a investigação, para um resultado positivo, apesar da experiência de acontecimentos que vulnerabilizam um risco significativo de desenvolvimento de psicopatologias (Pereira et al., 2016).

### *1.3.1 Sentido de Vida e Resiliência*

Como referimos, a resiliência engloba o potencial do ser humano na promoção de saúde, sendo a capacidade de responder positivamente às experiências adversas que oferecem risco para a saúde. Logo, torna-se pertinente fomentar a resiliência entre os profissionais da saúde, que diariamente se confrontam com situações limitantes, que se agravam com período de crise epidêmica. Segundo Silveira e Mahfoud (2008), a raiz motivadora para a construção da resiliência é a busca de sentido, como também defendia Viktor Frankl, ao postular que a principal força motivadora do ser humano é a busca por um sentido para a vida (Frankl, 2011). Compreendendo que toda a dinâmica da vida da pessoa, parte primordialmente da vontade de descobrir um sentido para a sua existência (Frankl, 1989a), o ser humano então, orienta-se pela vontade de sentido, e pela busca de cumpri-lo. Esta motivação não se reduz ou deriva de outras necessidades, o que pode ser identificado como uma estratégia ou estímulo para o desenvolvimento da resiliência.

Assim, Frankl (2013) postula que o sentido de vida não pode ser criado, e sim descoberto, a partir de três categorias de valores, de criação, de vivência e de atitude. Devido à essa dinâmica, em cada momento é uma possibilidade de a pessoa vivenciar um tipo de valor, que é realizado, ao responder às situações que a vida apresenta (Frankl, 1989a). Logo, essa

possibilidade de resposta do ser humano, é enfatizada por Frankl (2013) como a consciência de seu ser-responsável, sendo esta, fundamento essencial da existência humana. Dado que, a responsabilidade significa responder às questões que a vida coloca, a cada pessoa, em cada momento de forma única e pessoal. Dessa forma, apesar dos condicionamentos, a pessoa sempre mantém a liberdade de se posicionar, isto é, a liberdade de escolher o que quer ser dentro das fronteiras e limites que a vida lhe impõe.

Dentre as respostas dadas, pode-se encontrar sentido a partir destes três caminhos: criativos, vivenciais e de atitude. Os valores criativos se referem a uma tarefa, um trabalho, uma obra, onde se oferece algo ao mundo ou contribui para o mundo. Já os valores vivenciais dizem respeito às experiências que envolvem o amor. Por último, os valores de atitude são as respostas dadas perante as dores e sofrimento que a vida apresenta, e que não podem ser modificadas (Silveira & Mahfoud, 2008). Segundo Frankl (2011) estes valores se definem pelo dizer sim à vida, mesmo diante das circunstâncias limitantes que são inevitáveis.

Pode-se perceber então, a partir dos valores criativos, a possibilidade de serem vividos como na escolha da profissão, por exemplo, ao permitir que a pessoa tenha a oportunidade de realizar-se na sua atividade exercida, na medida em que insere na atividade profissional, a sua unicidade. Logo, diz respeito não à profissão em si, mas sim em como a pessoa coloca a sua personalidade na atuação profissional, como uma contribuição única (Frankl, 2011). Por outro lado, os valores vivenciais acontecem quando a pessoa experimenta algo ou encontra alguém, estes são realizados através das relações com as pessoas, com a cultura, com a arte, religião e através da natureza (Frankl, 1989b). Visto que, no amor, a pessoa torna-se capaz de ver os traços característicos e as feições essenciais do seu amado, além de perceber o que está potencialmente contido nele, e que pode vir a ser realizado (Frankl, 1989b).

Já os valores de atitude referem-se à resposta da pessoa perante as situações que geram sofrimento e que não podem ser mudadas e/ou evitadas, portanto, “quando um homem arrosta um destino perante o qual nada mais pode fazer que aceitá-lo, suportá-lo; tudo está no modo como o suporta” (Frankl, 1989a, p. 170). Por isso, o homem é responsável por sua realização pessoal, dada a importância em se posicionar de forma positiva, para encontrar um sentido mesmo diante das dificuldades, como no sofrimento, na culpa e na morte. Assim, se não for possível mudar a situação a que se encontra, é possível mudar a si mesmo (Frankl, 1989a). A partir do momento em que o ser humano se submete ao irremediável, pode encontrar sentido nesta situação ao fazer a experiência de realizar sua humanidade, transformando o sofrimento em uma conquista (Brandão et al., 2011).

Mesmo os momentos sendo transitórios, o ser humano precisa vivenciar a atitude mais sensata, sem perder a ocasião de concretizá-la. Então, construir resiliência é algo que se faz a cada momento, a cada escolha. Em que o presente se apresenta como uma fronteira entre a não-realidade do futuro e a realidade eterna do passado. Portanto, o ser humano ao escolher no agora, admite o que deseja na eternidade. Assim, a cada momento da vida, a pessoa toma a decisão sobre o que quer eternizar ou não em sua existência (Frankl, 2011). Então, o ser humano é responsável por sua realização pessoal e por tornar quem ele é, como pontua Frankl (1991) “o homem só se torna homem e só é completamente ele mesmo, quando fica absorvido pela dedicação a uma tarefa, quando se esquece de si mesmo no serviço a uma causa, ou no amor a uma outra pessoa” (p. 18).

Vê-se que o sentido é algo subjetivo, que se esconde em cada situação, sendo exigido à pessoa percebê-lo e realizá-lo, sendo este irrepetível e único (Frankl, 1989a). Assim, o sentido de vida é uma das bases sólidas para a resiliência, ao levar em conta a possibilidade humana de transcender ao sofrimento e adaptar-se às situações adversas (Silveira & Mahfoud, 2008). De acordo com este pressuposto, Frankl (2013) defende que pessoa que se dá conta, da sua responsabilidade em relação à obra, que por ela espera, ou diante daquele que ama, e espera, a pessoa jamais conseguirá desfazer de sua vida, pelo contrário, ao saber o sentido de sua vida, conseguirá suportar as situações de dor. Assim, a resiliência significa comprometer-se em uma nova dinâmica de vida (Brandão et al., 2011).

Deste modo, a resiliência pode ser percebida, como uma adaptação positiva do ser humano que responde às adversidades, possibilitando que se supere. Para a resiliência ser alcançada, além do apoio e suporte externo, e até mesmo quando na ausência destes, o sentido para a vida e a busca por realizá-lo, pode fazer com que as adversidades sejam superadas (Silveira & Mahfoud, 2008). A resiliência torna-se uma das consequências de se encontrar o sentido da vida e movimentar-se para realizá-lo, permitindo dizer um “sim” à vida apesar de tudo, ao considerar a crise um desafio significativo, compreensivo e manejável. Assim, a resiliência favorece que mesmo em situações de morte e tristeza, pode-se tirar vida, alegria e crescimento (Frankl, 2013).

O indivíduo que busca o sentido de vida e se dispõe a realizá-lo, torna-se capaz de transformar as adversidades de sua vida, em oportunidades de desenvolvimento e crescimento pessoal. Isto porque, ao obter a motivação necessária para seguir adiante, conquista seu propósito existencial. Que permite, atingir assim, a autorrealização, apoiando-se em um dos

pilares da resiliência que é a esperança, ou seja, acreditar em resultados positivos na vida (Silveira & Mahfoud, 2008).

Portanto, a autorrealização humana, assim como a felicidade, o prazer e o sucesso aparecem como efeito, ou seja, como a concretização de um sentido no mundo (Frankl, 1989a). Desse modo, cada momento apresenta uma pergunta à pessoa, que se mostra como um desafio ou uma exigência, que tensiona a pessoa a responsabilizar-se com tal realidade. O que possibilita a comprometer-se, perante uma tarefa que se apresenta, e/ou perante uma ou mais pessoas. Ser feliz, associa-se em considerar a vida em seu caráter de missão, ou seja, seguir a vida de forma consciente, atuando e se propondo a contribuir para o bem-estar do outro, sem deixar de cuidar de si mesmo. Dessa forma, o que torna o homem capaz de sobreviver a todas essas "situações-limite", é a consciência de uma missão na vida (Frankl, 1991a), o que o torna, resiliente.

#### **1.4 Profissionais da Saúde: Estudos Empíricos**

Os estudos quanto à experiência dos profissionais na pandemia pela covid-19, ainda se limitam a discorrer sobre os sintomas e prejuízos na saúde mental dos mesmos, sendo assim, ainda existem poucos estudos que exploraram a adaptação e as possibilidades de enfrentamentos dos profissionais da saúde e os sentidos de sua experiência. Além do mais, poucos deles exploram a presença de sentimentos positivos, a resiliência e demais aspetos da vivência desses profissionais, e o impacto para a vida pessoal. Grande parte das investigações realizadas nesse período, limitaram-se a perceber a ocorrência de sentimentos negativos, verificando aspetos apenas da sintomatologia depressiva e ansiosa, se atentando quanto ao nível de conhecimento e confiança no trabalho que deve exercer neste período.

Verifica-se este fato, no estudo de Kang et al. (2020a), que visou investigar a saúde mental da equipe médica e de enfermagem em Wuhan, no período da pandemia. Com 994 participantes verificou-se que 36,9% apresentavam distúrbios de saúde mental abaixo do limiar, ou seja, não apresentaram sintomatologia a nível clínico. Ainda, 34,4% apresentavam distúrbios leves, 22,4% apresentaram distúrbios moderados, e 6,2% apresentaram distúrbios graves, tendo maior ocorrência as mulheres jovens. Vale ressaltar, que os profissionais que recorreram aos serviços de saúde mental, embora limitados, perceberam estes recursos importantes para aliviar distúrbios agudos da saúde mental e melhorar as suas percepções de saúde física. Outro estudo, de Wu et al. (2020), teve como objetivo comparar a frequência de burnout entre médicos e enfermeiros na linha de frente e nos que trabalham em demais enfermarias habituais. Verificou-

se que o grupo que trabalha na linha de frente apresentou menor frequência de burnout (13% *versus* 39%) e estavam menos preocupados em serem infetados em comparação com o grupo de enfermagem usual.

Vale ainda destacar, referente ao conhecimento e as atitudes em relação a doenças infecciosas e a vontade de trabalhar durante o surto de covid-19, o estudo de Shi et al. (2020), com uma equipa médica em dois centros de saúde mental chineses, foi constatado que 89,51% possuía amplo conhecimento do covid-19 e 64,63% deles receberam formação relevante. Além disso, cerca de 77,17% dos participantes expressaram vontade de atuar com utentes infetados.

Ainda não há estudos referente à qualidade de vida profissional no período da pandemia covid-19, entretanto, existem alguns poucos estudos em Portugal que exploram o Burnout, Estresse Traumático Secundário e a Satisfação por compaixão nos profissionais da saúde em períodos normais. Por exemplo, uma investigação com enfermeiros portugueses concluiu que a maioria deles (49,4%) apresentou altos níveis de burnout (Maroco et al., 2016). Corroborando este, um outro estudo realizado em Portugal, com enfermeiros oncológicos, identificou 24,90% com Fadiga por Compaixão, sendo que cerca de 26,80% apresentaram baixos níveis de Satisfação por Compaixão (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Num outro estudo mais recente, com 87 enfermeiros de um serviço de urgência e emergência de adultos de um hospital universitário no Porto, foi percebido grande parte com elevados níveis de Burnout e de Estresse Traumático Secundário. Além do mais, os participantes com mais idade apresentaram médias superiores de Satisfação por Compaixão, enquanto os do sexo feminino, mais novos, com menos tempo de experiência profissional e que não tinham atividades de lazer evidenciaram média superior de Estresse Traumático Secundário (Borges et al., 2019).

Todavia este achado, diverge de outros estudos, em relação ao género, em que foi observado, nos resultados com enfermeiros portugueses, uma percentagem considerável reportando níveis elevados de Burnout (26.6%) e Fadiga por Compaixão (29.1%), porém foi verificado que as mulheres apresentaram maiores níveis de Satisfação por Compaixão (Cruz, 2014). Outro fator divergente, refere-se ao tempo de trabalho, no estudo de Duarte e Pinto-Gouveia (2017), verificou-se que quanto mais tempo na posição atual, há maiores níveis de Burnout, por meio da investigação com enfermeiros que atuam em um hospital oncológico, estes apresentaram maiores escores de Fadiga por Compaixão.

Já no contexto brasileiro, num estudo realizado com profissionais da saúde que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que é um setor onde os utentes graves se mantêm internados necessitando de alta vigilância, foi percebido que mais da metade dos profissionais

não apresentaram sofrimento decorrente da condição de envolvimento emocional e afetivo ao sofrimento e às dores dos utentes a quem prestam assistência (Souza, 2015). Nessa mesma perspectiva, o estudo realizado em 2017 com profissionais espanhóis e brasileiros, que atuam em cuidados paliativos, mostraram altos níveis de Satisfação por Compaixão na amostra brasileira, e níveis médios de Estresse Traumático Secundário e baixos níveis de Burnout (Galiana et al., 2017).

O estudo de Santos (2018), quanto à qualidade de vida profissional com enfermeiros em Alagoas, identificou que aqueles que não tinham companheiro apresentaram maiores médias para o Burnout e maiores médias também, naqueles que afirmaram não ter uma patologia diagnosticada. Já no trabalho de Torres et al. (2019), com profissionais da saúde Minas Gerais – Brasil, que atuam com utentes críticos, perceberam apenas três profissionais classificados com Fadiga por Compaixão. Percebeu-se também através deste, que o tempo de trabalho na saúde, o setor de trabalho, a função no setor, o uso de medicação para dormir, o tipo de vínculo laboral e a autopercepção do estado de saúde, estão relacionados ao maior risco de desenvolvimento da Fadiga por Compaixão (Torres et al., 2019).

Na mesma direção os estudos com enfermeiros oncológicos do Canadá apresentaram alta Satisfação por Compaixão (59%), médios níveis de Burnout (46%) e baixos níveis de Estresse Traumático Secundário (52%), assim como nos Estados Unidos da América, 58% dos entrevistados apresentaram alta Satisfação por Compaixão, baixos níveis de Burnout (52%), e baixos níveis de Estresse Traumático Secundário (52%) (Wu et al., 2020).

Assim, pode-se perceber a partir destes achados, que ao contrário do que se espera na atuação do cuidado pelos profissionais da saúde, estando suscetíveis a desenvolver fadiga por compaixão, observou-se na verdade alta nos níveis de satisfação por compaixão, o que torna intrigante este fenômeno e evoca a questão de quais fatores estão relacionados e este resultado positivo, e se este fenômeno também acontece em períodos atípicos como por exemplo, a pandemia da covid-19.

Vale ainda acrescentar, que está ganhando atenção na literatura, o fator da resiliência nos profissionais de saúde, associado à qualidade de vida profissional. No estudo realizado com enfermeiros Australianos, percebeu que a Satisfação por Compaixão, pode ser um fator pessoal que está associado à resiliência nos locais de atendimento a utentes em situação crítica, uma vez que as pessoas com alto nível de Satisfação por Compaixão apresentaram melhor enfrentamento das emoções negativas que surgem do envolvimento empático com indivíduos que sofreram trauma e, portanto, ajuda a protegê-los da Fadiga por Compaixão (Craigie et al.,

2016). Nesse sentido, no estudo com estudantes de enfermagem de Hong Kong, a autoeficácia, atenção plena e enfrentamento estavam todos relacionados ao desgaste nos alunos, mas esses relacionamentos eram mediados pela resiliência (Ching et al., 2020).

Dentro dessa perspectiva, Boiças (2015), ao analisar a relação entre a fadiga por compaixão, a empatia, a resiliência e as estratégias de *coping*, em voluntários da área da saúde em Portugal, percebeu que as mulheres evidenciaram, níveis mais elevados de preocupação empática e expressão de sentimentos. Já os homens foram classificados com elevado fator de perseverança. Constatou-se também, que a Satisfação por Compaixão está associada de forma positiva com as estratégias de *coping*, do outro lado, o uso de substâncias, o reduzido sentido de vida e o desconforto pessoal mostraram prever a fadiga por compaixão.

Sendo assim, percebe-se a resiliência como um fator importante para amortecer o desgaste emocional decorrente do processo empático e da compaixão no cuidado a pessoas em sofrimento. No estudo qualitativo de Norouzinia et al. (2020), buscou explorar o conceito de resiliência com 21 enfermeiros iranianos do departamento de emergência de trauma, verificou que estes precisam ter vários traços pessoais especiais e habilidades profissionais, uma combinação de conhecimento, habilidade e experiência para a autorregulação. Além disso, eles devem ter o apoio externo, incluindo a cooperação de colegas, apoio psicossocial da família, amigos e colegas. Ressalta-se também, a necessidade da disponibilidade e a presença de profissionais voluntários durante grandes incidentes e desastres, a fim de ajudar a lidar com essas condições de maneira eficaz. Outro fator importante constatado, é que os enfermeiros do departamento de emergência do trauma procuram lidar com as difíceis circunstâncias do trabalho, dando sentido à sua profissão e prestando atenção em aspectos não materiais, como o crescimento pessoal (Norouzinia et al., 2020).

Este fato, também se verifica em outro estudo de Nejad et al. (2019), ao investigar a associação da resiliência com a qualidade de vida profissional dos enfermeiros iranianos atuantes na UTI, percebendo-se que este trabalho pode diminuir a qualidade de vida dos profissionais, levando a problemas mentais, como à diminuição da qualidade do atendimento ao utente e outras consequências. Assim, verificou-se também a importância da resiliência em situações difíceis, devido à associação significativa entre resiliência e fadiga por compaixão, recomendando-se assim, a incorporação de estratégias de promoção da resiliência no currículo de enfermagem.

Em outra pesquisa qualitativa, explorou a Fadiga por Compaixão e as estratégias de enfrentamento utilizadas em hospital para enfermeiras que atuavam nos Cuidados Paliativos

nos Estados Unidos da América. Houve como apontamento os seguintes temas: a importância do autocuidado; conscientização, expressão e planejamento; dimensões do autocuidado; e compaixão equilibrada. Assim, percebeu-se a forte relação entre as atividades desempenhadas por esses profissionais neste setor e as consequências negativas observadas na saúde física e emocional das mesmas. Todavia, o estudo apontou a necessidade de se investigar a compaixão e autocompaixão, como emoções positivas associadas ao bem-estar do profissional (Mills et al., 2017).

Logo, percebe-se que os profissionais que também empreendem seu tempo a situações de caráter pessoal, desenvolvendo habilidades diferentes às do ambiente de trabalho e mantendo relações afetivo-sociais que geram satisfação e bem-estar, aparentemente, estariam mais protegidos, pois teriam maior equilíbrio entre as frustrações profissionais e as satisfações obtidas em outras esferas de vida, como estar em família (Silveira et al., 2016). Em vista disso, faz-se relevante oferecer no trabalho institucional, recursos psicocognitivos aos funcionários, de forma que ao vivenciarem um determinado sofrimento na sua atuação profissional, possam desenvolver mecanismos individuais de defesa e fatores protetores, construindo a resiliência nas situações do trabalho, principalmente em situações adversas. Devido à relevância de se desenvolver a capacidade em adaptar às imprevisibilidades do trabalho, sem se esquecer do principal bem de produção em saúde, que é o cuidar (Cruz et al., 2018a).

### **1.5 Relevância**

A investigação entre as relações da qualidade de vida profissional, a compaixão, a resiliência, responsabilidade pessoal e sentido de vida em profissionais da saúde na atuação durante a pandemia da covid-19, no contexto brasileiro e português, torna-se pertinente, uma vez que pode contribuir para uma maior compreensão e conhecimento acerca da adaptação e enfrentamento das profissionais frente a essa situação limitante. Tal fato pode favorecer a apreensão de diferentes experiências e possíveis respostas destes profissionais, que mesmo diante de situações adversas, alcançaram sentimentos positivos, bem-estar e crescimento pessoal. Sendo assim, essa investigação poderá contribuir para aprimorar o diagnóstico e avaliação da qualidade de vida desses profissionais da saúde, permitindo-se assim, o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e específicas para contextos similares à pandemia por coronavírus.

Dada a natureza dos profissionais de saúde, em cuidar e a responsabilidade envolvida, estando expostos diariamente ao sofrimento, bem como ao mundo traumático das pessoas

doentes, estes estão especialmente, propensos a sentir empatia patogênica, com o desenvolvimento de culpa excessiva, a sofrer desgaste emocional. Essa exaustão conduz à fadiga por compaixão, que se mostra como uma adaptação negativa frente à situações adversas, por prejudicar o âmbito social, psíquico e físico da pessoa (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Além do mais, esta condição, pode impedir que os profissionais venham a desempenhar eficazmente as suas funções, o que pode colapsar o sistema de saúde em situações epidêmicas (Carvalho, 2011). Recentemente, diferentes autores enfatizaram as consequências negativas do cuidar dos outros sem cuidar de si, alertando para a necessidade de melhor articular, o trabalhador e a tarefa, na promoção da sua saúde pessoal (Borges et al., 2019).

Portanto, faz-se necessário identificar as características que contribuem para o risco e proteção da Fadiga por Compaixão em profissionais da saúde, a fim de identificar de que forma os indivíduos superam o sofrimento, causado por fontes geradores de estresse, compreendendo a influência da resiliência, como um constructo que permite detetar principalmente os fatores de proteção, de risco, fatores pessoais e interpessoais. Tal fato, torna-se importante, já que o avanço no estudo e na compreensão deste fenômeno, pode contribuir para o progresso de estratégias voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos profissionais (Torres et al., 2019).

Além disso, vale acrescentar que poucos estudos qualitativos se concentraram em comparar o enfrentamento e os resultados dos profissionais com relação à resiliência e ao desgaste. Logo, estes achados poderão ser utilizados como estratégias de prevenção do estresse e adoecimento profissional, com a implementação de capacitações frente à experiência do cuidado, assim como a monitorização destes profissionais e disponibilidade de recursos psicológicos para o favorecimento da saúde dos profissionais de saúde (Borges et al., 2019).

## **2 METODOLOGIA**

Nesta seção é descrita a metodologia que foi implementada na realização do estudo. Assim sendo, serão apresentados a escolha e seleção da amostra, os instrumentos selecionados, bem como, todo o planejamento e estruturação do procedimento do estudo de investigação da experiência de adaptação e enfrentamento dos profissionais da saúde, no contexto da pandemia da covid-19.

Os aspectos teóricos e empíricos apresentados no enquadramento teórico evidenciam a importância de se investigar, diante do contexto de pandemia, causado pela covid-19, a experiência dos profissionais da saúde, nos âmbitos do bem-estar profissional, da resiliência, e da responsabilidade pessoal, bem como os mecanismos de adaptação e as reverberações nos aspectos pessoais posterior ao enfrentamento dessa experiência.

### **2.1 Desenho do estudo**

Optou-se pelo estudo misto, cujo objetivo é utilizar juntos os métodos de diferentes paradigmas, para melhor compreensão da realidade a qual vamos investigar. Na pesquisa qualitativa, a ênfase está mais nos significados e sentidos da experiência dos participantes em questão, do que nas frequências e distribuições de dados genéricos (Creswell, 2014; Costa et al., 2014). Conseqüentemente, uma abordagem qualitativa visa esclarecer e dar a conhecer os processos complexos da subjetividade, o que é mais profundo do que pesquisas baseadas só nos métodos quantitativos. Estes últimos, por sua vez, têm como base a análise apenas na descrição e controle das variáveis a estudar, mediante o modo como se efetua o tratamento dos dados (Holanda, 2006).

De outro ângulo, os métodos quantitativos, oferecem a possibilidade de se realizar uma investigação com um maior número de participantes, oferecendo assim consistência nos resultados encontrados no estudo. Além do mais, os dados quantitativos, como números e indicadores, podem ser analisados com o uso de procedimentos estatísticos (frequência, média, mediana, moda, entre outros) e dessa forma, podem revelar informações úteis, rápidas e confiáveis a respeito de um grande número de observações, tornando os fenômenos humanos, uma vez observado em grande escala, mensuráveis (Creswell, 2010).

Vale ressaltar que ao se realizar na mesma investigação o uso de métodos quantitativos e qualitativos, vê-se que um método pode ajudar a desenvolver ou informar o outro método, assim, aproveita-se o que de melhor cada abordagem pode contribuir de forma específica para o estudo. Além do mais, as limitações que cada abordagem apresenta podem ser supridas a

partir da integração delas. Ou seja, permite que uma área ainda inexplorada possa ser incorporada ao modelo de pesquisa, que favorece, um desenho de pesquisa robusto (Creswell, 2010; Paranhos et al., 2016).

Os estudos mistos, então, apresentam como benefício, a possibilidade de se poder confirmar e complementar as investigações, ou seja, na perspectiva confirmatória, busca-se perceber, se os dados quantitativos e qualitativos convergem ou não, o que tornará os resultados encontrados mais consistentes. Na perspectiva de complementaridade, objetiva-se contrastar as vantagens e limitações de cada tipo de dado, de forma que cada um dos dados recolhidos, contribuirá com uma parcela específica de conhecimento a respeito de uma tonalidade em estudo. Logo, os estudos mistos oferecem o ganho da integração, havendo maior diversidade e quantidade de informações incorporadas na investigação, que favorecem o seu aprimoramento e eleva a qualidade das conclusões do trabalho (Creswell, 2010; Paranhos et al., 2016).

Sendo assim, este estudo é um projeto exploratório sequencial quantitativo e qualitativo: iniciando com recolha de dados e análise quantitativa e, posteriormente, realizando recolha e análise de dados qualitativa, e posteriormente a interpretação de toda a análise (Creswell, 2010). Esta estratégia explanatória sequencial, isto é, em duas fases, começa com uma etapa quantitativa, e a análise destes dados, permite iluminar a identificação de conteúdos pertinentes, que podem ser aprofundados e explorados, durante a segunda etapa, então qualitativa. Isto quer dizer, que a combinação dos dados quantitativos e qualitativos, e a conexão entre eles, corrobora para uma melhor compreensão do fenômeno em estudo.

Na componente quantitativa, desenvolvemos um estudo de natureza descritivo - correlacional, que oferece a possibilidade de se analisar a experiência de enfrentamento e adaptação dos profissionais durante a pandemia da covid-19, considerando os fenômenos da qualidade de vida profissional e a resiliência.

Para aprofundar os resultados da pesquisa quantitativa, foi realizada a técnica qualitativa (Paranhos et al., 2016; Ribeiro, 2010). Assim, em função da pergunta e proposta da investigação, optou-se no estudo qualitativo, de investigação pelo método fenomenológico, uma vez que este é descrito de acordo com Creswell (1998), como sendo: “a descrição das experiências vividas”, ou seja, a descrição de vários representantes acerca de um conceito ou fenômeno, tendo em vista a procura do “essencial” ou dos vários elementos do fenômeno que segundo este, constituem o seu significado central. Assim, a investigação da segunda fase do estudo foi realizada pela análise fenomenológica interpretativa desenvolvida por Smith, Jarman e Osborne.

### **3 ESTUDO I – PANORAMA DA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E A RESILIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

#### **3.1 Introdução**

A saúde mental e o bem-estar dos profissionais de saúde são alvo de atenção a nível mundial, dadas as exigências emocionais da sua tarefa, com significativa importância para a produtividade e a sustentabilidade das instituições (Giménez-Espert et al., 2019). Sendo assim, o estresse resultante do ajudar, ou do querer ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento, pode ser desencadeador da fadiga por compaixão, que é uma das maiores ameaças à saúde mental dos profissionais de saúde (Figley, 2002).

O modelo de Qualidade de Vida Profissional apresenta a fadiga por compaixão como resultado da combinação de elevado burnout, e estresse traumático secundário, e em contrapartida reduzida satisfação por compaixão (Stam, 2010). Diferentes fatores podem contribuir para a fadiga por compaixão, destacando-se a nível individual a personalidade, a educação, a experiência de trabalho, a qualidade de vida pessoal, entre outros. Ao considerar o fenómeno da resiliência como a habilidade da pessoa enfrentar, vencer e aprender com uma adversidade, de forma a ser por ela, fortalecida ou transformada (Cruz et al., 2018a). Torna-se válido então, perceber a possibilidade de a resiliência ser promotora ou influenciar positivamente na qualidade de vida profissional dos profissionais da saúde.

Principalmente tendo em vista, a exigência do contexto atual, da pandemia covid-19, sobre os profissionais que estão expostos a situações traumáticas, ao risco de contágio e consequentemente, ao risco de vida.

Sendo assim, para se investigar o panorama da qualidade de vida profissional e a resiliência dos profissionais da saúde que atuaram durante a pandemia pela covid-19, no contexto brasileiro e português, foram definidos os seguintes objetivos para este estudo quantitativo:

- (1) Caracterizar a perceção quanto ao risco de infeção pelo coronavírus, sentimento de auto-confiança e auto-eficácia, sentimento de preocupação quanto à covid-19, auto-perceção da saúde mental e responsabilidade pessoal nos profissionais de saúde do Brasil e de Portugal, no contexto da pandemia pela covid-19;
- (2) Caracterizar a amostra quanto ao índice de resiliência geral nos profissionais de saúde do Brasil e de Portugal, no contexto da pandemia pela covid-19;

(3) Caracterizar o fenómeno da Qualidade de Vida profissional nos profissionais de saúde do Brasil e de Portugal, no contexto da pandemia pela Covid-19;

(4) Relacionar a qualidade de vida profissional em função da resiliência no contexto da pandemia pela Covid-19;

(5) Relacionar as variáveis sociodemográficas com o índice de resiliência total, a qualidade de vida e os domínios do inventário de atuação (perceção de risco, sentimento de auto-confiança e auto-eficácia, sentimento de preocupação quanto à covid-19, auto-percepção da saúde mental e responsabilidade pessoal) nos profissionais de saúde do Brasil e de Portugal, no contexto da pandemia pela Covid-19;

(6) Relacionar a qualidade de vida profissional com os domínios do inventário de atuação (sentimento de auto-confiança e auto-eficácia, sentimento de preocupação quanto à covid-19, auto-percepção da saúde mental e responsabilidade pessoal nos profissionais de saúde do Brasil e de Portugal, no contexto da pandemia pela Covid-19;

## **3.2 Metodologia**

### *3.2.1 Aprovação ética*

O projeto foi aprovado no Conselho Científico da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa em Braga (Aprovação Projeto – número 226319031).

### *3.2.2 Amostragem*

A amostra foi constituída de profissionais da saúde que estão atualmente em atuação na área da saúde, do contexto português e brasileiro. Esta, trata-se de uma amostra do tipo não probabilística, e sim, acidental ou de conveniência, uma vez que a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos, ou seja, o facto da divulgação e da solicitação de participação voluntária no projeto.

Como critérios de admissão de participantes à pesquisa durante a primeira etapa, foram considerados: apenas profissionais da saúde, apenas profissionais que estão atualmente atuando, a disponibilidade para a participação da pesquisa e assim, responder aos questionários e instrumentos de recolha de dados inerentes ao estudo. Os critérios de exclusão foram: profissionais que não preencherem todo o protocolo. Vale ressaltar, a fim de atender às normas éticas de pesquisa com seres humanos, a recolha de dados só foi iniciada após a leitura do termo de consentimento (Anexo A), e se o participante concordou em assiná-lo.

Como apontado por Ribeiro (2010), sendo a escolha do nosso estudo, uma amostra não probabilística, o número de participantes na amostra foi orientado a partir do número de variáveis, o que é frequente em investigação na psicologia. Logo, o autor defende que para uma análise e tratamento estatístico adequado é indicado que a amostra seja composta por 300 participantes. Este número foi de nosso objetivo, todavia, considerando as atuais circunstâncias do contexto de pandemia e a impossibilidade de ir *in loco* para a recolha de dados, foi esperado a obtenção de 150 participantes para a amostra de cada nacionalidade, a fim de garantir que a amostra inclua um número suficiente de participantes para que os resultados estatísticos da análise sejam seguros, tal número pode ser considerado pela literatura próximo ao razoável. Todavia, só foi possível atingir próximo ao objetivo do *n* da amostra, na população de nacionalidade brasileira.

Na primeira etapa então, foram recolhidos ao total 162 questionários brutos da nacionalidade brasileira, dessas 4 participantes foram excluídos por ser repetidos, e 4 por serem de outra nacionalidade. Vale enfatizar, que dentro dos participantes considerou-se um participante de 19 anos, por ser, técnico de enfermagem, e esta é uma profissão da área da saúde, que apenas requer ensino técnico. Também foi admitido um participante formado apenas no Ensino Médio, por ser cuidador de idoso, também considerada uma profissão da área da saúde. No protocolo do contexto português, foram recolhidos 78 questionários, sendo um eliminado por ser repetido, e recebeu quatro respostas do outro questionário por ser de nacionalidade portuguesa. Nestes participantes também foi considerado um participante do ensino médio, por ser ajudante de ocupação hospitalar, que também é um profissional da saúde.

### 3.2.3 Participantes da amostra

#### **Características sociodemográficas e socioprofissionais dos participantes**

A amostra foi composta por 235 profissionais da saúde, conforme descrito na Tabela 3.1., sendo 65,5% (n=154) de nacionalidade Brasileira, e 34,5% (n=81) de nacionalidade Portuguesa. Quanto à idade, a média é de 39 anos (DP = 10.0), sendo o mínimo de 19 anos e máximo de 64 anos. Já a faixa etária de maior representatividade na amostra é de 30 a 40 anos (40%). Em relação ao género, percebe-se que a amostra é bem distribuída, sendo composta superiormente do género masculino (59.6%, n=140).

Referente ao nível de escolaridade, 57% possuem nível de especialização/pós-graduação, 25.5% correspondem ao nível de graduação/licenciatura. Quanto ao estado civil, tem-se os casados (44.7%), e solteiros (40.4%), já referente à quantidade de filhos, vê-se que

53.2% da amostra não possui filhos. Quando questionados quantas pessoas residem junto ao profissional, 27.2% residem com duas pessoas, destes, 44.7% dos profissionais vivem com o cônjuge. Sendo que, 59.1% não residem com pessoas do grupo de risco para covid-19, e 40.9% residem com pessoas do grupo de risco. Referente à saúde dos profissionais, 74.9% alegaram não ter nenhuma doença crônica diagnosticada. Quanto à perturbação psíquica, 86.8% alegaram não ter diagnóstico positivo, e 13.2% alegaram sofrer de algum adoecimento psíquico. Quanto ao uso de medicamento, 42.6% da amostra alegou fazer uso de algum medicamento contínuo.

**Tabela 3.1**

*Caracterização sociodemográficas da amostra*

Características	Frequência	Porcentagem
	<i>n</i>	%
Nacionalidade		
Brasileira	154	65.5
Portuguesa	81	34.5
Idade		
Até 30 anos	45	19.1
30 a 40 anos	94	40.0
40 a 50 anos	61	26.0
Mais de 50 anos	35	14.9
Sexo		
Masculino	140	59.6
Feminino	95	40.4
Habilitação Acadêmica		
Ensino secundário	2	0.9
Ensino técnico	6	2.6
Licenciatura/Graduação	60	25.5
Pós-graduação/Especialização	134	57.0
Mestrado	29	12.3
Doutoramento/pós-doutoramento	4	1.7
Estado Civil		
Casado	105	44.7
Divorciado	17	7.2
Solteiro	95	40.4
União de facto	18	7.7
Divorciado(a)/Separado(a)	17	7.2
Filhos		
0 Filhos	125	53.2
1 Filho	52	22.1
2 ou mais	58	24.7
Residem com pessoas de risco		
Sim	96	40.9
Não	139	59.1

Nota: N = 235.

Referente às características socioprofissionais da amostra, na tabela 3.2, vê-se que é composta por cerca de 37% de enfermeiros, 20.9% de nutricionistas, 16.2% de médicos. Quanto aos anos de experiência profissional, vê-se que é distribuída homoganeamente, sendo menos de

5 anos de experiência (25.5%), 6 a 10 anos de experiência e 11 a 20 anos de experiência de 20.9%, e 15 a 25 anos de experiência (17.4%) e mais de 26 anos (15.3%). Relativamente ao tipo de instituição em que trabalha atualmente, 56.2% dos participantes trabalham em instituição pública. Quanto ao contexto, a atuação em hospitais, representa 45.5% da amostra. Destes profissionais, 13.2% atuam na unidade de cuidados intensivos, 4.7% em cirurgia geral, 3.8% em medicina interna, 2.6% na internação e 2.1% nas urgências. Referente ao tempo de trabalho, em média os profissionais trabalham 37 horas por semana, sendo o mínimo de uma hora e no máximo de 102 horas por semana. Relativamente quanto ao turno de trabalho, 49.4% atuam no turno diurno, 48% no misto e 2.6% atuam apenas no período noturno.

**Tabela 3.2**

*Caracterização socioprofissional da amostra*

Características	Frequência	Percentagem
	<i>n</i>	%
<b>Profissão</b>		
Enfermeiro	87	37.0
Nutricionista	49	20.9
Médico	38	16.2
Psicólogo	10	4.3
Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Saúde	9	3.8
Outros	42	17.8
<b>Experiência Profissional</b>		
Menos de 5 anos	60	25.5
6 a 10 anos	49	20.9
11 a 20 anos	49	20.9
15 a 25 anos	41	17.4
Mais de 26 anos	36	15.3
<b>Tipo de instituição em que atua</b>		
Pública	132	56.2
Privada	103	43.8
<b>Contexto de trabalho</b>		
Hospitalar	107	45.5
Clínica	24	10.2
Consultório	16	6.8
Serviço de Atendimento Prolongado/Unidade Pronto Atendimento	13	5.5
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	12	5.1
Lar e residência de idosos	5	2.1
Centros de Acolhimento Toxicodependente	7	3.0
Outros	51	21.8
<b>Turno de trabalho</b>		
Diurno	116	49.4
Misto	113	48
Noturno	6	2.6

*3.2.4 Instrumentos*

Tendo em conta os objetivos do estudo, foram utilizados diferentes instrumentos considerando a sua pertinência e validação no que se refere à investigação proposta. Vale

ressaltar, por se tratar de um estudo com uma amostra de duas nacionalidades diferentes, foi construído dois protocolos de pesquisa, utilizando os mesmos instrumentos para ambas as nacionalidades, Brasil e Portugal. Entretanto, cada um dos protocolos com as devidas adaptações semânticas nos instrumentos: Questionário Sóciodemográfico e o Inventário de atuação e preocupação no contexto de pandemia covid -19, e em relação aos demais instrumentos utilizou-se as versões adaptadas para a população de cada nacionalidade. Sendo assim, o protocolo de recolha dos dados foi composto por cinco partes:

- **Questionário Sóciodemográfico:** Esta parte corresponde ao conjunto de questões elaboradas pela equipe de pesquisadores do projeto, que está anexo (Anexo B – versão brasileira, Anexo C - versão portuguesa). O Questionário Sociodemográfico é constituído por 18 itens que permitem obter informações relativas a dados pessoais dos participantes. Estas questões visam caracterizar as variáveis da amostra considerando variáveis demográficas individuais como o sexo, a idade, estado civil. Em relação às variáveis referentes a relações sociais e familiares, foram recolhidos indicadores relativos ao tamanho dos agregados familiar e ao número de filhos. Este questionário possibilita, ainda, a recolha de variáveis como a escolaridade, a profissão, a existência de diagnósticos de doença orgânica ou psiquiátrica, assim como obter dados relativos à sua atividade profissional como a carga laboral, tempo de atividade total na área da saúde, turno de trabalho, tipo de instituição que trabalha e qual setor de trabalho.
- **Inventário de atuação e preocupação no contexto de pandemia covid -19:** Tendo em vista a complexidade que o contexto de pandemia causado pelo covid -19 apresenta, buscou-se elaborar um inventário sobre a atuação e preocupação dos profissionais da saúde em relação à pandemia atual, elaborado pela equipe de pesquisadores do projeto. Este inventário encontra-se também em anexo (Anexo B – versão brasileira, Anexo C - versão portuguesa). Com este, pretende-se investigar quais profissionais estão atuando diretamente no combate ao coronavírus, como os mesmos se percebem em termos de seu conhecimento, habilidades e recursos para atuar com eficácia. Assim como, de forma subjetiva avaliar a percepção dos mesmos, quanto ao seu estado de saúde mental e a vivência dessa situação específica de risco de contágio.

Desta forma, o inventário foi distinguido em 5 grandes domínios, sendo eles: Risco direto de infeção (questões 20, 26, 27 e 28), sentimento de autoconfiança e autoeficácia (21, 22, 23, 24 e 25), Sentimento de preocupação com a covid -19 (29 e 30), Responsabilidade pessoal na profissão (38, 39, 40 e 41) e Percepção de sua própria saúde mental (31, 32, 33, 34, 35, 36,

37). Assim, a partir deste, pretende-se também conhecer a percepção dos profissionais sobre os prejuízos e benefícios pessoais e profissionais, derivados da sua atuação profissional nas áreas de saúde durante a pandemia da covid -19.

- **Professional Quality of Life Scale:** O ProQOL-5 foi projetado para avaliar a qualidade de vida profissional, definida como a qualidade percebida em relação ao trabalho (Stamm, 2010). Este instrumento de autorrelato tem 30 itens composto por três subescalas discretas. A subescala Burnout mede sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho ou em realizar o trabalho de forma eficaz. A subescala Estresse Traumático Secundário, refere-se ao trauma relacionado ao trabalho como resultado da exposição a pessoas que sofreram eventos estressantes ou traumáticos. Os sinais podem incluir medo, dificuldades para dormir, imagens intrusivas ou evitar lembretes das experiências traumáticas da pessoa. Finalmente, a subescala de Satisfação por compaixão, mede o prazer e a satisfação derivados de fazer um bom trabalho em ajudar os outros (Duarte, 2017). As subescalas Burnout e Estresse Traumático Secundário definem o que é proposto por Stamm (2010), como Fadiga por compaixão. Os entrevistados são instruídos a indicar com que frequência cada item foi vivenciado nos últimos 30 dias, em uma escala Likert de 5 pontos (de 1 = Nunca a 5 = Muito frequente. Como por exemplo, o item 12, em que está descrito: “Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a)”. A pontuação requer a soma das respostas dos itens para cada subescala de 10 itens, e pontuações mais altas indicam níveis mais altos de satisfação por compaixão, fadiga por compaixão e esgotamento (Carvalho, 2011; Duarte, 2017).

O estudo de adaptação e validação cultural da versão em português do ProQOL-5 foi realizado em uma amostra de cuidadores paliativos (Carvalho, 2011). Elaborado por Stamm (2005), o *Professional Quality of Life Scale* (ProQol), é um instrumento desenvolvido a partir do *Compassion Satisfaction And Fatigue Test* (CSFT) de Figley & Stamm (1996) e do pioneiro, *Compassion Fatigue Self Test* (CFST) de Figley (1995). Este que foi o primeiro instrumento a propor a Satisfação por Compaixão como contraponto, ao fenômeno da Fadiga por Compaixão. Sendo assim, o ProQol mantém as 3 sub-escalas (Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário).

Sendo a versão mais recente, o *Professional Quality of Life Scale* ProQol-V, Stamm (2010), ressalta, que ele não é um instrumento de diagnóstico já que a Fadiga por Compaixão não consta oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Todavia, este instrumento

possibilita a percepção de aspetos a serem investigados, com o uso apropriado de avaliação de diagnóstico. Por exemplo, uma pontuação alta na subescala de Burnout ou na subescala de Estresse Traumático Secundário, com uma baixa pontuação na escala Satisfação por Compaixão, pode ser um sinal de depressão clínica que mereça tratamento. Além disso, pontuações altas em Satisfação por Compaixão, devem ser interpretadas como sinal de que há comprometimento profissional, e pontuações altas em Fadiga por Compaixão indicariam desequilíbrio emocional (Stamm, 2010).

A versão brasileira desta escala, ProQol-BR, é o resultado do processo de validação (semântica e psicométrica) para o Brasil da quarta versão do Professional Quality of Life Scale (ProQol-IV) de Stamm (2005) realizada por Lago e Codo (2008; 2013). Quanto ao processo de validação, os resultados indicaram que a mesma teve êxito em conseguir respeitar o sentido das sentenças e manter as propriedades psicométricas do instrumento (Lago & Codo, 2013). Este instrumento em sua versão brasileira, e na versão portuguesa, encontram em anexo no projeto, respetivamente, anexo D e anexo E.

Na amostra deste estudo, os profissionais da saúde nesta escala do Professional Quality of Life Scale - ProQOL5 apresentaram valores de coeficiente de alfa de Cronbach geral de .75, o que representa que é confiança substancial e/ou significativa. Referentes às subescalas, a satisfação por compaixão (.90), burnout (.75) e ao estresse traumático secundário (.84) semelhantes aos obtidos pela versão original com valores de (.88, .75, .81) respetivamente e portuguesa (.86, .71, .83) respetivamente (Stamm, 2010; Carvalho, 2011).

- **Escala de Resiliência para Adultos (ERA):** Escala de Resiliência para Adultos (ERA; Hjemdal et al., 2001). Esta escala é uma versão portuguesa de 33 itens, no original em inglês Resilience Scale for Adults (RSA), publicada originalmente em 2001 por Hjemdal, Friborg, Martinussen e Rosenvinge, na Noruega.

A ERA é um questionário de autorresposta que avalia algumas características de resiliência, contendo itens que na sua estrutura original, se organizam em seis fatores seguintes: Percepção de si mesmo, Planeamento do Futuro, Competências Sociais, Coesão Familiar, Recursos Sociais e Estilo Estruturado.

Percepção de si mesmo (PS) - Avalia a confiança nas próprias capacidades e julgamentos, autoeficácia e expectativas realistas.

Planeamento do Futuro (PF) - Avalia a capacidade de planeamento antecipado, de ter uma visão otimista e de se orientar por objetivos claros e alcançáveis

Competências Sociais (CS) - Avalia a flexibilidade em interações sociais, a capacidade de criar novas amizades, sentir-se à vontade em ambientes sociais e o uso positivo do humor

Estilo Estruturado (EE) - Avalia a capacidade de ter e seguir rotinas, de organização do próprio tempo, e a preferência por objetivos e planos claros antes da realização das atividades

Coesão Familiar (CF) - Avalia se os valores são partilhados ou discordantes na família, se os membros da família apreciam passar tempo juntos, se têm uma visão otimista do futuro, se são leais uns com os outros e se têm um sentimento de apreciação e apoio mútuo

Recursos Sociais (RS) - Mede a disponibilidade de apoio social, se existe uma pessoa confiante fora do núcleo familiar (como amigos ou outros que os apreciam e encorajam) e se existem pessoas a quem recorrer fora da família caso necessitem de ajuda

Esta escala, segundo os autores, se aplica em adultos de populações comunitárias e/ou clínicas, destinando-se a uma utilização corrente em investigação e na prática clínica, portanto, se torna viável para o estudo em questão (Pereira et al., 2016).

Os fatores da ERA apresentaram, em termos globais, valores aceitáveis de consistência interna. Considera-se que a ERA avalia um conceito importante, a resiliência, além de integrar os aspetos sociais e familiares, indicadores que são centrais neste conceito, e não são contemplados em outras medidas de avaliação da resiliência, como por exemplo a CD-RISC e Resilience Scale. Sendo assim, este constructo, enquadra-se em uma linha de avaliação das dimensões positivas do funcionamento humano, contribuindo então, para a inversão da tendência em avaliar a adaptação e funcionamento humano pelos seus resultados negativos. (Pereira et al., 2016).

A ERA é uma medida de auto-resposta, em que a pessoa deve analisar os descritores da escala de resposta, ou seja, os dois pólos extremos de resposta, e assinalar no questionário a resposta que mais lhe convém, como por exemplo o item 10: “Eu sinto-me...”, a escala de sete pontos variou entre “Muito feliz com a minha família” e “Muito infeliz com a minha família”. Cada pergunta é cotada de 1 a 7, no entanto, 17 dos 33 itens devem ser invertidos antes do seu uso nos cálculos finais. No resultado final, as pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de resiliência. O cálculo dos fatores, para uma informação mais específica, pode ser feito de duas formas distintas: ou calculando a média dos resultados dos fatores (e total) ou através do somatório total de todos os indicadores. Dada a natureza multidimensional do conceito de resiliência, que se encontra subjacente a este instrumento, os resultados podem ser analisados em função das pontuações obtidas nos seis fatores da ERA, mas também a partir da pontuação total da escala (Pereira et al., 2016).

No Brasil, a Escala de Resiliência para Adultos em sua última versão (Hjemdal et al., 2006) foi traduzida para o português brasileiro (Hjemdal et al., 2006), tendo aspetos de sua validade avaliada em uma amostra de estudantes universitários. Este instrumento em sua versão brasileira e na versão portuguesa encontram em anexo, respetivamente anexo F e anexo G.

Em nosso estudo, obteve-se valores de coeficiente de alfa de Cronbach geral de .91, o que representa que é confiança quase perfeita, sendo aceitável um valor de alfa superior a .70, segundo Pasquali (2003). Em relação aos fatores de resiliência, percebe-se que no fator Coesão Familiar (0.85) obteve um valor de alfa cronbach quase perfeito, nos fatores Percepção de si mesmo (0.79), Planeamento do futuro (0.80), Competência social (0.76), e Recursos sociais (0.77) apresentam uma confiabilidade substancial. Porém, a confiabilidade do fator Estilo estruturado (0.25), é razoável (Landis & Koch, 1977). Estes valores são próximos ao estudo original da ERA, em que foi obtido um alfa de Cronbach de 0.94 para o total da escala. Relativamente aos seis fatores, obtiveram-se os valores seguintes: 0.38 (Estilo Estruturado), 0.72 (Competências Sociais), 0.75 (Planeamento do Futuro), 0.78 (Percepção do Self), 0.81 (Coesão Familiar) e 0.84 (Recursos Sociais) (Pereira et. al, 2016). Nomeadamente, foram obtidos valores do alfa de Cronbach entre .63 e .78 (.84 para o total da escala) na Bélgica (Hjemdal et al., 2011) e entre .56 e .79 no Brasil (Hjemdal et al., 2009).

### *3.2.5 Recolha de dados*

Esta investigação consiste em uma pesquisa quantitativa, com a recolha de dados através de um protocolo de investigação que foi aplicado ainda durante à primeira fase do enfrentamento da pandemia pela covid-19. A recolha de dados ocorreu entre os meses de Maio/2020 a Dezembro/2020, ao todo foram 8 meses de recolha de dados.

Previamente, entrou-se em contacto com diversos profissionais da área da saúde, no Brasil e em Portugal, disponibilizando aos mesmos o protocolo de pesquisa, através do recurso online. Para o preenchimento desde protocolo, inicialmente foi apresentado uma declaração de consentimento informado dirigida aos participantes da pesquisa, com informações sobre o estudo, os seus objetivos e os contactos do investigador, sublinhando o carácter livre e voluntário da colaboração na investigação e assegurando a confidencialidade e anonimato dos dados a recolher (Anexo A). Somente após a autorização do participante quanto ao consentimento informado, que foi apresentado a possibilidade do preenchimento do protocolo de investigação, que incluiu um questionário sociodemográfico, um Inventário de atuação e

preocupação no contexto de pandemia covid-19, e as seguintes duas escaladas específicas: ProQOL-5 (Professional Quality of Life Scale) e ERA (Escala de Resiliência para Adultos).

De forma a apelar a um maior número de participantes, realizamos uma divulgação da pesquisa através das redes sociais (Instagram, Facebook, Whatsapp), utilizando recurso de arte digital, com as informações mais pertinentes sobre o estudo. Além do mais, tendo em conta a limitação temporal do estudo e a saturação dos profissionais de saúde, dentro deste contexto, optamos por fazer toda a recolha de dados via online para resguardar a saúde dos pesquisadores e dos participantes. Além do mais, por meio deste recurso, tornou-se mais fácil a participação dos profissionais, por representar um recurso viável para a disponibilidade dos mesmos.

Os dados recolhidos no estudo serão armazenados e guardados por um período mínimo de dois anos por parte dos pesquisadores. Assim sendo, é importante frisar que será seguido todas as considerações éticas e morais respeitantes à investigação nas áreas de saúde humana e bem-estar.

### **3.3 Procedimentos da Análise dos dados**

A análise dos dados consiste em duas fases, uma fase da análise dos dados colhidos a partir dos instrumentos quantitativos, e uma segunda fase, a partir dos dados qualitativos.

#### *3.3.1 Análise dos dados quantitativos*

Para a análise a partir dos instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Inventário, ProQol e Escala de Resiliência, recorreremos à análise estatística para análise dos dados. Assim, os dados foram inseridos no programa Microsoft Excel e para o tratamento estatístico, estes posteriormente, inseridos na base de dados na ferramenta Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Esta é uma ferramenta estatística autenticada e disponibilizada pela Universidade Católica Portuguesa de Braga.

A amostra foi caracterizada, segundo os dados recolhidos pelo questionário sociodemográfico e o inventário de atuação e preocupação profissional, em termos de análise descritiva, através de testes de frequência absoluta e relativa, percentagem, média, desvio padrão e erro padrão na média.

Foram efetuadas análises de estatística descritiva, nomeadamente média, desvio padrão e intervalo de valores das variáveis em estudo, dos fatores de Resiliência e nas subescalas da Qualidade de vida profissional, nas diferentes nacionalidades (Martins, 2011).

Por meio do teste de normalidade, os profissionais da saúde de Portugal e Brasil foram comparados em termos destas variáveis, fatores de Resiliência e subescalas da Qualidade de vida profissional. Ao ser avaliado os testes de normalidade da distribuição dos dados utilizando a análise da curtose, assimetria, teste kolmogorov-smirnov e gráficos Q-Q, permitiram perceber uma distribuição não normal dos dados, assim, não foram obtidos os principais critérios e suposições para estabelecer uma análise paramétrica. Portanto, foram aplicados testes não paramétricos para explorar os nossos dados, utilizando-se para a avaliação de associações e diferenças, o teste de Mann-Whitney, teste Qui-quadrado, teste de Kruskal-Wallis e teste de Spearman, conforme será pontuado nos resultados. Vale ressaltar que um dos fatores da Escala de Resiliência para Adultos, o Estilo Estruturado, foi retirado das análises estatísticas, por apresentar inconsistência no valor de alfa Cronbach.

### *3.3.2 Análise dos dados qualitativos do Inventário de atuação e preocupação no contexto de pandemia COVID-19*

A partir das questões abertas do Inventário de Atuação e Preocupação pela Pandemia covid -19, respetivamente a questão 38 (se considera importante a sua atuação profissional hoje, descreva aspetos que considera tornar a sua atuação hoje importante); questão 40 (Se acredito que minha atuação profissional neste contexto irá beneficiar em algum aspeto a minha vida pessoal, descreva quais aspetos) e questão 41 (Se eu pudesse escolher, eu me recusaria em atuar nesse período de pandemia pela covid-19? Descreva aspetos que mais contribuem para a sua resposta anterior). Na questão 38 foram consideradas 127 respostas no contexto brasileiro e 51 do contexto português, sendo o total de 178 relatos. Na questão 40 foram consideradas 143 e 38 respostas, respetivamente do contexto brasileiro e português, sendo o total de 181 respostas. Já na questão 41 foi considerada, 186 respostas ao todo. Foram desconsideradas as respostas vazias.

Para tanto, realizamos a análise de conteúdo dos relatos, objetivando-se contemplar a dimensão descritiva, que visa dar conta do que foi narrado. A análise de conteúdo é caracterizada por Bardin (2011) como um conjunto de técnicas de análise a fim de obter, por meio de procedimentos, que são sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores, que permitem a inferência de conhecimentos relativos as condições de recepção destas mensagens.

Tratar o conteúdo das questões abertas pela análise de conteúdo, é então codificá-lo/categorizá-lo. Logo, esse processo de categorização corresponde a uma transformação dos

dados brutos (obtidos nos relatos), através de processos de recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir a expressão e a representação do conteúdo o mais aproximado possível da realidade (Bardin, 2011).

Assim, a categoria é uma construção gerada pelo pesquisador que simboliza ou traduz os dados e, portanto, os atributos de significado para cada dado individual para fins posteriores de detecção de padrão, categorização, construção de teorias e outros processos analíticos. Tal processo é próximo à construção de um título, este representa e captura a essência e o conteúdo principal de um livro, filme ou poema. Ou seja, uma categoria representa e captura o conteúdo primário e a essência de um dado (Saldaña, 2013).

A codificação pode aparecer assim, usando um método chamado Codificação Simultânea (que aplica dois ou mais categorias dentro de um único dado): por vezes podendo agrupar conteúdos não apenas porque são exatamente iguais ou muito parecidos, mas porque também podem ter algo em comum - mesmo que, paradoxalmente, essa semelhança consista em diferenças (Saldaña, 2013).

Compreende-se então, que as categorias são frases significativas que fazem sentido, não apenas um rótulo, mas uma vinculação, ou seja, leva-nos dos dados à ideia e da ideia a todos os dados relativos a essa ideia.

Primeiramente, todos os relatos foram lidos e relidos, a fim de perceber os conteúdos e sentidos presentes na descrição de cada participante, em seguida iniciou-se o processo de anotação de temas e sentidos preliminares, em cada trecho. Dessa forma, ao final das observações e anotações, foi possível se perceber padrões e/ou tendências, que permitiram a codificação de cada relato. A fim de sermos fiéis ao conteúdo de cada relato, os dados das respostas foram divididos em unidades ou estrofes separadas, quando pertinente, ou seja, quando se observou mudança de tema ou conteúdo, no mesmo relato. Assim sendo, foi possível que a mesma resposta pudesse ter mais de uma categoria (Saldaña, 2013).

Estas categorias progrediram do particular para o geral por inferir transferência, ou seja, prever padrões de termos do que pode ser observado e do que pode acontecer em contextos presentes e futuros semelhantes. Após esta primeira categorização, em seguida houve a categorização do segundo ciclo, em que foi possível reduzir o número original de categorias do primeiro ciclo em um número menor, conforme se reanalisava os dados e descobria-se que segmentos maiores de texto são mais adequados para apenas um categorias-chave em vez de várias categorias menores. Assim, as categorias de primeiro ciclo, mais particulares, receberam o nome de subcategorias, e as de segundo ciclo, receberam o nome de categorias, por serem

mais amplas, que agrupam várias subcategorias, ou não dependendo da pertinência. Uma vez que, nos processos de categorização de segundo ciclo, as porções codificadas podem ser exatamente as mesmas das unidades menores (Saldaña, 2013).

Para a construção da categorização de segundo ciclo, considerou-se o que o número final dos principais temas ou conceitos deve ser reduzidos ao mínimo para manter a análise coerente. Porém, como pontuado por Creswell (2014), apesar de não haver número padrão, a quantidade de cinco a sete conceitos centrais, torna-se adequado o "elo crítico" entre os dados e sua explicação de significado. Para a validação dos resultados da análise de conteúdo, contamos com a participação de um pesquisador externo para confirmação dos resultados encontrados, este processo está mais descrito no tópico da análise qualitativa.

A partir de então, criou-se quatro quadros a fim de responder a cada questão analisada, em anexo, com as respectivas Categorias, Subcategorias, os indicadores e critérios, e ainda a frequências com que cada subcategoria aparece nos relatos analisados (Anexo J). O que permitiu a construção da apresentação dos resultados.

### **3.4 Resultados**

#### *3.4.1 Indicadores da atuação profissional e da preocupação por contaminação dos profissionais da saúde no contexto de pandemia covid-19*

Referente aos indicadores da atuação profissional e da preocupação por contaminação no contexto de pandemia covid-19, vê-se na tabela 3.3, que no domínio do risco de contágio, apenas 40% (n=94) da amostra está atuando diretamente com utentes diagnosticados com covid-19. Até o momento da pesquisa, 95.7% dos profissionais que responderam ao protocolo, não tiveram o diagnóstico para covid-19. Assim como, 85.5% dos profissionais disseram ainda não ter nenhum familiar contaminado. Por outro lado, 67.7% destes já mencionaram conhecer pelo menos um amigo, vizinho ou colega de profissão, diagnosticado por covid-19. No domínio do sentimento de preocupação quanto à contaminação por covid-19, 85.5% da amostra diz estar preocupado, e 14.5% da amostra comenta não estar preocupado. Referente às possíveis razões de se preocupar com o risco de contágio, 43% da amostra pontua como razão o vírus ser capaz de se espalhar rapidamente, há destaque para a preocupação por causar morte/doença grave, identificada por 53.6% da amostra e 75.7% dos profissionais se preocupam por perceber que podem infetar seus familiares.

Quanto ao domínio do sentimento de autoconfiança e autoeficácia, há destaque pela elevada percepção de autoconfiança dos profissionais em saber proteger-se a si mesmo e proteger aos utentes durante a pandemia, 83.8% (n=197), e também de proteger seus familiares 82.1% (n=193), todavia, a percepção em relação a confiar que se encontra protegido e seguro quanto à infecção por covid-19 no ambiente de trabalho, é inferior, sendo 46.4% (n=109). Em relação à autoconfiança nas suas próprias habilidades em responder com eficácia aos deveres exigidos na assistência de utentes diagnosticados ou suspeitos com covid-19, 71.5% (n=168) dos profissionais consideram estar confiantes.

**Tabela. 3.3**

*Domínios indicadores da atuação profissional e da preocupação por contaminação dos profissionais da saúde no contexto de pandemia covid-19*

Indicadores	Frequência	Percentagem
	<i>n</i>	%
<b>Risco de contágio</b>		
Atua diretamente com utentes diagnosticados por covid-19	94	40.0
Não foram diagnosticados para covid-19	225	95.7
Familiar diagnosticado para covid-19	34	14.5
Amigo, vizinho ou colega de profissão diagnosticado com o covid-19	159	67.7
<b>Autoconfiança e Autoeficácia</b>		
Confiança em proteger a si mesmo e aos utentes	197	83.8
Confiança em saber se proteger meus familiares e/ou aqueles que moram comigo	193	82.1
Acreditar possuir conhecimento necessário para atuação na assistência aos utentes infetados por covid-19	160	68,1
Confiança nas próprias habilidades em responder com eficácia aos deveres exigidos na assistência de utentes/clientes diagnosticados ou suspeitos com covid-19	168	71.5
Confiança de estar seguro e protegido quanto a infecção de covid-19 no ambiente de trabalho	109	46.4
<b>Sentimento de preocupação para com a covid-19</b>		
Preocupação por contaminação de covid-19	201	85.5
Poder causar morte/doença grave	126	53.6
Afetar mais os profissionais de saúde	57	24.3
Poder infetar as pessoas da minha família	178	75.7
Nenhum tratamento específico acessível	82	34.9
Ele ser capaz de se espalhar rapidamente	101	43.0
<b>Responsabilidade pessoal na atuação profissional</b>		
Considerar importante a atuação profissional hoje	218	92.8
Acreditar que a atuação profissional hoje faz alguma diferença	226	96.2
Acreditar que a atuação profissional neste contexto irá beneficiar em algum aspeto a vida pessoal	171	72.8
Não se recusaria em atuar nesse período de pandemia pelo covid-19, se pudesse escolher	168	71.5

No âmbito do domínio da responsabilidade pessoal na atuação profissional, 92.8% dos profissionais consideram sua atuação profissional importante nos dias de hoje, 96.2% acreditam que a sua atuação profissional faz alguma diferença hoje, e 72.8% dos profissionais acreditam que a sua atuação profissional neste contexto irá beneficiar em algum aspeto a sua vida pessoal. Quando questionados sobre a possibilidade de poder se recusar a atuar neste período de pandemia, 71.5%, declaram que mesmo se pudessem recusar, não recusaria.

Relativamente ao domínio da perceção do próprio estado da saúde mental, 44.3% dos profissionais percebem o seu estado de saúde mental atual em comparação com o período antes da pandemia pior, 8.5% dos profissionais percebem estar muito pior, 40.9% deles não percebem alteração, e 6.3% percebem-se ficando melhor em relação à saúde mental. Quanto à autoavaliação do estresse na última semana, 39.6% dos profissionais avaliam estar médio, 28.9% dos profissionais avaliam estar elevado, percebem-se quase inexistente em 26.4% dos profissionais, enquanto apenas 5.1% dos profissionais avaliam o estresse que vivenciam como muito elevado.

Já o nível de ansiedade na última semana, pode-se perceber que 32.8% dos profissionais avaliam-se em médio, 31.5% dos profissionais percebem-se com ansiedade elevada, 27.2% dos profissionais percebem estar quase inalterada, e 8.5% dos profissionais percebem muito elevada a ansiedade. O nível de tristeza avaliado pelos profissionais, é percebido por 44.3% deles como quase inexistente, 30.6% dos profissionais avalia estar médio, 18.7% dos participantes consideram elevado e apenas 6.4% percebem-se com tristeza muito elevada. Referente à perceção de que as pessoas à sua volta mudaram de comportamento, como o distanciamento e/ou medo do profissional, 58.3% dos participantes não perceberam mudança no relacionamento com as pessoas.

Quanto à procura por recursos para lidar com o “mal-estar” das últimas semanas, 76.6% dos profissionais declaram ter procurado algo para diminuir seu “mal-estar”, todavia, 71.1% destas, não tem acesso a nenhum apoio psicológico, psiquiátrico e nem linha de apoio disponibilizada pelo contexto de trabalho ou serviço externo particular. Sendo assim, apenas 28.9% dos profissionais possuem apoio no âmbito da saúde mental.

#### *3.4.2 Critérios da responsabilidade profissional e da realização pessoal durante a atuação no contexto pandémico*

A fim de se investigar os fenómenos da realização pessoal e da responsabilidade profissional, foi identificado critérios, a partir das descrições dos profissionais da saúde, ao

considerar a importância da profissão, as razões da escolha pessoal em exercer a profissão neste período pandêmico, e na percepção dos benefícios dessa atuação.

Será apresentado então, em cada campo de investigação os critérios, ou seja, as categorias e subcategorias discriminadas pelos profissionais da saúde, por ordem decrescente de importância, isto é, de acordo com a frequência de respostas. Sendo que, usou-se como parâmetros de exclusão categorias/subcategorias que possuem menos de duas frequências.

No que se refere, aos aspectos considerados pelos participantes como relevantes ao afirmar a importância de sua atuação profissional, neste momento de pandemia, conforme descrito no quadro 1. (anexo J), foram identificadas 6 Categorias, são elas: Saúde do utente (n=51); Cuidado humanizado no âmbito emocional (n=49); Responsabilidade profissional (n=47); Realização de algo único (n=16); Urgência do contexto covid-19 (n=16); Oportunidade de gerar conhecimento (n=8).

Sendo assim, a importância da atuação profissional é proveniente da primazia da **Saúde do utente**, que engloba a *preocupação e apoio com a saúde mental*, ou seja, “Suporte psicológico neste momento de vulnerabilidade, para reduzir angústias e ansiedades, com objetivo de aprendizado e superação desta situação” (P82). Neste âmbito, ainda se acrescenta a *preocupação e apoio com a saúde física* dos utentes.

Torna-se também importante atuar neste momento, decorrente do **Cuidado humanizado no âmbito emocional**, ou seja, a possibilidade de *prestar cuidado* às pessoas e a possibilidade de *prestar apoio emocional*, vê-se em “Facilitar relações humanas em que a pessoa possa ter a liberdade de ser expressar, ser ouvida em seus sentimentos sem julgamento, ser aceita e ir se aceitando” (P132); “Ajudar as pessoas a não perder esperança, a entender os sentimentos, seus medos, ver o que é real ou imaginário” (P10).

A **Responsabilidade profissional** também contribui por tornar importante a atuação, devido ao *dever da profissão*, a *importância da atividade que exerce*, como no trecho: “Elucidar, conversar e orientar, no CTI, eu atuo na estabilização dos casos graves” (P18). Além também da *responsabilidade com a profissão que exerce*, que pode ser verificado nestas palavras: “O meu prazer, dever e comprometimento em ajudar, em dar o melhor de mim para o outro e fazer jus ao nosso juramento” (P94).

Atuar de forma à **Realização de algo único** compreende o *sentimento de unicidade*, o que torna importante atuar neste momento, “Meu exemplo de resistência e calma durante a pandemia transmite segurança às pessoas a minha volta” (P140). Também é importante a atuação pela **Urgência do contexto covid-19**, patente na *gravidade e necessidades do contexto*,

pode-se perceber no exemplo: “Desafogar hospitais” (P28). Assim como também é importante atuar neste momento pela **Oportunidade de gerar conhecimento**.

Em relação a possibilidade de livre escolha em exercer a profissão neste período pandêmico, como observado acima, no tópico 4.1, vê-se que 71.5% não se recusaria exercer sua profissão se pudesse escolher. As razões pontuadas pelos participantes, presentes no quadro 3. (anexo J), foram identificadas em 5 categorias: Missão (n=61); Honra (n=51); Exercício da Singularidade (n=21); Crescimento profissional (n=11); Amor (n=9).

Ver a profissão como **Missão**, ou seja, *cumprir a necessidade do contexto, contribuir ao próximo*, e o *sentimento de missão*, motiva os profissionais a escolherem exercer a sua profissão, como no relato: “Missão, propósito e sentido de vida. Não se trata só de mim” (P229). A importância da **Honra**, isto é *cumprir o dever*, favorece a escolha em atuar em momentos difíceis, vê-se em “Fiz um juramento, no qual jurei cuidar e zelar pela saúde das pessoas em qualquer situação”. (P48).

Não se recusar em atuar profissionalmente, também diz respeito ao **Exercício da Singularidade**, compreendido como o *fazer a diferença*, o *sentimento de utilidade*, e o *sentimento de ser capaz de atuar*, pode-se perceber nos trechos: “Me sinto necessário para sairmos da situação atual” (P99); “Eu sou quem sou pra tornar a vida de alguém melhor” (P234).

Atuar em um momento de crise, também favorece o **Crescimento profissional**, pois, favorece o *aprimoramento profissional* e o *reconhecimento profissional*, o que torna um atrativo para os profissionais desejarem estar em atividade. Outro ponto relevante é o **Amor** à profissão, ilustrado no trecho: “Escolhi a Medicina por amor a profissão. Sabia que o que deveria abrir mão poderia ser pouco ou muito. Mas eu quem escolhi” (P148).

Por outro lado, 28.5% dos profissionais disseram que se recusariam a atuar nesta pandemia se lhe fossem concedida a escolha, distinguindo em 3 categorias diferentes sobre as justificativas para tal, são elas: Risco do Contágio (n=38); Desvalorização da profissão (n=4); Falta de conhecimento necessário e/ou recursos (n=3), vistos no quadro 4. (anexo J).

O **Risco do Contágio**, engloba o *medo da contaminação*, o *medo de contaminar quem ama*, o *distanciamento social* e a *gravidade da doença*, vê-se em: “Medo de me contaminar e posteriormente contaminar outras pessoas e medo de morrer” (P70). O **Esgotamento emocional**, também compromete a escolha em atuar neste período devido ao *comprometimento da saúde mental*, em que os profissionais se percebem em estresse, angústia e ansiedade. Assim, a **Falta de conhecimento necessário e/ou recursos**, também pode prejudicar esta escolha.

Referente aos benefícios em atuar no contexto pandémico, pode-se distinguir 7 Categorias, são elas: Desenvolvimento humano (n=68); Desenvolvimento profissional (n=39); Sentido da Vida (n=18); Contribuição de forma única (n=18); Realização e satisfação no exercício da profissão (n=14); Cuidado com a própria saúde (n=7); Financeiro (n=6), apresentadas no quadro 2. (anexo J).

Sendo assim, a oportunidade de **Desenvolvimento humano**, engloba o *crescimento pessoal* (“Estou me tornando uma pessoa melhor, mais atenta a dor do próximo P154), o aumento do *foco*, o desdobramento da *resiliência*, ilustrado nos trechos: “Sou capaz, apesar dos meus medos, de ultrapassar e continuar em frente. Descobri que sou capaz de adaptar a diversas situações” (P185); “Ficar mais confiante em mim e mais resiliente” (P177); “Perceber que a capacidade de adaptação é a chave da sobrevivência” (P184).

O **Desenvolvimento profissional**, favorecido neste momento de crise, é pontuado pelos profissionais, como um benefício em trabalhar, pelo *crescimento profissional* (“com certeza, as experiências são riquíssimas e o aprendizado é contínuo, mesmo na situação complicada em que estamos vivendo”, P129). Ainda há também a possibilidade de *rever o significado do trabalho*, como na declaração: “ressignificar o sentido e utilidade do trabalho” (P110).

A percepção do **Sentido da Vida** é vista como um benefício da atividade da profissão, por proporcionar a *revisão dos valores da vida*, percebido nesta pontuação: “A simplicidade da existência, o valor da vida” (P138). Assim, como a possibilidade de **Contribuir de forma única**, ou seja, poder *colaborar com o próximo* e experimentar o *sentimento de utilidade*.

Outra vantagem, diz respeito a **Realização e satisfação no exercício profissional**, ou seja, a experiência de *bem-estar pessoal* e a vivência da *realização pessoal*. Vale acrescentar ainda, que exercer a profissão neste momento, também pode representar uma mais-valia para os profissionais da saúde, pois se veem comprometidos no **Cuidado com a própria saúde**, isto é, o *cuidado com a saúde física* e o *cuidado com a saúde mental*; além do mais, há o retorno **Financeiro** da profissão, visto que neste momento há uma grande valorização e procura destes profissionais.

### 3.4.3 Panorama da Qualidade de Vida Profissional

Na análise do fenómeno da Qualidade de vida profissional nos participantes da amostra, conforme descrito na tabela 3.4, revela que em ambas as nacionalidades os valores médios mais elevados se encontram na subescala Satisfação por compaixão, Brasil e Portugal respetivamente (M=45.04; M=39.70), obtendo em ordem decrescente de média o Estresse traumático

secundário (M=26.15; M=25.63) e após o Burnout, com os valores mais baixos (M=23.40; M=24.28).

**Tabela 3.4**

*Caracterização das subescalas da Qualidade de Vida Profissional em função da nacionalidade*

Subescalas	n		M		DP		Mínimo/máximo
	Brasil	Portugal	Brasil	Portugal	Brasil	Portugal	
Satisfação por Compaixão	154	81	45,02	39,7	5,77	4,82	12/50
Burnout	154	81	23.40	24.28	6.36	4.88	13/43
Estresse Traumático Secundário	154	81	26.15	25.63	7.66	5.95	13/48

Nota: População Portuguesa (Borges et al, 2019): Satisfação por compaixão (M= 37.1, DP=5.9), Burnout (M= 26.0, DP=5.6) e Estresse traumático secundário (M= 23.9; DP=5.5); População Brasileira, Satisfação por compaixão (M= 41.6, DP= 6.61), Burnout (M= 15.0, DP=6.3), e Estresse traumático secundário (M= 14.2, DP=6.4) (Arena, Oliver & Galiana, 2019).

Para a análise da Qualidade de vida profissional, Stamm (2010) propõe a análise de três subescalas, Satisfação por compaixão, Burnout e Estresse traumático secundário, em função de três níveis clínicos: elevado, médio e baixo, de acordo com os pontos de corte definidos. Sendo o nível baixo (menos de 22), moderado (entre 23 e 41) e alto (mais de 42) (Stamm, 2010).

**Tabela 3.5**

*Níveis das subescalas de Qualidade de Vida Profissional em função da nacionalidade*

Contexto brasileiro	Alto		Moderado		Baixo	
	n	%	n	%	n	%
Satisfação por Compaixão	124	80.5	28	18.2	2	1,3
Burnout	2	1,3	82	53.2	70	45.5
Estresse Traumático Secundário	6	3,9	88	57.1	60	39.0
Contexto português	Alto		Moderado		Baixo	
	n	%	n	%	n	%
Satisfação por Compaixão	25	30.9	56	69.1	0	0.0
Burnout	0	0.0	53	65.4	28	34.6
Estresse Traumático Secundário	1	1.2	57	70.4	23	28.4

A partir da tabela 3.5, vê-se a diferença nos dois grupos, em relação à cada nível das subescalas da qualidade de vida profissional. Na população brasileira, percebe-se que a maioria (80.5%) tem nível alto na Satisfação por compaixão, moderados e baixos (53.2%, 45.5% respetivamente) de Burnout, e cerca de metade revela nível moderado de Estresse Traumático Secundário (57.1%). Por sua vez, na população portuguesa encontramos menos Satisfação por compaixão, apenas 30.9% nível alto, revelando a maioria dos participantes um nível moderado

(69.1%). Registamos neste grupo, mais participantes com nível moderado de Burnout (65.4%) e de Estresse Traumático Secundário (70.4%). No nível baixo, há 34.6% na escala de Burnout e 28.4% no Estresse traumático Secundário.

#### 3.4.4 Indicadores de Resiliência

Referente aos indicadores de resiliência, os profissionais da saúde apresentam, no Índice geral de resiliência, a média de 177.7 (DP = 26.6). Sendo que, o resultado total da ERA deverá variar entre 33 e 231 (Pereira et al., 2013), considera-se que estes profissionais da amostra apresentam uma média mais elevada, o que pode corresponder a melhores níveis de resiliência.

**Tabela 3.6**

*Caracterização dos fatores de Resiliência em função da nacionalidade*

Fatores de Resiliência	<i>Brasil (n = 154)</i> M (DP)	<i>Portugal (n = 81)</i> M (DP)	<i>Mínimo/máximo</i> Total	<i>α</i>
Perceção de si mesmo	5.07 (1.16)	5.10 (0.098)	1.67 – 7.0	0.79
Planeamento do futuro	5.42 (1.22)	4.76 (1.29)	1-7	0.80
Competência Social	5.32 (1.12)	5.27 (1.01)	2.33 – 7	0.76
Coesão Familiar	5.43 (1.27)	5.65 (1.08)	1.17 – 7	0.85
Estilo Estruturado	5.11 (1.03)	4.83 (0.95)	2.25 – 7	0.25
Recursos Sociais	5.89 (0.92)	6.02 (0.75)	2.43 - 7	0.77

Nota<sup>1</sup>: População Portuguesa (Pereira et al, 2013) Perceção de si mesmo (M=5.01, DP=1.00); Competência Social (M=5.21, DP=1.03); Coesão Familiar (M=5.52, DP=0.91); Estilo Estruturado (M=5.00, DP=0.91); Recursos Sociais (M=5.66, DP0.91). População Brasileira (Hjemdal et al, 2009) Perceção de si mesmo (M=5.08, DP=1.10); Planeamento do futuro (M=5.52, DP=1.13); Competência Social (M=5.64, DP=0.96); Coesão Familiar (M=5.30, DP=1.17); Estilo Estruturado (M=4.95, DP=1.19); Recursos Sociais (M=6.01, DP=0.86).

Na tabela 3.6, também pode-se identificar que em todos os fatores para a resiliência, obteve-se média maior que 5, portanto, pode-se inferir que os profissionais apresentam fatores elevados de resiliência (tendo em vista uma escala de 1 a 7). Apenas nos fatores Planeamento do Futuro e Estilo Estruturado, na nacionalidade portuguesa, apresentam uma média menor que 5. Nos demais fatores de resiliência, percebe-se que as médias são bem próximas em ambas as nacionalidades. Há destaque para o fator de Recursos Sociais (brasileira 5.89 e portuguesa 6.02), pois neste, ambas as nacionalidades, alcançaram a maior média. Na população brasileira, a menor média é para a Perceção de si mesmo (5.07) e na portuguesa é o fator Planeamento do Futuro (4.76).

<sup>1</sup> No estudo de adaptação da população portuguesa, os resultados são descritos em relação à faixa etária. Sendo assim, a fim de comparação dos resultados obtidos com o resultado do estudo de validação portuguesa, teve de ser considerada a faixa etária do grupo de idade entre 26 a 44 anos, uma vez que a moda da população neste estudo é de 26 anos. Já no estudo de validação da população brasileira considerou os resultados da população em geral que foi validado o instrumento.

Vê-se assim, que os resultados encontrados são bem próximos aos estudos de validação em ambas as nacionalidades, estando todos dentro da média e do desvio padrão (Pereira et al., 2013; Hjemdal et al., 2009).

### *3.4.5 Relação de diferenças entre os fatores de Resiliência e as subescalas da Qualidade de vida profissional em função das características sociodemográficas dos participantes*

Para analisar as diferenças entre os fatores de resiliência em função do género, foi utilizado o teste de Mann-whitney. Os resultados permitiram perceber uma diferença estatisticamente significativa apenas em relação ao Planeamento Futuro ( $U= 5251.000$ ,  $p=.006$ ), sendo a ordem média superior no grupo dos homens ( $OM=127.99$ ) em comparação com as mulheres ( $OM=103.27$ ). Nas restantes subescalas da resiliência não foi possível verificar diferenças entre o género.

No que diz respeito às subescalas da Qualidade de vida profissional, foi possível verificar uma diferença estatisticamente significativa ( $U=4316.500$ ,  $p=.000$ ) no que diz respeito à Satisfação por compaixão em função do género. Verificando-se uma ordem média superior no grupo dos homens ( $OM=134.67$ ) em comparação com as mulheres ( $OM=93.44$ ).

Além da diferença entre género, procurou-se avaliar diferenças entre ambas as nacionalidades de estudo, utilizando o teste de Mann-whitney. No que diz respeito aos fatores da Resiliência, apenas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $U=4261.000$ ,  $p=000$ ) no Planeamento do futuro. Os resultados permitiram perceber uma ordem média superior no Brasil ( $OM=130,64$ ) em relação a Portugal ( $OM=93,60$ ). No teste de diferenças em relação às subescalas da Qualidade de vida profissional foi possível verificar uma diferença estatisticamente significativa ( $U=2530.500$ ,  $p=.000$ ) na Satisfação por compaixão entre ambos os países, sendo a ordem média superior no Brasil ( $OM=142.07$ ) em relação a Portugal ( $OM=72.24$ ).

De forma a avaliar diferenças entre mais grupos, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Inicialmente pretendeu-se testar as diferenças médias entre os fatores de Resiliência e o Estado civil. Foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas em quase todas as escalas excluindo a escala de Competência social, como é possível verificar na **tabela 3.7**

De modo a compreender onde se posicionam especificamente essas diferenças, foi utilizado o Mann-Whitney como teste *post-hoc*. Todavia, para reduzir os erros de tipo I foi utilizada a correção de bonferroni. Os Testes de Mann-Whitney com Correção de Bonferroni evidenciaram diferenças entre o grupo 'Casado' e o grupo 'Solteiro' nos fatores: Perceção de si mesmo ( $U= 3633.5$ ,  $p = 0.001$ ); Planeamento do futuro ( $U= 3541.5$ ,  $p = 0.000$ ); Coesão familiar

( $U = 2936.5$ ,  $p = 0.000$ ) e Recursos sociais ( $U = 13.00$ ,  $p = .001$ ). Sendo o grupo de ‘Casados’, os que obtiveram médias mais elevadas nos fatores de Resiliência, nos Recursos sociais, Coesão familiar, Planeamento do futuro, Perceção de si mesmo. Não foram encontradas outras diferenças significativas.

**Tabela 3.7**

*Níveis dos fatores de Resiliência em função do Estado civil*

	Casado(a)	Divorciado(a) Separado(a)	Solteiro(a)	União Estável	Kruskal Wallis	
	M	M	M	M	$\chi^2$	p
Perceção de si mesmo	132.98	119.91	101.09	118.06	11.019	.012
Planeamento do Futuro	136.24	99.94	101.89	113.67	14.232	.003
Competência Social	128.07	126.00	103.66	127.39	7.134	0.68
Coesão Familiar	141.01	123.68	90.64	122.81	27.725	.000
Recursos Sociais	129.90	121.76	101.77	130.67	9.356	.025

No que diz respeito, ao teste de diferenças entre as subescalas da Qualidade de vida profissional em função do Estado civil, foram encontradas diferenças que se podem considerar marginalmente através do teste de Kruskal-Wallis significativas na Satisfação por compaixão ( $\chi^2 = 6.249$ ,  $p = .100$ ) e no Burnout ( $\chi^2 = 7.780$ ,  $p = .051$ ).

De modo a compreender onde se posicionam especificamente essas diferenças, foi utilizado o Mann-Whitney como teste *post-hoc*. Todavia, para reduzir os erros de tipo I foi utilizada a correção de bonferroni. Apenas na subescala Burnout, evidenciou diferenças significativas entre o grupo 'Casado' e o grupo 'Solteiro' ao nível de Burnout ( $U = 3901.0$ ,  $p = 0.008$ ). Sendo o grupo de Solteiro, a maior média no nível de Burnout. Não foram encontradas outras diferenças significativas.

A investigação das diferenças em relação aos fatores da Resiliência em função das diferentes profissões, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 8.039$ ,  $p = .045$ ) entre as Profissões e o Planeamento do futuro. Todavia, utilizando o teste de Mann-Whitney, com correção bonferroni, verificamos que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de forma a não incorrer o erro tipo I. No que diz respeito ao teste de diferenças entre as profissões e as subescalas da qualidade de vida, verificamos diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios, como pode ser verificado na **tabela 3.8**.

**Tabela 3.8**

*Níveis de diferenças médias das subescalas de Qualidade de vida profissional em função das diferentes Profissões*

	Enfermeiro	Médico	Nutricionista	Outro	Kruskal Wallis	
	M	M	M	M	$\chi^2$	p
Satisfação por compaixão	89.08	133.37	162.40	114.01	39.054	.000
Burnout	142.54	132.50	67.15	114.81	40.734	.000
Estresse Traumático Secundário	136.28	134.61	70.73	119.55	32.358	.000

Do mesmo modo, seguindo os pressupostos utilizados anteriormente, foram analisadas as diferenças entre grupos através do teste de Mann-Whitney e a correção bonferroni. Logo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na Satisfação por compaixão ( $U=1041.500$ ,  $p=.001$ ) entre os Enfermeiros e os Médicos, sendo a pontuação mais elevada nos médicos ( $OM=79.09$ ) do que nos enfermeiros ( $OM=55.97$ ). Do mesmo modo, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os enfermeiros e os nutricionistas ( $U=874.500$ ,  $p=.000$ ) sendo que, os nutricionistas obtiveram uma pontuação mais elevada ( $OM=94.15$ ) do que os enfermeiros ( $OM=54.05$ ). A mesma diferença se verifica entre os enfermeiros e as outras profissões ( $U=2006.000$ ,  $p=.11$ ), sendo que, novamente os enfermeiros obtiveram pontuação mais baixa ( $OM=67.06$ ) quando comparados com as outras profissões ( $OM=85.11$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à satisfação por compaixão no teste de diferenças entre as restantes profissões.

Quanto ao Burnout em função das diferenças entre grupos, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ( $U=772.000$ ,  $p=.000$ ) entre os enfermeiros e os nutricionistas. Sendo que, os enfermeiros obtiveram a pontuação mais alta ( $OM=84.13$ ) comparativamente aos nutricionistas ( $40.76$ ). O mesmo acontece no que se refere as outras profissões ( $U=2004.500$ ,  $p=.000$ ) onde os enfermeiros voltam a pontuar o valor mais alto ( $OM=81.96$ ) em relação às outras profissões ( $OM=63.86$ ). Entre os médicos e os nutricionistas, também foi possível encontrar uma diferença estatisticamente significativa ( $U=440.500$ ,  $p=.000$ ), sendo que, os médicos pontuaram de forma mais elevada ( $OM=56.91$ ) em comparação com os nutricionistas ( $OM=33.99$ ). Por fim, encontramos uma diferença estatisticamente significativa entre os nutricionistas e as outras profissões ( $U=853.000$ ,  $p=.000$ ). Sendo que, as outras profissões obtiveram pontuações mais elevadas ( $OM=66.02$ ) do que os nutricionistas ( $OM=42.41$ ).

Relativamente ao Estresse traumático secundário, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $U=924.000$ ,  $p.=000$ ) entre os enfermeiros ( $OM=82.38$ ) e os nutricionistas ( $OM=43.86$ ), destacando-se a pontuação mais alta nos enfermeiros. Uma diferença semelhante ( $U=385.000$ ,  $p.=000$ ) aconteceu entre os médicos e os nutricionistas, destacando-se uma pontuação mais alta nos médicos ( $OM=58.37$ ) em relação aos nutricionistas ( $OM=32.86$ ). Por fim, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $U=932.000$ ,  $p.=001$ ) entre os nutricionistas e as outras profissões, verificando-se uma pontuação de Estresse traumático secundário, mais elevado nas outras profissões ( $OM=64.72$ ) quando comparadas com os nutricionistas ( $OM=44.02$ ).

Na investigação quanto as diferenças das médias de resiliência e qualidade de vida profissional em função da presença ou não de doença psiquiátrica, percebeu-se que há diferenças significativas, quando diagnóstico positivo, há níveis mais altos de burnout ( $U=1726.500$ ,  $p= .000$ ,  $OM=164.31$ ), e de estresse traumático secundário ( $U=2183.500$ ,  $p= .005$ ,  $OM=149.56$ ). Quanto a resiliência, há diferenças significativas com todos os fatores, sendo que a ausência de alguma perturbação psicológica, implica em maiores médias nos fatores Perceção de si mesmo ( $U=1736.500$ ,  $p= .000$ ,  $OM=124.99$ ); Planeamento do futuro ( $U=2180.500$ ,  $p= .005$ ,  $OM=122.81$ ), Competência social ( $U=1874.000$ ,  $p= .000$ ,  $OM=124.31$ ), Coesão Familiar ( $U=2091.000$ ,  $p= .002$ ,  $OM=123.25$ ), Recursos Sociais ( $U=2270.000$ ,  $p= .011$ ,  $OM=122.37$ ).

Quanto aos profissionais que buscam apoio psicológico, vê-se em relação à qualidade de vida profissional, que há diferenças significativas com satisfação por compaixão ( $U= 4554.000$ ,  $p= .017$ ), sendo, as pessoas que procuram apoio as que apresentam níveis mais elevados ( $OM=134.53$ ). Em relação à resiliência, 3 dos 5 fatores, há diferenças significativa, todavia, em todos eles as médias foram maiores nos profissionais que não recebiam apoio psicológico. Os fatores são Perceção de si mesmo ( $U= 3807.000$ ,  $p= .000$ ,  $OM=129.20$ ); Competência social ( $U= 4443.000$ ,  $p= .009$ ,  $OM=125.40$ ); Coesão Familiar ( $U= 4172.000$ ,  $p= .001$ ,  $OM=127.02$ ).

#### *3.4.6 Relação da Resiliência e da Qualidade de vida profissional em função das características sociodemográficas dos participantes e do Inventário de atuação e preocupação*

De forma a elaborar uma exploração acerca da correlação entre determinadas variáveis sociodemográficas, foi utilizado o teste de *Spearman*, teste não paramétrico, devido à violação das assunções da distribuição da normalidade. Incluímos na **tabela 3.9**, também algumas

variáveis elaborados do nosso Inventário de atuação e preocupação no contexto de pandemia covid-19. Devido ao fato de ser necessário utilizar o teste de *Spearman*, para afinar a eficácia do mesmo, organizamos as subescalas do Qualidade de vida profissional de forma ordinal, seguindo as diretrizes dos autores originais da escala (Stamm, 2010). Uma visão mais ampla das associações pode ser verificada na **tabela 3.9**.

Primeiramente, ainda no âmbito das circunstâncias sociodemográficas, é possível perceber que a idade tem associação positiva ao nível da resiliência, no fator da Percepção de si mesmo ( $r_s=.293$ ), em uma correlação fraca. O mesmo ocorre na Satisfação por compaixão ( $r_s=.209$ ), ao nível da qualidade de vida profissional. Vê-se quanto à quantidade de filhos e quantas pessoas moram junto, que estão associadas positivamente com Coesão familiar, respetivamente ( $r_s=.314$ , e  $r_s=.250$ ), ambas correlações fracas.

No âmbito da atividade profissional, a experiência profissional, isto é, os anos de atuação profissional, tem correlação com Percepção de si mesmo ( $r_s=.252$ ), Coesão familiar ( $r_s=.293$ ) e negativa com nível de ansiedade da última semana ( $r_s=-.293$ ), todas sendo correlações fracas. Referente às horas de trabalho, esta tem relação positiva com percepção de estresse da última semana ( $r_s=.230$ ), com burnout ( $r_s=.226$ ) e com estresse traumático secundário ( $r_s=.225$ ), todas correlações fracas. Por outro lado, as habilitações académicas, não tem correlação significativa com nenhuma das variáveis investigadas.

Na dimensão de autorrelato, em que os profissionais avaliaram as percepções do seu próprio estado de saúde mental, na percepção de estresse, vê-se que, esta tem associação positiva com nível de ansiedade ( $r_s=.788$ ) e nível de tristeza ( $r_s=.625$ ) da última semana, sendo respetivamente correlações forte e moderada. Mas, associação negativa com Percepção de si mesmo ( $r_s=-.218$ ), Planeamento do futuro ( $r_s=-.313$ ), Recursos sociais ( $r_s=-.216$ ), Satisfação por compaixão ( $r_s=-.284$ ), todas correlações fracas. Todavia, esta variável ainda tem associação positiva e moderada com burnout ( $r_s=.469$ ) e estresse traumático secundário ( $r_s=.472$ ).

**Tabela 3.9**

*Relação entre as características sociodemográficas e as características da atuação profissional dos participantes, em função das subescalas da Qualidade de Vida Profissional e dos fatores de Resiliência*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Idade	—															
2 Quantidade de Filhos	.452**	—														
3 Quantas pessoas moram junto	.181**	.549**	—													
4 Horas de trabalho s/	-.054	-.044	-.052	—												
5 Experiência Profissional	.824**	.449**	.189**	-.023	—											
6 Escolaridade	.164*	.072	.014	-.063	.256**	—										
7 Percepção do Estresse última semana (i.a.)	-.075	-.082	-.015	.230**	-.088	.019	—									
8 Nível de ansiedade última semana (i.a.)	-.167*	-.134*	-.065	.151*	—	.181**	.788**	—								
9 Nível de tristeza última semana (i.a.)	-.095	-.135*	-.128	.134*	-.073	.031	.625**	.695**	—							
10 Percepção de si mesmo (Resiliência)	.293**	.136*	.106	.041	.252**	.084	.218**	.287**	.347**	—						
11 Planejamento Futuro (Resiliência)	.118	.058	.036	.016	.069	.068	.313**	.250**	.305**	.597**	—					
12 Competência Social (Resiliência)	.150*	.138*	.137*	-.021	.089	.062	-.065	-.062	-.161*	.500**	.480**	—				
13 Coesão Familiar (Resiliência)	.163*	.314**	.250**	.061	.180**	.019	-.146*	-.165*	—	.457**	.485**	.510**	—			
14 Recursos Sociais (Resiliência)	.071	.111	.110	.008	.090	.030	.216**	.203**	.266**	.469**	.462**	.508**	.697**	—		
15 Satisfação por Compaixão (Proqol)	.209**	.077	.053	-.056	.128	.056	.284**	.250**	.206**	.324**	.478**	.327**	.222**	.217**	—	
16 Burnout (Proqol)	.155*	-.107	-.087	.226**	-.086	.002	.469**	.483**	.524**	—	—	—	—	—	—	
17 Estresse traumático Secundário (Proqol)	-.107	-.060	-.131*	.225**	-.142*	.096	.472**	.539**	.469**	.366**	.405**	.267**	.247**	.299**	.355**	.480**
18 Estresse traumático Secundário (Proqol)	-.107	-.060	-.131*	.225**	-.142*	.096	.472**	.539**	.469**	.366**	.405**	.267**	.247**	.299**	.355**	.480**

Nota: A seguinte tabela difere nos valores de significância da seguinte forma: \*p<=.10; \*\*p<=.05; \*\*\*p=.001. i.a significa inventário de atuação e preocupação

Em relação à Qualidade de vida profissional, os Fatores de Resiliência e ainda a percepção da saúde mental, vê-se que o burnout está associado positivamente com o estresse traumático secundário ( $r_s=.480$ ), percepção de estresse, ansiedade e tristeza em correlações moderadas. Também, negativamente correlacionado com todos os fatores de resiliência e satisfação por compaixão, sendo correlações fracas. O mesmo é verificado no estresse traumático secundário, em relação à percepção de estresse, ansiedade e tristeza. Todavia, ao nível dos fatores de Resiliência, apenas não tem correlação significativa com a escala de Coesão familiar. Já a Satisfação por compaixão, está associada negativamente com a ansiedade, tristeza e estresse, burnout e estresse traumático secundário, em correlações fracas. Apresentando, correlações positivas com todos os fatores de Resiliência, conforme pode ser verificado na tabela 3.9.

Ao se investigar a associação entre a nacionalidade e ter apoio psicológico ou não, através do teste qui-quadrado, verificou-se que há diferenças significativa,  $\chi^2 (1) = 9.98$ ,  $p = .002$ . Em Portugal, a maioria não está tendo acesso a apoio psicológico (84.0%), e no Brasil, a sua maioria também não tem acesso (64.3%), todavia há mais profissionais brasileiros que procuram ajuda.

#### *3.4.7 Relação de diferenças entre os fatores de Resiliência e as subescalas da Qualidade de vida profissional em função do Inventário de atuação e preocupação*

De forma a elaborar uma exploração acerca das diferenças na resiliência e na qualidade de vida, entre algumas variáveis do Inventário de atuação e preocupação na pandemia da covid-19, foi utilizado o teste de *Mann-whitney*, teste não paramétrico, podendo ser verificando na tabela 3.10.

Não foram encontradas diferenças significativas, entre a presença ou não de preocupação da contaminação por covid-19, em função dos fatores de resiliência. Porém, em relação com a qualidade de vida profissional, os resultados permitiram perceber uma diferença estatisticamente significativa apenas na subescala de burnout ( $U= 2516.000$ ,  $p= .014$ ), e estresse traumático secundário ( $U=2529.000$ ,  $p= .015$ ), sendo, a maior média nos profissionais que se preocupam com a contaminação da covid-19, respetivamente ( $OM=122.48$ ;  $122.42$ ). Através do teste qui-quadrado, percebeu-se que não há associação entre a percepção de preocupação e as nacionalidades.

**Tabela 3.10**

*Análise das diferenças das médias obtidas nas subescalas da Qualidade de Vida Profissional e nos fatores de Resiliência em relação ao autorrelato dos participantes a cerca da saúde mental e atuação, preocupação e autoavaliação profissional*

	SC	BO	ETS	Percepção de si mesmo	Planeamento Futuro	Competência Social	Coesão Familiar	Recursos Sociais
<b>Atuar na linha de frente covid-19</b>								
Sim	111.09	139.13*	136.90*	118.37	118.14	116.56	129.37*	122.50
Não	122.61	103.91*	105.40*	117.75	117.90	118.96	110.42*	115.00
<b>Preocupar-se com a contaminação pela covid-19</b>								
Sim	115.91	122.48*	122.42*	116.17	116.14	120.66	119.79	118.53
Não	130.38	91.50*	91.88*	128.81	129.01	102.01	107.40	114.85
<b>Considerar importante a atuação profissional</b>								
Sim	121.23*	117.86	118.03	118.66	120.86*	118.58	119.48	118.66
Não	76.56*	119.68	117.65	109.53	81.26*	110.50	99.0	109.59
<b>Acreditar que a atuação faz diferença</b>								
Sim	120.86*	117.65	116.90	119.09	120.34*	118.76	119.20	118.36
Não	46.17*	126.83	145.61	90.56	59.22*	98.89	87.94	109.05
<b>Acreditar que a minha atuação irá beneficiar a minha vida</b>								
Sim	134.37*	105.96*	114.63	124.63*	130.57*	125.54*	123.96*	125.18**
Não	74.26*	150.18*	126.99	100.27*	84.41*	97.84*	102.08*	98.83*

Nota: \*p<.05

Ao se investigar se há relação entre a preocupação em contaminar com estar atuando ou não na linha de frente da covid-19, por meio do teste do qui-quadrado, há uma associação significativa,  $\chi^2(1) = 12.20$ ,  $p = .000$ . Enquanto nos profissionais que atuam, a maioria (95.7%) dos profissionais refere sentir-se preocupado em contaminar-se com a covid-19, os que não atuam, a maioria (78.7%) dos profissionais também refere que se sentem preocupados em contaminar. Vê-se que há presença de preocupação entre os profissionais que estão atuando e os que não estão na linha de frente da pandemia da covid-19.

Há diferenças significativas entre os profissionais que atuam diretamente com utentes covid-19, dos que não atuam, ao nível do burnout ( $U = 4641.000$ ,  $p = .000$ ) e estresse traumático secundário ( $U = 4850.500$ ,  $p = .000$ ). Os profissionais que atuam diretamente, possuem maiores médias nestes dois sintomas, sendo respetivamente (OM=139.13, 136.90). Já referente à resiliência, o único fator que apresentou diferenças, foi ao nível da Coesão familiar ( $U = 6491.500$ ,  $p = .036$ ), sendo, maior nível neste fator dos que atuam na linha de frente da covid-19 (OM=129.37).

Considerar a atuação importante relaciona-se com o nível de Satisfação por compaixão, pois, por meio do teste de Mann-whitney, identificou-se diferenças ( $U= 1148.500$ ,  $p= .009$ ), onde aqueles que consideram importante sua atuação, alcançaram médias mais elevadas ( $OM=121.23$ ). Quanto a resiliência, apenas no fator de Planeamento do Futuro ( $U= 1228.500$ ,  $p= .020$ ), sendo que, aqueles que consideram importante sua atuação, possuem ordem média superior ( $OM=120.86$ ), do que aqueles que não consideram. Este mesmo fenômeno, foi encontrado quando investigado, se há diferenças, quanto aos profissionais acreditarem que a sua atuação profissional faz alguma diferença, se sim, há maior nível na Satisfação por compaixão ( $U= 370.500$ ,  $p= .001$   $OM=120.86$ ), e maior em Planeamento do futuro ( $U= 488.000$ ,  $p= .008$ ,  $OM=120.34$ ). Não havendo mais outras diferenças significativas.

Seguindo com a investigação, os profissionais que acreditam que sua atuação irá beneficiar sua vida pessoal, obtiveram maiores níveis de Satisfação por compaixão ( $U= 2672.500$ ,  $p= .000$   $OM=134.37$ ). Também os que não acreditam, tem maiores níveis de Burnout ( $U= 3412.500$ ,  $p= .000$   $OM=150.18$ ). Quanto à resiliência, em todos os fatores, há maiores níveis nos profissionais que acreditam que a atuação irá beneficiar sua vida, em Percepção de si mesmo ( $U= 4337.500$ ,  $p= .014$   $OM=124.63$ ), Planeamento do futuro ( $U= 3322.500$ ,  $p= .000$   $OM=130.57$ ), Competência social ( $U= 4182.000$ ,  $p= .005$   $OM=125.54$ ), Coesão familiar ( $U= 4453.000$ ,  $p= .028$   $OM=123.96$ ), e Recursos sociais ( $U= 4245.000$ ,  $p= .008$   $OM=125.18$ ).

Ao ser investigado se os profissionais que pudessem se recusar em atuar na pandemia, teria diferenças quanto a resiliência e a qualidade de vida profissional, percebeu-se que não há diferenças significativas em nenhum deles. Ou seja, escolher atuar ou não, não demonstrou ser uma variável considerável.

### **3.5 Discussão**

A configuração geral da Qualidade de Vida Profissional em relação às subescalas desta amostra tem valores próximos em comparação com o estudo de validação de Carvalho e Sá (2011) em uma amostra portuguesa, todavia, neste estudo houve aumento da percentagem da amostra no nível alto da satisfação por compaixão, e aumento também da percentagem da amostra no nível moderado de burnout e estresse traumático secundário.

Já em relação a população brasileira, nos estudos de validação, não são fornecidas a distribuição dos resultados em níveis, como proposto por Stamm (2010), portanto será considerado o estudo de Arena et al. (2019). Na subescala satisfação por compaixão neste estudo, obtiveram maior percentagem dos profissionais no nível alto de satisfação por

compaixão, e maior percentagem também no nível moderado em burnout e estresse traumático secundário. Assim, se percebe um fenómeno parecido nas duas nacionalidades, e o mesmo foi percebido em estudos da Coreia do Sul e Espanha (Lee et al., 2021; Dosil et al., 2020; Ortega-Galán et al., 2020).

Os resultados em relação aos níveis moderados de burnout e estresse traumático secundário, não estão relacionados apenas ao contexto da pandemia, pois os profissionais de cuidados intensivos, muitas vezes trabalham com falta de pessoal; relatando horas extras e carga de trabalho exaustivas, devido à própria natureza imprevisível de sua atividade (Gualano et al., 2021). Nesse sentido, o estudo com profissionais da saúde do departamento de emergência dos EUA, apontou a maioria dos profissionais obtendo nível moderado e alto em burnout e estresse traumático secundário, antes da pandemia pela covid-19 (Cantu & Thomas, 2021).

Esta investigação indicou um resultado importante, no que se refere à maioria dos participantes se encontrarem no nível alto de satisfação por compaixão, o que nos mostra que embora os profissionais reconheçam o nível de estresse associado ao seu trabalho, percebem também que, este oferece recompensas significativas, que de alguma forma, superam o estresse e mitigam a exaustão (Dosil et al., 2020). Essa percepção ocorre através do autorrelato da maioria dos participantes se perceberem confiantes em saber proteger-se a si mesmo, os utentes e seus familiares. Acrescenta-se a isso, a maioria percebeu-se confiante nas suas próprias habilidades em responder com eficácia aos deveres exigidos na assistência, mesmo a maioria dos participantes não se sentirem seguros quanto à infeção por covid-19 no ambiente de trabalho.

O nível alto de satisfação por compaixão também pode ser explicado, a partir da percepção de quase todos os profissionais ao considerarem a sua atuação importante e reconhecerem que esta faz diferença no contexto pandémico, principalmente em relação aos aspetos da saúde do utente, o cuidado humanizado no âmbito emocional e a responsabilidade profissional. Assim como, o reconhecimento da própria contribuição profissional está associado também, a maiores níveis no fator de resiliência no Planeamento futuro, ou seja, uma visão mais otimista do futuro. Nesse mesmo sentido, a maioria dos profissionais percebeu benefícios em atuar no contexto pandémico, no que se refere principalmente aos aspetos do desenvolvimento humano e profissional. Sendo que, acreditar que a atuação irá beneficiar a vida, relacionou-se com nível mais alto de satisfação por compaixão, e também maiores médias em todos os fatores de resiliência.

Os profissionais de saúde foram considerados heróis pela sociedade, tendo o apoio emocional de um grande número de pessoas que valorizaram e reconheceram o trabalho desses

profissionais, aspeto que também colaborou para a satisfação no trabalho. Esta validação social atua de forma satisfatória para prevenir o aparecimento do esgotamento e da fadiga por compaixão, especialmente, pois, diminuiu a despersonalização, e pode promover a realização pessoal, que são fatores de risco do burnout (Pérez-Chacón et al., 2021). Também a satisfação por compaixão apresenta-se alta, possivelmente devido a motivação para aliviar o sofrimento dos utentes e devido ao seu reconhecimento social percebido (Ruiz-Fernandes et al., 2020).

O autor Ruiz-Fernandes et al. (2020; 2021) então, postula que em situações em que o sofrimento é palpável e visível, pode surgir a compaixão, entendida como a sensibilidade ao sofrimento do outro, juntamente com o compromisso de prevenir e amará-lo. Visto que, a compaixão envolve a sensibilidade, reconhecimento, ressonância emocional, preocupação empática e tolerância pelo sofrimento do outro, juntamente com a motivação e a ação para aliviá-lo. Assim, de alguma forma, em face dessas circunstâncias, alguns profissionais foram capazes de se conectar fortemente com sua própria motivação intrínseca para cuidar e obter satisfação com a compaixão, por meio do comprometimento ativo com os utentes.

Congruente a este fenómeno, constatou-se nos participantes, um nível acima da média no total do índice de resiliência, evidenciando que as pessoas mais resilientes apresentam índices de qualidade de vida mais elevados e foram caracterizados por um desenvolvimento psicologicamente saudável (Palma-García e Hombrados-Mendieta, 2013).

Neste estudo obteve em quase todos os fatores da resiliência correlação negativa com a percepção de estresse, ansiedade, tristeza, e ainda com os níveis de burnout e estresse traumático secundário. Por outro lado, maiores níveis nesses fatores potencializam a satisfação por compaixão. Dessa forma, percebemos que o desenvolvimento da resiliência, colabora para a satisfação por compaixão e atenua sintomas psicológicos, congruente com a literatura, em que há associações negativas entre os fatores de resiliência com depressão e ansiedade (Hjemdal et al., 2011), e também com desesperança e sofrimento psicológico (Capanna et al., 2015).

Na pandemia, os profissionais espanhóis também apresentaram relação de satisfação por compaixão significativamente positiva com empatia e resiliência, e negativa com burnout. Possivelmente pode-se entender que aceitar e adaptar-se diante do sofrimento, permitirá aos profissionais dar sentido às experiências que enfrentam diariamente (Duarte, 2017; Ruiz-Fernandez et al., 2021).

A resiliência torna-se então, o meio pelo qual algumas pessoas diante das adversidades, traumas e dificuldades vivenciam crescimento na vida pessoal, em que as vidas recuperam um novo significado (Vázquez, et al., 2009). Dado que, as pessoas resilientes têm várias

características comuns: adaptabilidade, baixa suscetibilidade, enfrentamento eficaz, capacidade de resistir à destruição, comportamentos de vida positivos e habilidades cognitivas (De la Paz et al., 2016). Assim, tanto os recursos pessoais, familiares e sociais como as adversidades e seus desafios, estão relacionados a fatores de proteção e risco (Elez & Garcia, 2018).

No que diz respeito às características destes profissionais que mais contribuíram para a resiliência, primeiramente identificou-se que o único fator, que apresentou diferenças significativas entre o género, foi no Planeamento do Futuro, tendo as mulheres, médias mais elevadas. Diferentemente dos demais estudos onde as mulheres obtiveram maiores médias no fator dos Recursos Sociais, nos países Brasil, Bélgica e Portugal (Hjemdal et al., 2009; Hjemdal et al., 2011; Pereira et al., 2013). Já os homens, na população brasileira, tendem a se destacar a níveis mais altos no fator da Perceção de si mesmo (Hjemdal et al., 2009). Tal diferença na literatura em relação ao nosso estudo evidencia o impacto do contexto atual, sobre o esperado na expressão da resiliência em relação ao sexo.

O fator do Planeado do futuro, ao qual as mulheres obtiveram maiores médias, se refere à medida na qual um indivíduo detém uma visão otimista do próprio futuro, a certeza de que pode ser bem-sucedido, a habilidade de planeamento e o estabelecimento de metas claras e alcançáveis. A noção expressa neste fator é de atuação no presente, visando a objetivos de médio e longo prazo (Pereira et al., 2013). Sendo assim, observa-se que neste contexto, possivelmente as mulheres, apresentaram maior capacidade de se manterem otimistas, e maior capacidade de organizar perspetivas futuras.

Já em relação a qualidade de vida profissional, apenas na satisfação por compaixão, obteve diferenças significativas em função dos géneros, sendo os homens com maiores níveis nesta subescala. Resultado diferente de demais estudos, como na Itália, Espanha e Paraguai, em que obtiveram diferenças significativas nas subescalas do burnout e estresse traumático secundário, sendo as mulheres com níveis mais elevados (Ramaci et al., 2020; Buselli et al., 2020), assim como níveis mais elevados, em todos os sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Ortega-Galán et al., 2020; Dosil et al., 2020; Samaniego et al., 2020). As médias mais altas dos homens na satisfação por compaixão é um fenómeno que está de acordo com a literatura de género, pois, as mulheres apresentam maior sensibilidade e menor tolerância às emoções negativas, do que os homens (Buselli et al., 2020). Pode ser explicado também, pela capacidade empática das mulheres de se identificarem com os seus utentes e absorverem os seus medos e traumas (Borges et al., 2019), comprometendo assim, o sentimento de satisfação por compaixão.

Retomando os fatores de resiliência, o Planejamento do Futuro foi o único fator da resiliência que apresentou diferenças significativas em função das nacionalidades, sendo, os profissionais brasileiros, os que apresentaram valores superiores. Congruente a isto, na Qualidade de vida profissional, os brasileiros também apresentaram maior satisfação por compaixão, do que os portugueses. Estes resultados podem ser explicados uma vez que a população brasileira possui elevado índice de otimismo, segundo a Pesquisa Global de Otimismo, conduzida pela empresa internacional de pesquisa e dados de mercado YouGov (Agência Brasil, 2019). O otimismo e a perspectiva futura, são aspetos também apontados pela literatura, como fatores protetores da resiliência, como no estudo com população mexicana (Elez & Garcia, 2018).

Outro fator destacado por Elez e Garcia (2018) como protetor da resiliência, diz respeito ao relacionamento interpessoal, constatado também neste estudo, em que houve diferenças entre o grupo de casados e do grupo de solteiros, nos fatores: Percepção de si mesmo; Planejamento do futuro; Coesão familiar e Recursos sociais. Sendo, o grupo dos casados, os que obtiveram médias mais elevadas em todos estes fatores de resiliência. Em estudos anteriores com a população portuguesa, os participantes casados e/ou união de facto também apresentaram níveis mais elevados principalmente, na Coesão Familiar e no Estilo estruturado, mas em termos gerais, também, níveis mais elevados em todo os fatores, com exceção dos Recursos Sociais (Pereira, 2013). Este último fator, diferente desta pesquisa, apareceu mais elevado também, no grupo dos participantes casados.

O relacionamento estável como fator importante para fomento da resiliência, pode ser compreendido, uma vez que, sendo casadas, às pessoas podem ter a percepção de terem maior apoio emocional e suporte. Além do mais, a pandemia pela covid-19, gerou uma maior valorização familiar e aproximação, pelo risco de perder a vida. Vale acrescentar, que a própria formação e permanência da relação, como pontua Minuchin (1985), é promotora de resiliência, pois, em toda relação conjugal há momentos de crise, isto é, momentos que permitem transformações e evoluções na estruturação e consolidação do relacionamento. Dessa forma, a crise é simultaneamente ocasião de risco de dissolução, mas também meio para o crescimento. Logo, por estar dentro de uma estrutura conjugal, as pessoas precisam ter encontrado certa flexibilidade, ajuste e superações, para manter uma relação estável.

Segundo Sardinha e Féres-Carneiro (2020) para que um casamento sobreviva e seja vivido com satisfação e qualidade, são necessárias competências. Estas parecem permitir que o indivíduo ou o casal tenha atitudes e comportamentos que atenuem o impacto dos eventos

estressantes, e potencializem o aparecimento de recursos pessoais e conjugais de enfrentamento. Sendo assim, as pessoas casadas, como aponta a nossa pesquisa, podem desenvolver em si mesmas mais recursos resilientes, o que explica o grupo de casados ter alcançado médias mais elevadas em quase todos os fatores de resiliência em comparação ao grupo de solteiros.

Em coerência ao exposto, o estado civil de solteiro obteve maiores médias no nível de burnout do que em relação aos casados. O que mais uma vez, sugere que estar solteiro pode representar um fator de risco para o desenvolvimento do burnout, dado também presente em profissionais da saúde paraguaios (Samaniego et al., 2020).

Neste mesmo sentido, percebeu-se em nossa amostra, que a quantidade de filhos e a quantidade de pessoas que moram junto, estão associadas positivamente com o fator de Coesão Familiar, o que contribui para níveis superiores de resiliência.

O aspeto da idade se mostrou como outra variável significativa, por estar associada ao aumento dos níveis no fator da Perceção de si mesmo e da satisfação por compaixão. Dessa forma, as pessoas mais velhas tende a ter maior qualidade de vida profissional, e mais confiança de suas próprias capacidades, mais autoeficácia e uma visão mais positiva e realista acerca de si mesmo, que fortalece a resiliência. A evidência da relação positiva entre resiliência e idade, também se confirma em Portugal e Peru, onde também foi percebido relação do aumento da idade com diminuição da ansiedade (Morote et al., 2017; Pereira, 2013).

Durante a pandemia da covid-19, na Itália e Espanha, os profissionais mais velhos, também apresentaram níveis mais elevados de satisfação por compaixão (Ramaci et al., 2020; Dosil et al., 2020). Uma possível explicação para isso, encontra-se no aspeto que os mais jovens têm menos experiência, são mais impressionáveis e se sentem mais impactados por situações que talvez, sejam mais esperadas e conhecidas por seus homólogos mais antigos (Dosil et al., 2020). Assim como, o aumento da idade possibilita maior maturidade emocional e maior confiança em si mesmos.

Em relação aos anos de experiência de atuação profissional, também apresentou neste estudo, correlação com o fator de resiliência, também na Perceção de si mesmo, e ainda na Coesão familiar. Além disso, apresentou relação negativa com o nível de ansiedade percebido. A este fato, sugere-se que a experiência e a formação podem contribuir para o desenvolvimento da resiliência. Em congruência a isto, as experiências adversas podem contribuir para ativar ou desenvolver os fatores de proteção da resiliência, isto é, ultrapassar experiências adversas, pode

contribuir para a promoção da confiança do indivíduo nas suas próprias capacidades, e a ter uma percepção positiva de si mesmo (Morote et al., 2017).

Todavia, em relação à qualidade de vida profissional, em nosso estudo não houve diferenças em função dos anos de experiência profissional, como é descrito na literatura (Ramaci et al., 2020; Borges et al., 2019). Este fenómeno difere do observado neste estudo, pois se deve considerar, sendo um contexto de pandemia, causada por um vírus novo, e as implicações decorrentes dela, representam uma novidade para toda a equipa de saúde.

Já em relação às diferentes áreas profissionais, os enfermeiros foram os que obtiveram menores médias em relação à satisfação por compaixão, do que os médicos e nutricionistas. Assim como, os enfermeiros e médicos obtiveram a pontuação mais alta em burnout e estresse traumático secundário, em relação às outras profissões, resultado semelhante ao estudo de Samaniego et al. (2020), em que os enfermeiros apresentaram maior risco de fadiga por compaixão. Tendo em vista que, os enfermeiros na pandemia, enfrentaram uma interrupção em sua atividade cotidiana, ocupando a posição de cuidar de perto dos utentes, repentinamente privados de suas famílias, causando uma carga emocional significativa e um sentimento de inadequação (Gualano et al., 2021). Este panorama aumentou o sofrimento psicológico desses profissionais, como os sintomas de ansiedade, depressão, sensação de medo, estresse e insônia (Tranquilino et al., 2021; Dosil et al., 2020; Torres et al., 2019).

Os altos níveis no estresse traumático secundário e burnout, constatado nos médicos e enfermeiros, também se explicam pela excessiva carga horária de trabalho ao qual foram submetidos. Dado que, em nosso estudo ficou evidente a associação positiva das horas de trabalho, com a percepção de estresse, com o burnout e estresse traumático secundário.

Outro fator de risco à fadiga por compaixão, diz respeito a presença de alguma perturbação psiquiátrica pré-existente, esta alcançou níveis mais altos em burnout e estresse traumático secundário. Ao mesmo tempo em que, a ausência do diagnóstico psiquiátrico, relaciona-se a níveis mais altos em todos os fatores da resiliência, realidade semelhante à literatura (Pereira et al., 2017).

Referente à preocupação com a contaminação pela covid-19, foi possível verificar, que estar preocupado em contaminar-se, independe de estar atuando diretamente ou não, e os que alegaram estar preocupados apresentaram maior risco para a fadiga por compaixão. Assim, como há presença de maior nível de burnout e estresse traumático secundário em profissionais que estavam atuando diretamente na linha de frente da covid-19. Estudos anteriores apontaram

que a equipa médica que trata de utentes com covid-19, relatam altos níveis de ansiedade e baixos níveis de autoeficácia (Trumello et al., 2020; Dosil et al., 2020; Buselli et al., 2020).

Acrescenta-se a essa realidade, outro importante aspeto, na Itália (Trumello et al., 2020), os profissionais que pensaram em solicitar apoio psicológico, foi o dobro no grupo dos que atuaram diretamente na covid-19, do que do grupo que não trabalhava na linha de frente. Sendo a intervenção psicológica um fator que colabora na qualidade de vida profissional, confirmado neste estudo, dado que os profissionais que tinham acompanhamento psicológico obtiveram níveis mais altos de satisfação por compaixão, evidenciando o quanto a intervenção psicológica pode colaborar para o bem-estar dos profissionais. Todavia, apenas uma minoria dos profissionais, estava tendo alguma ajuda na saúde mental, em ambas as nacionalidades. Este fenómeno é comum, porque os profissionais de saúde são os que menos solicitam atendimento psicológico ou aconselhamento, devido ao preconceito e discriminação (Samaniego et al., 2020). Infelizmente, tal realidade é uma perda, pois o apoio psicológico é um dos fatores de proteção na saúde mental, que pode reduzir o impacto negativo de estresse (Chaban et al., 2021).

Frente ao exposto, a literatura sugere algumas intervenções para colaborar com a saúde mental dos profissionais, como: suporte, aulas e formação de profissionais experientes (Hui Ng et al., 2021); fomento da prática de autocuidado, autoconsciência, assistência espiritual, autocompaixão, programa de treinamento mindfulness para redução de estresse, exercício de empatia e enfrentamento ante a morte (Arena et al., 2019; Jilou et al., 2021); atividade de lazer (Borges et al., 2019); medidas para fortalecer o apoio social, compartilhamento de experiências de trabalho entre colegas, apoio e mentoria (Lee et al., 2021; Gualano et al., 2021; Cantu e Thomas 2021); exercícios de atenção plena (Ruiz-fernandez et al., 2021).

### **3.6 Considerações finais: Estudo I**

Nesta investigação com profissionais de saúde de nacionalidade brasileira e portuguesa sendo a minoria atuando diretamente com utentes covid-19, está presente na maioria dos participantes a preocupação quanto ao vírus, devido ao risco de contaminar a família, sendo que a grande maioria não teve diagnóstico de covid-19. A maior parte dos profissionais declararam considerar importante sua atuação profissional e perceber que esta atuação faz a diferença neste momento, pelo cuidado humanizado, saúde do utente e a responsabilidade profissional. A maioria dos profissionais reconheceu que sua atuação profissional irá beneficiar sua vida, nos aspetos do desenvolvimento pessoal e profissional, e no sentido de vida.

Os profissionais avaliaram aumento em algum grau de estresse, ansiedade e tristeza, e a maioria destes, não teve ajuda psicológica. Sendo assim, uma importante intervenção necessária em contexto como este, seria a inserção do psicólogo clínico para atendimento psicológico aos profissionais da saúde em atuação, principalmente na linha de frente.

Os participantes de ambas as nacionalidades obtiveram níveis mais altos de satisfação por compaixão, havendo destaque para os profissionais brasileiros, que também se destacaram na resiliência, no fator Planejamento futuro em relação aos portugueses. Foi percebido nível moderado de Burnout e Estresse traumático secundário, nos profissionais dos dois países, o que já evidencia alguns dos efeitos danosos da atuação na pandemia da covid-19.

Quanto à resiliência, os profissionais obtiveram no índice total, resultado acima da média, e em todos os fatores de resiliência, foram contatados médias próximas aos resultados de estudos em situação pré-pandemia. A resiliência obteve relação positiva com a satisfação por compaixão, sendo então, a resiliência um fator importante para atenuação dos prejuízos psíquicos, diante de situação adversa, colaborando para maior qualidade de vida profissional.

Quanto aos fatores de risco, percebidos em nossa amostra, que se relacionam e influenciam a fadiga por compaixão, vê-se que são eles: estar solteiro; ser médico e/ou enfermeiro; sobrecarga de horas de trabalho; presença de doença psiquiátrica; preocupação com covid-19; estar atuando na linha de frente.

Já os fatores que se relacionam a níveis mais altos de Satisfação por compaixão nos profissionais são: homens, brasileiros, médicos, ser mais velho, ter apoio psicológico, considerar a atuação importante, acreditar que sua atuação irá beneficiar sua vida e reconhecer que sua atuação faz diferença. Em congruência a isto, vemos que, os aspetos que se relacionam com a resiliência, difere muito de acordo com cada fator de resiliência. Assim, em sua maioria, vemos as variáveis que influenciam positivamente: o estado civil (casados), género (homens), nacionalidade (brasileiro), autoavaliação positiva da atividade profissional, aumento da idade e maior experiência profissional.

Considerar cada um destes fatores que podem promover a resiliência, é uma possibilidade de intervir diretamente e assim fomentar a resiliência, que irá se desdobrar em maior qualidade de vida profissional no trabalho. Por exemplo, se torna importante nos contextos de saúde, principalmente em situação de emergência, a realização de uma estrutura de apoio, formação e o acompanhamento dos profissionais de saúde menos experientes, pelos profissionais mais experientes da instituição. A fim de que, os profissionais mais jovens ou

menos experientes, possam receber amparo, não apenas técnico, mas também emocional, possibilitando o desenvolvimento da resiliência e da autoconfiança.

Para a interpretação dos resultados, vale ressaltar algumas das limitações desse estudo, primeiramente, em relação ao número reduzido de participantes de nossa amostra, que pode não ter contemplado as diferentes realidades vividas pelos profissionais. Em segundo lugar, o estudo pode não ter contemplado os profissionais que se encontram mais fragilizados, pela própria disposição dos mesmos em responder ao estudo.

Outro aspecto de limitação do estudo, se refere aos testes estatísticos realizados, em que não foi possível trabalhar os dados em termos dos testes de regressão, que colaboraria para um maior aprofundamento do estudo. A janela temporal da recolha de dados, também deve ser considerada, uma vez que, por exemplo, no contexto do Brasil, a situação pandémica se agravou ainda mais, após a finalização da recolha de dados.

Quanto às escolhas dos instrumentos utilizados, também existe a limitação do inventário de atuação e preocupação, utilizado no estudo, o qual poderia ser aprimorado em termos de estrutura, como no formato de escala Likert, a fim de oportunizar a obtenção e assim, tratamento mais adequado dos dados.

A investigação de novos estudos é indicada, para acompanhar estes profissionais a longo prazo, a fim de se perceber os reais impactos na saúde mental, após a pandemia covid-19.

A partir destas considerações, se torna palpável a necessidade de intervenções que atenuem os prejuízos na saúde mental dos profissionais da saúde, durante este período de pandemia da covid-19. Em algumas áreas principais como o fomento da compaixão, a personalização no trabalho, o sentido do trabalho, o estímulo a esperança, a regulação emocional e o cuidado humanizado. Um importante fator de resiliência do estudo, diz respeito ao planeamento futuro, o que nos indica a pertinência em situações de crise, em se manter a esperança, otimismo, objetivos e perspetivas futuras. Dimensão esta, que pode vir a ser articulada em ações de formação e sensibilização, em instituições de saúde.

O estudo evidenciou que mesmo neste momento crítico, os profissionais da saúde, apresentaram elevado níveis de satisfação por compaixão, o que pode nos indicar que por meio da resiliência, é possível que mesmo em situações de catástrofe, encontrar satisfação, realização e sentido, em exercer o trabalho profissional de cuidado.

## **4 ESTUDO II – A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA LINHA DE FRENTE NO COMBATE À COVID-19**

### **4.1 Introdução**

A pandemia causada pela covid-19 é uma emergência de saúde pública de interesse internacional desde janeiro de 2020. Sendo importante compreender o impacto desse contexto na saúde mental dos profissionais, como ansiedade, medo, depressão, insônia e baixa autoestima, e demais repercussões negativas, que não podem ser negligenciadas (Dantas, 2021; Dullius et al., 2021). Torna-se urgente então, investigar a experiência pessoal dos profissionais de saúde, a fim de perceber a possibilidade de resiliência e enfrentamento, durante a atuação na pandemia da Covid-19. Para percebermos a adaptação, os mecanismos de enfrentamento e os significados desta experiência, desenvolvemos um estudo fenomenológico.

Sendo assim, os objetivos específicos para este estudo qualitativo são:

- (1) Compreender a experiência subjetiva de cada profissional no contexto da pandemia Covid-19 na realidade do Brasil e Portugal;
- (2) Perceber a essência dos significados subjetivos associados ao fenómeno em questão durante a experiência no contexto da pandemia Covid-19 nos profissionais de saúde;
- (3) Perceber o fenómeno da resiliência no contexto da pandemia Covid-19 nos profissionais de saúde do Brasil e de Portugal;
- (4) Identificar possibilidades de adaptação e enfrentamento dos profissionais na pandemia Covid-19 nos profissionais de saúde do Brasil e de Portugal;
- (5) Explorar a possibilidade de crescimento pessoal durante a atuação no contexto da pandemia Covid-19 nos profissionais de saúde do Brasil e de Portugal;
- (6) Explorar a existência dos sentimentos de realização pessoal, sentido de vida, satisfação e singularidade dentro da experiência profissional no contexto da pandemia Covid-19 nos profissionais de saúde do Brasil e de Portugal;

### **4.2 Metodologia**

#### *4.2.1 Aprovação ética*

O projeto foi aprovado no Conselho Científico em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa em Braga (Aprovação Projeto – número 226319031).

#### 4.2.2 Amostragem

Para a realização da recolha de dados, para esta investigação qualitativa, o critério de seleção dos participantes foi não probabilístico, assim sendo, uma seleção por conveniência, sendo considerado, primeiramente, o requisito de que a pessoa tenha o desejo de transmitir a sua experiência (Jasper, 1994). Posteriormente, foi considerado também, somente profissionais que estavam atuando ou atuaram diretamente com a população infetada por corona vírus (covid-19).

De acordo com os pressupostos balizadores da análise fenomenológica interpretativa, Smith et al., (2009) sugerem a inclusão de até seis participantes para que se garanta a realização de um bom estudo, enfatizando que três possa ser um número ideal. Todavia, os autores pontuam que esse número pode variar de acordo com a complexidade e especificidades do fenômeno investigado. A definição da quantidade de participantes é apoiada no princípio geral de primar pela descrição idiográfica. Assim, um dos pressupostos para tanto, é a redução dos participantes a uma circunstância restrita, ou seja, definir critérios de inclusão e exclusão na pesquisa, de modo a garantir que os indivíduos selecionados tenham as características desejáveis de um informante-chave. Sendo assim, deve-se zelar que sejam participantes com experiência no campo e no tema específico investigado (Tombolato & Santos, 2020; Sanders, 1982; Vergara, 2009).

Segundo Richards e Morse (2012) na pesquisa qualitativa o número de participantes varia a depender do tamanho e da qualidade de informação que se pretende obter de cada participante. Em nosso estudo, por meio de entrevistas do método fenomenológico, buscou-se a “descrição das experiências vividas” de vários participantes sobre este fenômeno da experiência no combate ao covid-19, com o objetivo de alcançar a estrutura “essencial” ou os elementos “invariantes” do fenômeno, ou seja, aquilo que é o seu “significado central” (Creswell, 2010).

Assim, sendo um estudo focado, com um tópico definido, requer um número de participante reduzido (Holloway & Wheeler, 2002). Em razão disso, fez-se relevante a escolha por Amostragem teórica, em que a seleção dos participantes é direcionada pela análise emergente, conforme diferentes conceitos aparecem, o pesquisador procura participantes adicionais baseado no melhor entendimento desses conceitos e fenômenos. Neste princípio, a chave do número de participantes, foi alcançar saturação de dados, logo, a amostragem teórica continuou até ficarmos satisfeitos com a teoria sintetizada, a partir de dados e conceitos que refletem o processo investigado, até que todos os elementos de todos os temas, conceitos, e

teoria já tenham sido considerados (Richards & Morse, 2012; Holloway & Wheeler, 2002; Creswell & Poth, 2016; Driessnack et al., 2007, Huberman & Miles, 1994). Dessa forma, as entrevistas foram finalizadas no momento em que os dados empíricos possibilitaram tal objetivo de compreensão do fenômeno investigado.

#### 4.2.3 Participantes do estudo

Nesta etapa do estudo, foram entrevistados 14 profissionais da saúde, todavia, foram incluídos apenas 6 participantes destes, pelo critério de estar em atuação diretamente na linha de frente de enfrentamento ao covid-19. Estas profissionais atuam em hospitais no setor de cuidados intensivos. As seis participantes são do sexo feminino, de nacionalidade brasileira e portuguesa, faixa de idade entre 30 a 40 anos, em que três delas são casadas, tendo dois filhos e três delas são solteiras, como pode ser observado na tabela 4.1. Na data de realização da entrevista, apenas uma das profissionais não havia ainda recebido a vacina para covid-19. Dentre as profissionais que compõe o estudo, apenas três delas fazem acompanhamento psicológico, sendo que estas, desenvolveram e ou agravaram, durante a atuação na pandemia da covid-19, alguém quadro psicológico ou físico.

A participante P1, tem 40 anos, brasileira, mora na cidade de Belo Horizonte, é médica, casada, tem dois filhos. A participante atuou em dois hospitais, público e privado, no atendimento de tratamento de terapia intensiva, até o período da entrevista a participante não havia tomado a vacina. A mesma mudou sua atuação profissional porque engravidou, até o momento estava fazendo acompanhamento psicológico.

**Tabela 4.1**

*Características sociodemográficas das participantes do estudo qualitativo*

Características	P1	P3	P8	P12	P13	P14
Idade	40	31	31	34	33	37
Nacionalidade	Brasil	Portugal	Brasil	Brasil	Brasil	Brasil
Cidade	Belo Horizonte	Porto	Salvador	Belo Horizonte	São Paulo	Belo Horizonte
Estado civil	Casada	Solteira	Solteira	Casada	Solteira	Casada
Filhos	2	0	0	2	0	2
Profissão	Médica	Enfermeira	Médica	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta

A participante P3, tem 31 anos, portuguesa, mora na cidade do Porto, é enfermeira, solteira, vive sozinha. A participante atua em hospital público, no atendimento de tratamento de terapia intensiva, já havia sido vacinada, até o período da entrevista a profissional não teve ainda o apoio psicológico.

Participante P8, tem 31 anos, brasileira, mora na cidade de Salvador, é médica, solteira e vive sozinha. A participante teve infetada por covid-19, e posteriormente foi vacinada. A participante desenvolveu burnout no período de atuação da pandemia, sua mãe faleceu durante a pandemia por infarto. A participante atua em hospital público no atendimento de terapia intensiva e em um hospital de oncologia. Esta, estava tendo tratamento psicológico e medicamentoso.

A participante P12, tem 34 anos, brasileira, mora na cidade de Belo Horizonte, é fisioterapeuta, casada, tem 2 filhos. A participante atua em dois hospitais público e particular, no atendimento de tratamento de terapia intensiva, já havia sido vacinada. A participante desenvolveu compulsão alimentar durante a sua atuação, portanto faz tratamento psicológico.

Participante P13, tem 33 anos, brasileira, mora na cidade de São Paulo, é fisioterapeuta, solteira e vive com os pais. A participante é professora em pós-graduação e atua em hospital privado, no atendimento de tratamento de terapia intensiva, já havia sido vacinada. Durante a atuação, esta teve agravamento da doença cardíaca com arritmia descompensada.

A participante P14, tem 37 anos, brasileira, mora na cidade de Belo Horizonte, é casada, tem dois filhos. Ela atua em dois hospitais, particular e privado, no atendimento de tratamento de terapia intensiva, já havia sido vacinada. Até o período da entrevista a profissional não teve ainda o apoio psicológico.

#### *4.2.4 Instrumentos*

Tendo em conta os objetivos e paradigma fenomenológico do estudo, utilizou-se a entrevista semiestruturada, que é um instrumento fundamental na investigação científica em Psicologia. Sendo, a entrevista semiestruturada como um guia temático que favorece o encontro, e apesar de ser um roteiro composto por questões já conhecidas para serem propostas, as respostas não estão preditas (Lima, 2016). Dessa forma, a entrevista semiestruturada é um instrumento eficaz para obtenção de informação daquilo que é subjetivo e para conhecer o contexto onde se insere o representante. Combina perguntas fechadas e abertas, permitindo ao entrevistado maior liberdade de expressão (Batista et al., 2017).

O guião da entrevista semiestruturada deste estudo foi desenvolvido pela equipe de psicólogos do estudo principal para este fim específico, encontra-se em anexo (Anexo I). Vale ressaltar, que foi construída a versão do guião da entrevista a fim de resguardar as variações semânticas para a população brasileira e para a população portuguesa.

Os tópicos que constam na entrevista semiestruturada envolvem:

- Compreensão que os entrevistados têm a respeito das experiências relacionadas à sua atuação profissional durante a pandemia covid-19;
- Percepção sobre sua própria participação no cuidado e enfrentamento da covid-19;
- Percepção frente às temáticas de responsabilidade e dever em relação à sua atuação profissional;
- Compressão dos significados e sentidos dados para a experiência pessoal;
- Compreensão das possibilidades de realização pessoal, adaptação e crescimento pessoal em contexto de crise;
- Percepção do impacto da experiência no contexto da pandemia da covid-19 para a história de vida;
- Percepção da contribuição profissional para o momento de crise da pandemia da covid-19;
- Sugestão para resolução dos problemas investigados e observações livres a respeito de sua participação no projeto de pesquisa.

Em conjunto à entrevista semiestruturada, foi aplicado também um breve questionário sociodemográfico, a fim de se obter a caracterização dos participantes em questão, como cidade, estado civil, idade, filhos, profissão e área de atuação.

#### *4.2.5 Procedimentos*

Esta investigação qualitativa teve a recolha de dados sendo realizada alguns meses após a finalização da recolha de dados da investigação anterior. Além disso, alguns dos participantes da primeira etapa, se voluntariaram para a investigação na segunda etapa. Para obter maior possibilidades de participantes para esta investigação, foi divulgada a pesquisa em redes sociais, como Facebook e Instagram, a fim de despertar o interesse do público-alvo.

A recolha então, ocorreu entre os meses de Janeiro de 2021 a Maio de 2021, totalizando cinco meses de recolha de dados, sendo o critério de seleção desses participantes por conveniência.

As participantes que foram adequados aos critérios descritos acima, foram contactados via email ou telefone, onde os mesmos foram informados quanto aos procedimentos da investigação. Quando, os profissionais foram contactados e aceitaram a participar do estudo, foi oferecido aos mesmos um termo de consentimento (Anexo H), para a autorização, através de uma declaração via email, da realização da entrevista e da consequente gravação de áudio das mesmas. Neste momento, autorizado, foi então agendado, conforme disponibilidade do pesquisador e do participante, realizando-se a entrevista individual, via recurso online, na

plataforma Zoom. Para a análise dos dados da segunda etapa, foi utilizada a Análise Fenomenológica Interpretativa, descrita por Smith, Flowers e Larkin (2009).

Na análise das entrevistas, para contemplar algumas especificidades, mas sem perder a essência do fenômeno estudado, usou-se como parâmetros de exclusão dos subtemas, aqueles percebidos em apenas um participante, conforme pode ser observado detalhadamente em anexo (anexo K), em que consta a elaboração do quadro com os domínios centrais da experiência e os respectivos temas e subtemas.

### **4.3 Procedimentos da Análise dos dados**

Com base no objetivo de perceber o essencial das experiências dos profissionais da saúde no enfrentamento da pandemia pela Covid-19, a investigação da segunda fase do estudo, foi realizada pelo método da análise fenomenológica interpretativa.

A Análise Fenomenológica Interpretativa é uma abordagem desenvolvida na segunda metade da década de 1990 para subsidiar a pesquisa qualitativa, experiencial e psicológica. É originária do campo da psicologia, mas também tem sido adotada progressivamente nas ciências humanas, sociais e de saúde. Esse referencial teórico-metodológico tem o propósito de investigar como as pessoas dão sentidos às suas experiências de vida mais significativas (Smith et al., 2009). A Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI) é uma proposta recente de sistematização da investigação científica em pesquisa qualitativa, que se insere também no paradigma fenomenológico.

A AFI é baseada em conceitos e articulações de três correntes intelectuais: fenomenologia, hermenêutica e idiografia. Além disso, em relação à abordagem da Psicologia Fenomenológica proposta por Amedeo Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010), considerada a mais tradicional no campo da Psicologia, ambas são similares pois tentaram operacionalizar a fenomenologia para a psicologia e, nesse empreendimento intelectual, realizaram transformações que foram necessárias quando se transpõe as contribuições oriundas da filosofia para a psicologia. A diferença mais importante é que Giorgi propôs uma articulação mais próxima ao método fenomenológico de Husserl, enquanto, a AFI utilizou um corpus mais abrangente de autores do campo da fenomenologia, sem a intenção de operacionalizar qualquer uma das correntes que tomou em consideração. Outra diferença fundamental é que a AFI é, maioritariamente, interpretativa, já a Psicologia Fenomenológica de Giorgi é descritiva (Giorgi & Sousa, 2010; Smith et al., 2009; Tombolato & Santos, 2020).

Este método de análise é fenomenológico, na medida em que se refere à investigação da experiência do ser humano em todos os seus variados aspectos, especialmente em termos das coisas que constituem o mundo vivido. Assim, a experiência também pode ser compreendida como vivência. Nesse sentido, considera-se vivência como a percepção que o ser humano tem de suas próprias experiências, atribuindo-lhes significados, carregados de sentimento. Logo, os investigadores da análise fenomenológica interpretativa estão interessados justamente naquilo que acontece quando o transcorrer das experiências de vida assume um significado particular para as pessoas (Smith et al., 2009).

Assim, os autores chamam a atenção para a existência de uma hierarquia de experiências, na qual o nível mais básico representaria a ausência de consciência própria acerca da absorção no fluxo cotidiano da experiência. Assim, na medida em que cada pessoa torna consciente do que está acontecendo, tem o início do que pode ser descrito, pelos autores, como uma vivência. Quando as pessoas estão envolvidas em uma experiência de algo maior em suas vidas, independentemente de ela ser valorada como positiva ou negativa, elas começam a refletir sobre o significado do que está acontecendo, e a pesquisa na AFI tem por objetivo envolvê-las nessas reflexões (Larkin et al., 2006).

Nas pesquisas inspiradas na AFI, as tentativas de compreender as relações das pessoas com o mundo são necessariamente interpretativas, e vão focalizar as suas tentativas de atribuir significado para as atividades e coisas que acontecem com elas, na medida em que acontecem. Por esse motivo, é necessário discutir o segundo campo de conhecimento que informa a AFI, a hermenêutica, que focaliza a questão da interpretação propriamente dita.

A hermenêutica contribui para moldar visões teóricas na AFI, ou seja, a tentativa do participante de dar sentido ao que está acontecendo consigo, leva o pesquisador a uma perspectiva interpretativa, portanto, orientada pela hermenêutica. Compreendendo que os seres humanos são criaturas “produtoras de sentido”, os relatos que os participantes apresentam vão refletir as suas tentativas de dar sentido às suas experiências. Desse modo, a AFI também reconhece que o acesso à experiência é sempre dependente daquilo que as pessoas relatam sobre suas experiências, e que o pesquisador caminha no sentido de interpretar o relato do participante, para se aproximar da compreensão de sua experiência (Smith et al., 2009). Assim, o processo de dar sentido – é parte da tarefa do pesquisador – na medida em que o investigador tem acesso apenas à experiência do participante por meio de seu próprio relato (Tombolato & Santos, 2020).

Por outro lado, a AFI compromete-se com a investigação detalhada de um caso em particular. Almeja conhecer em detalhe como é a experiência e o sentido que uma pessoa, em particular, atribui ao que está acontecendo com ela. Por isso, afirma-se que a AFI é idiográfica (Smith et al., 2009). A AFI está comprometida com o particular em dois níveis: o particular em detalhes com análise em profundidade, e o conhecer como determinado fenômeno foi compreendido da perspectiva particular de uma pessoa, em um contexto específico. Com isso, os estudos com a AFI normalmente têm um número condensado de participantes. O objetivo não é sistematizar o modo como um número extenso de indivíduos opera para atribuir sentido às suas vivências, mas revelar algo sobre a experiência de cada um (Tombolato & Santos, 2020).

A análise na AFI pode ser dividida em dois níveis ou fases (Finlay, 2011): Larkin, Watts e Clifton (2006) afirmaram que o objetivo na fase inicial da análise AFI, referida como análise de primeira ordem, é desenvolver um relato descritivo de fenômenos através dos olhos dos participantes. O foco nesta fase é entender o que é importante para os participantes, com atenção a eventos específicos, relacionamentos particulares, valores essenciais e assim por diante (Larkin & Thompson, 2011). Os pesquisadores também registam comentários exploratórios, expressões emocionais, e quaisquer padrões linguísticos notáveis (por exemplo, pausas, metáforas, tom).

Na análise de segunda ordem, os pesquisadores vão além da descrição pura em direção à interpretação, explorando o significado que os participantes dão aos aspectos de suas histórias (Larkin & Thompson, 2011). Pesquisadores examinam uma lente mais ampla, considerando a descrição inicial dentro da sociedade, estrutura cultural, estrutura teóricas. Durante esta fase da análise, pesquisadores da AFI conduzem uma dupla hermenêutica, tentando fazer sentido dos participantes, dando sentido às suas experiências (Schmidt, 2012).

Smith, Jarman e Osborn (1999) sugeriram que os pesquisadores se perguntassem “O que a pessoa está tentando alcançar aqui? ”, “Há algo vazando aqui, isso não era pretendido? ” e “Tenho a sensação de que algo está acontecendo aqui, que talvez os próprios participantes estejam menos cientes? ” como exemplos de maneiras pelas quais os pesquisadores podem explorar o componente interpretativo das expressões dos participantes. Smith (1996) enfatizou que tal interpretação é sempre especulativa, e devem ser apresentadas de tal maneira.

#### Descrição das Fases da Análise:

1. Primeiro olhar aos dados. Este passo inicial consistiu em escutar e reler as entrevistas. Nesta fase iniciou-se a busca por estabelecer as primeiras conexões entre as ideias dos entrevistados. Ler e reler - mergulhar nos dados originais. Início da construção de notas

iniciais, com associação e exploração do conteúdo semântico (por exemplo, escrever notas na margem).

2. Verificação contextual. Esta fase foi realizada em diferentes passos, iniciando-se com atenção ao que já foi percebido, detalhado e anotado. O foco nesse momento remeteu-se à linguagem. Foi realizado comentários descritivos tais como frases, palavras-chaves ou explicações, comentários linguísticos e conceituais foram atentamente observados e a partir desse olhar pode-se realizar a desconstrução da leitura, ou seja, cada parágrafo foi lido separadamente, oferecendo a cada trecho da entrevista atenção especial. Assim, as anotações iniciais foram revistas após essa leitura.

3. Formulação de Temas. Foram identificados temas importantes, recorrentes, diminuindo assim o volume de informações. O desenvolvimento de temas emergentes - com foco em fragmentos de transcrição e análise de notas feitas em temas.

4. Conexão entre temas. Estabelecimento de conexões entre temas, procurando conexões entre temas emergentes - abstraindo e integrando temas.

5. Análise das demais entrevistas. Seguindo Smith, Flowers e Larkin (2009), a entrevista inicial e a sua construção analítica fundamentaram a análise das entrevistas seguintes. Passando para o próximo caso - tentando colocar os temas anteriores entre parênteses e mantendo-o aberto-disposto a fazer justiça à individualidade de cada novo caso

6. Relações foram buscadas, a fim de perceber conexões entre todas as entrevistas, visualizando os temas e sentidos estabelecidos. Verifica-se então, padrões nos temas, permitindo a construção de tabelas temáticas gerais. Procurando padrões entre os casos - encontrando padrões de ordem superior compartilhada qualidades entre os casos, observando instâncias idiossincráticas

7. Elaboração da Discussão: A partir dos tópicos temáticos, a construção da discussão construídas por meio da associação entre temas-padrões. Elaborado a partir de Smith, Flowers e Larkin (2009) Levando as interpretações a níveis mais profundos - aprofundando a análise utilizando metáforas e referentes temporais, e importando outras teorias como uma lente através do qual visualizar a análise.

Para o procedimento de validade do estudo, optamos pelo modelo crítico, pois segundo Miller e Creswell (2000), os pesquisadores precisam divulgar o modo como os dados foram analisados. Assim, os procedimentos de validade da pesquisa qualitativa de acordo com o paradigma crítico, aponta que o pesquisador, é reflexivo, ou seja, ele revela suas suposições,

crenças e vieses sobre determinado estudo; referente aos participantes, exige-se a colaboração dos mesmos em alguma medida, como co-pesquisadores, ao criar uma relação de respeito e não de marginalização. Já, referente às pessoas externas ao estudo, contempla-se o *peer debriefing*, isto é, verificação em pares. Realiza-se uma revisão dos dados e do processo de pesquisa feita por alguém que é familiar ao tema (Miller & Creswell 2000).

Dessa forma, quanto ao aspecto de participação ativa dos participantes, optamos para a realização das entrevistas, inicialmente a estratégia de uma entrevista piloto, que auxiliou na estruturação final do guião da entrevista semiestruturada, retirando alguns possíveis vieses, perguntas que fugiam aos objetivos propostos, redução do tempo de entrevista e adequação à realidade verificada. Sendo assim, após a revisão final do guião da entrevista semiestruturada, foram realizadas as entrevistas, mas durante a aplicação da mesma era ainda favorecido ao participante a liberdade em propor temas, perceber a pertinência das questões e livremente abordar experiências e realidades não contempladas nas questões, o que possibilitava a cada entrevista nova, possibilidades de aprofundar o sentido dado à experiência investigada

O outro procedimento realizado, diz respeito à validação da análise das entrevistas, em que priorizou-se a revisão de todas as fases da análise da pesquisa qualitativa, bem como cada um dos temas emergentes, pela escolha de um pesquisador externo. Este, não realizou as entrevistas, mas comungando dos mesmos pressupostos teóricos, acompanhou todo o processo da pesquisa, realizando um consenso quanto a codificação das transcrições das entrevistas e as conclusões do estudo (Merriam, 1998).

Além disso, o método de triangulação é frequentemente utilizado para demonstrar validade em pesquisas científicas (Gunther, 2006). A triangulação implica a utilização de abordagens múltiplas a fim de evitar distorções devido a um método, uma teoria ou um pesquisador. Ela visa controlar vieses e enriquecer constatações, bem como confirmar e reafirmar validade e confiabilidade. Na triangulação o enfoque é metodológico que contribui para a validade dos resultados de uma pesquisa quando são utilizados múltiplos métodos, teorias, fontes e pesquisadores.

Dessa forma, Guion et al. (2011) define tipos de triangulação, sendo neste estudo escolhido, o tipo mais popular e amplamente utilizado, a triangulação metodológica, que utiliza métodos tanto qualitativos quanto quantitativos para estudar um problema. Alguns autores reforçam a pertinência deste tipo de triangulação pela combinação de métodos quantitativos e qualitativos em uma mesma pesquisa (Guion et al., 2011; Ollaik & Ziller, 2012).

#### 4.4 Resultados

Ao se investigar o fenômeno da experiência de enfrentamento e adaptação dos profissionais da saúde durante a pandemia da covid-19, considerando a interface pessoal e profissional destes, no contexto português e brasileiro, percebe-se a existência de sete domínios principais, são eles: Atuar na linha de frente da covid-19; Realidade da Morte e Morrer; Eu na Linha de Frente; Implicações Psicológicas; A resistência na linha de frente; A mudança do Eu a partir da atuação profissional e a Experiência Futura.

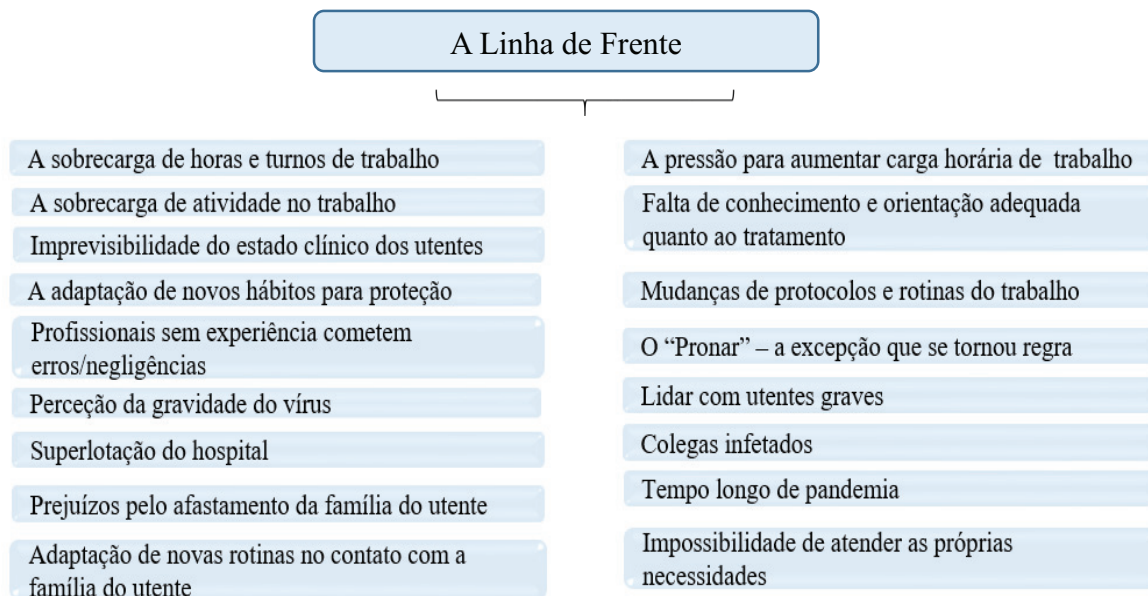
Será apresentado então, em subtópicos cada domínio identificado, e os seguintes temas que compõe este domínio, assim como os subtemas percebidos dentro de cada tema descrito que distingue o domínio em questão. Os domínios, temas e subtemas, estão apresentados de acordo com a coerência do conteúdo, aprofundamento dos relatos e saturação teórica (anexo K).

##### 4.4.1 Atuar na linha de frente da covid-19

A experiência de **Atuar na linha de frente da covid-19**, diz respeito à caracterização geral da experiência, em que primeiramente engloba *A linha de frente*, ou seja, a descrição das circunstâncias, relatadas pelos profissionais da saúde, e variáveis presentes na sua experiência. Encontra-se então um contexto de *Sobrecarga de horas e turnos de trabalho*, assim como a *Sobrecarga de atividades*, que gera uma *Impossibilidade de atender as próprias necessidades no trabalho* como se alimentar e descansar durante o plantão, além da constante *Pressão para aumentar a carga horária*. Tal aspeto pode ser percebido no seguinte relato: “o pessoal falava, ela é louca, como ela está em 4 hospitais, eu tinha uma mala, no porta-malas, e eu saía de casa, sem dia para voltar (P12)”. Isto acontece, uma vez que há, a *Superlotação do hospital*; *Colegas infetados*; *Tempo longo de pandemia* e *Utentes graves*. Quanto ao vírus, há a vivência da *Imprevisibilidade do estado clínico dos utentes*; a *Adaptação de novos hábitos para proteção*; *Perceção da gravidade do vírus*; *Prejuízo pelo afastamento da família do utente* e a consequente *Adaptação de novas rotinas no contato com estes*. Quanto ao tratamento, percebe-se a *Falta de conhecimento e orientação adequada*; *Mudanças de protocolos e rotinas do trabalho* e a atividade de prona que antes era *uma exceção que se tornou regra*, presente neste relato: “é muito inesperado depois fazemos isso, fazemos aquilo, vamos sempre na tentativa e erro, para ver o que se pode resolver aqui, porque não temos um conhecimento (P3)”. Logo, estes acontecimentos implicam na entrada de *Profissionais sem experiência que cometem*

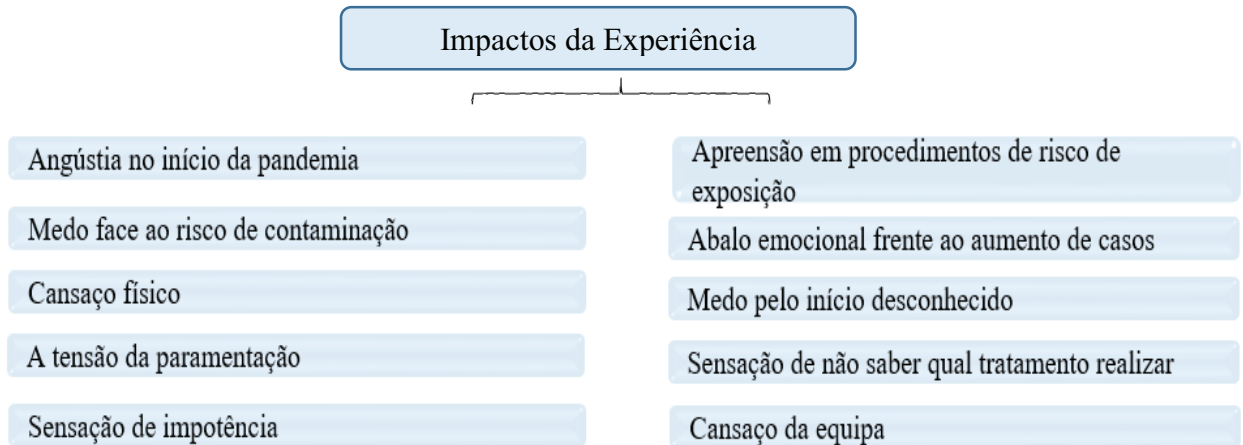
erros/negligências, vê-se: “nem todo mundo tem experiência e aí você começa a ver condutas e posturas que não são adequadas, que colocam em risco os doentes (P12)”.

Figura 4.1 Diagrama do tema A linha de frente e respectivos subtemas



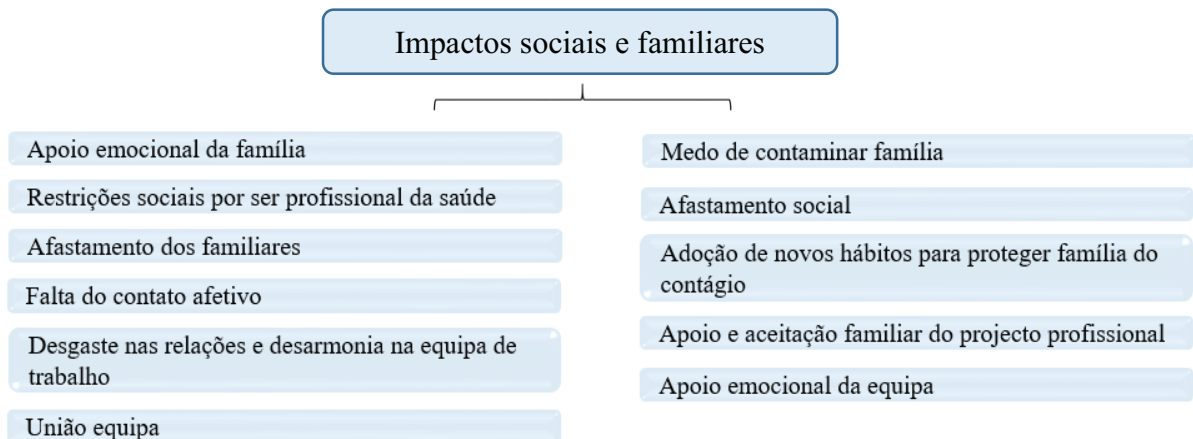
Sendo assim, neste contexto emergem **Impactos da experiência** vivida no ambiente de trabalho, a partir dos desafios enfrentados e as seguintes repercussões emocionais, como a *Angústia no início da pandemia* e o *Medo pelo início desconhecido*, em: “No início foi muito complicado não estávamos à espera, para os primeiros dias foi aquele desafio (P3)”. Há também a presença do *Medo face ao risco de contaminação*; o *Cansaço físico*; a *Tensão da paramentação* e a *Sensação de impotência*; visto em: “muita gente pediu as contas, muita gente surtou, porque a responsabilidade é muito grande quando fala uma palavra herói, a gente não salva, e a gente não tem esse super poderes a gente tem medo, tem vez que a gente não pode fazer nada (P13)”. A estes, seguem-se a *Apreensão em procedimentos de risco de exposição*; *Abalo emocional frente ao aumento de casos*; *Sensação de não saber qual tratamento realizar* e *Cansaço da equipa*.

Figura 4.2 Diagrama do tema Impactos da experiência e respetivos subtemas



Atuar na linha de frente também gera **Impactos sociais e familiares**, ou seja, consequências no âmbito social diante da experiência vivida profissionalmente. Neste encontram-se aspetos positivos ao haver *Apoio emocional da família*, e o *Apoio e aceitação familiar do projecto profissional*, como no trecho: “tenho apoio da minha família, do meu marido. Ele sabe que o contexto exige, falou pra mim que essa não é área dele, então a contribuição dele é que, você vai e eu cuido dos meninos, enquanto você tá fazendo o que tem que ser feito. Alguém tem que fazer (P12)”. Ao mesmo tempo em que há prejuízos devido às *Restrições sociais por ser profissional da saúde*, e o conseqüente *Afastamento social*, retratado no relato: “eu queria ver meus pais na Bahia, e eu não podia, porque eu sou linha de frente (P8)”. Assim, o maior prejuízo consta no âmbito familiar, devido ao *Afastamento dos familiares*; *Falta do contato afetivo*, detalhado neste exemplo: “aquela falta de um abraço, que às vezes faz falta (P14); soma-se ainda o *Medo de contaminar a família* que se desdobra na *Adoção de novos hábitos para proteger família do contágio*.

Figura 4.3 Diagrama do tema Impactos sociais e familiares e respetivos subtemas

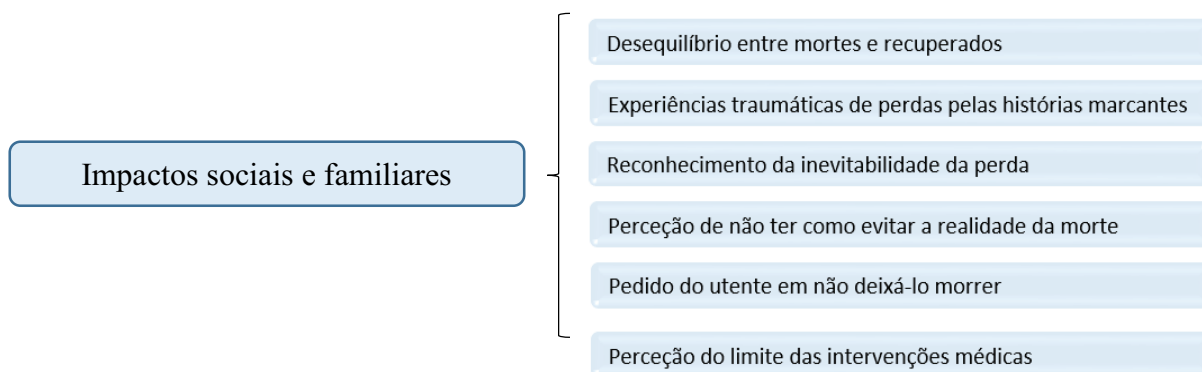


Quanto à equipa de trabalho em sua maioria encontra-se o *Desgaste nas relações e desarmonia*, por outro lado, também se percebe a presença em outros relatos de *Apoio emocional da equipa* e a *União da equipa*.

#### 4.4.2 Realidade da Morte e Morrer

Uma realidade presente na atuação da pandemia covid-19 é a **Realidade da morte e o morrer**, devido à alta taxa de mortalidade da doença. Nesta realidade, pode distinguir duas temáticas a *Fronteira da vida e morte*, isto é, a caracterização do fenómeno vivido na experiência de assistir a morte durante a atuação profissional, que engloba o *Desequilíbrio entre mortes e recuperados*, como descrito pela participante P12 “quando a gente vê, tive uma vitória, pode olhar que naquele dia você teve 10 derrotas”. Os profissionais neste contexto, ficam então expostos a *Experiências traumáticas de perdas pelas histórias marcantes* (“os primeiros casos não vão sair da minha memória, foram casos muito graves, eu lembro de um menino, um rapaz de 30 e poucos anos que faleceu” P8). Os profissionais entre experiências de perda, e até *Pedido do utente em não deixá-lo morrer*, se veem sem *Terem como evitar a realidade da morte*, experiências estas, que acabam por possibilitar o *Reconhecimento da inevitabilidade da perda* e a *Perceção do limite das intervenções médicas*.

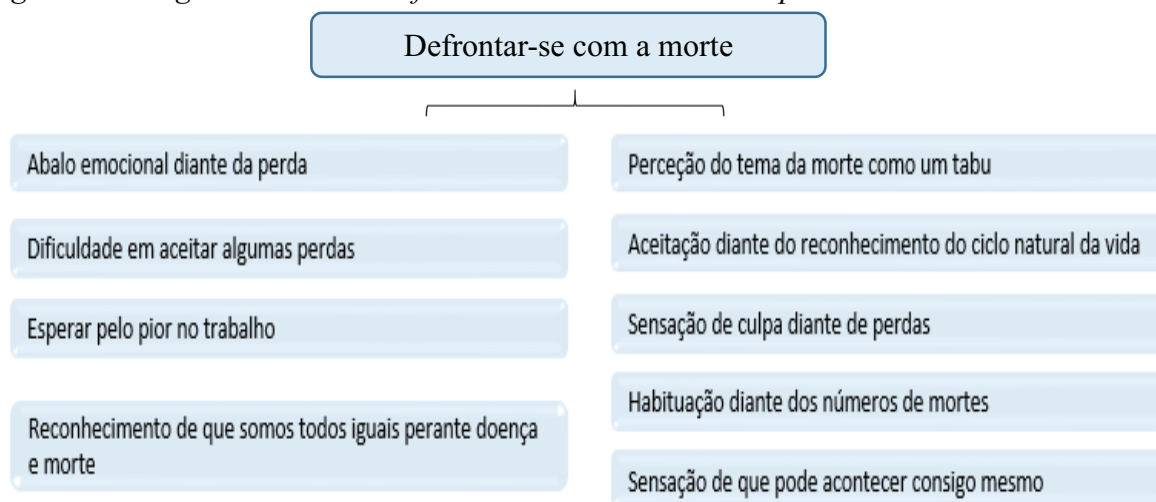
Figura 4.4 Diagrama do tema *Fronteira da vida e morte* e respetivos subtemas



Já a segunda temática, o **Defrontar-se com a morte**, consiste em repercussões emocionais ao assistir utentes diante da morte, como o *Abalo emocional diante da perda* e na *Dificuldade em aceitar algumas perdas*, como nesta exposição: “a gente perdeu essa utente então assim, eu fiquei bem abalada no momento, assim dá aquele desespero que a gente faz tudo, faz tudo, para tudo, e não tem conseguido realmente chegar ao que a gente quer, que é o utente melhorar” (P14). Logo, estas experiências resultam para os profissionais na *Sensação de que pode acontecer consigo mesmo*; no *Reconhecimento de que somos todos iguais perante*

*doença e morte; e Esperar pelo pior no trabalho, como no exemplo: “qual é a certeza que eu tenho quando eu vou sair de casa, que eu vou perder, eu não tenho outra certeza quando vou sair de casa, que estou indo trabalhar para perder” (P12). Dessa forma, decorre a Habituação diante dos números de mortes e a Sensação de culpa diante de perdas. Vale acrescentar, que também há a presença da Aceitação diante do reconhecimento do ciclo natural da vida, apesar de ainda perceberem a morte como Tema tabu.*

Figura 4.5 Diagrama do tema Defrontar-se com a morte e respetivos subtemas



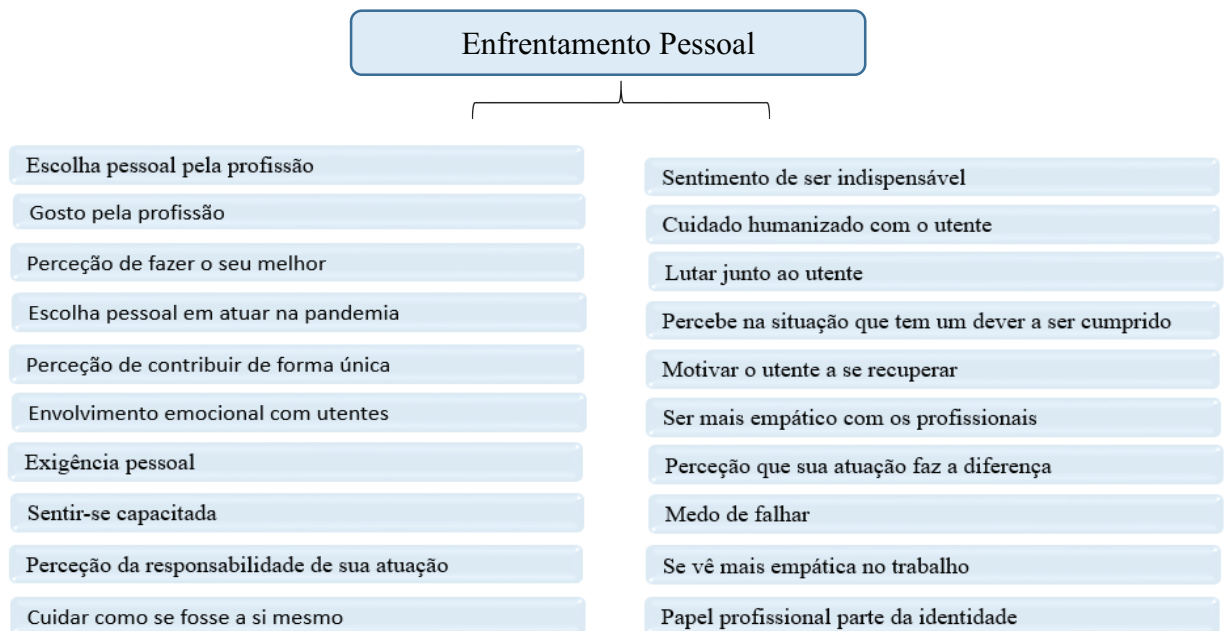
#### 4.4.3 Eu na Linha de Frente

Atuar na linha de frente implica um **Enfrentamento pessoal**, ou seja, uma disposição de responder de forma única frente ao chamado da realidade, por meio da atividade profissional. Sendo assim, todos os participantes mencionam a *Escolha pessoal pela profissão*; assim como todos experimentam o *Gosto pela profissão*; e declaram ter a *Perceção de fazer o seu melhor* na atividade atual. Também se nota, que a maioria teve uma *Escolha pessoal em atuar na pandemia*; e que no exercício profissional tem a *Perceção de contribuir de forma única* e a *Perceção que sua atuação faz a diferença*. Dessa forma, estas respostas pessoais oportunizam aos profissionais experimentarem que o seu *Papel profissional parte da identidade*, que gera a *Perceção que na situação tem um dever a ser cumprido*. Tal aspeto fica evidente no trecho: “ninguém faz o que eu faço, ninguém faz, então não adianta simplesmente chamar um fisioterapeuta para assumir uma UTI, porque ele não vai fazer o que eu faço. O que eu faço ninguém mais faz” (P12). O que ainda se relaciona com o *Sentimento de ser indispensável*.

Os profissionais fazem menção da *Percepção da responsabilidade de sua atuação*; o que implica em grande *Exigência pessoal*, e por vezes até *Medo de falhar*, mesmo ao relatar *Sentir-se capacitados*.

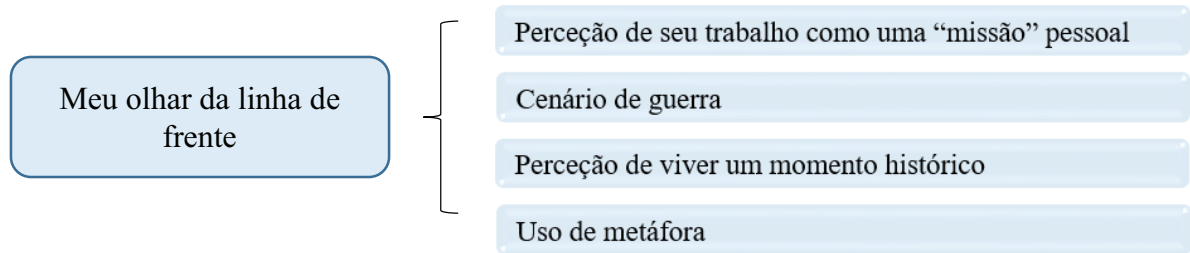
No que tange a assistência com o utente, observa-se o *Envolvimento emocional com os utentes*, a partir da intenção dos profissionais em *Cuidar como se fosse a si mesmo*; assim há uma consideração por um *Cuidado humanizado com o utente* e o *Ser mais empático no trabalho*; que implica até em *Lutar junto ao utente*; e a *Motivar o utente a se recuperar*, estes podem ser ilustrados no trecho: “você bateu palma e falou assim vai embora sua família está te esperando que é uma fala que a gente fala muito para os utentes, reage, a sua família está te esperando” (P13). Quanto á equipe há o zelo em *Ser mais empático com os profissionais*.

Figura 4.6 Diagrama do tema *Enfrentamento Pessoal* e seus respectivos subtemas



Partindo da implicação pessoal na atuação profissional, encontra-se uma compreensão e/ou sentido pessoal dos profissionais da realidade vivida, doando assim um sentido singular, ou seja, o *Meu olhar da linha de frente*. Neste, vê-se uma visão mais poética da realidade em questão, ao pontuar a *Percepção do trabalho como uma “missão”*; o contexto como um *Cenário de guerra*; descrito no trecho: “lutas, ou morres, é um bocadinho esse lema de guerra, isso foi uma guerra. Não houve armas, não houve nada, mas isso foi uma guerra” (P3). Ainda há a *Percepção de viver um momento histórico*, e o *Uso de metáfora*, como “eu não salvo o mundo não, mas eu sou um grãozinho de areia na praia” (P12), para se referir a sua contribuição.

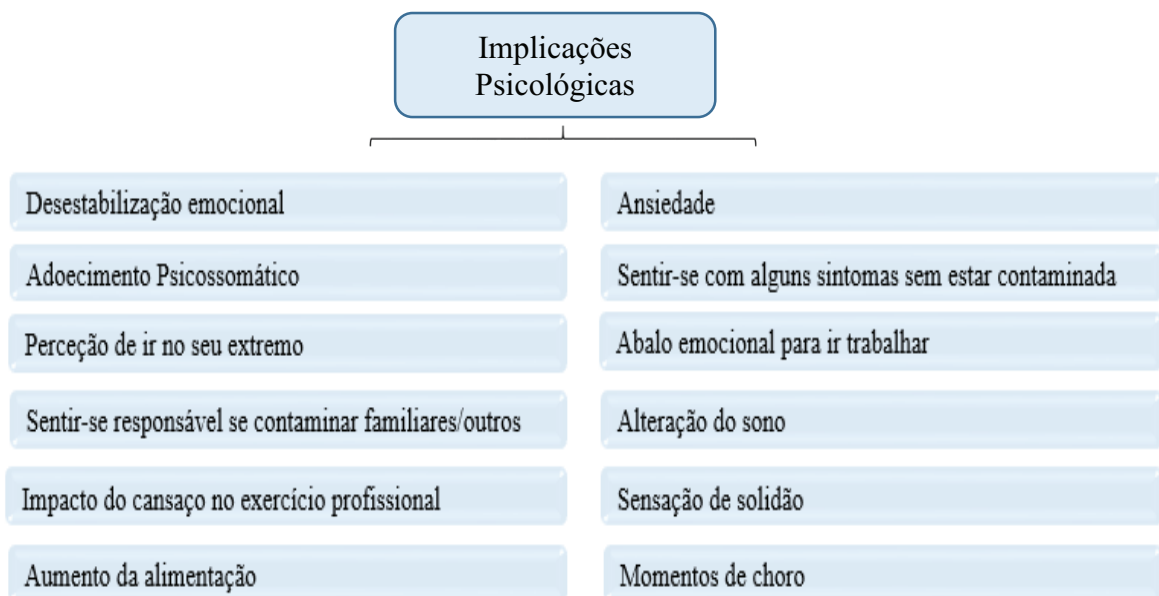
Figura 4.7 Diagrama do tema *Meu olhar da linha de frente* e seus respectivos subtemas



#### 4.4.4 Implicações Psicológicas

Vê-se que essa experiência por ser delicada e nova, compromete em certa medida a saúde mental e emocional dos profissionais da saúde, sendo **Implicações psicológicas**: a *Desestabilização emocional* e o *Adoecimento psicossomático*, presente em alguns profissionais que desenvolveram burnout e compulsão alimentar, por exemplo, “eu descobri uma doença cardíaca, arritmia, que foi descompensada” (P13). Outros elementos presentes são, a *Perceção de ir ao seu extremo*; *Sentir-se responsável se contaminar familiares/outros*; o *Impacto do cansaço no exercício profissional*, como pontuado pela profissional: “o desempenho da gente é prejudicado pelo cansaço entendeu, eu acho que a gente não raciocina também, a gente não toma melhor decisão, e às vezes a coisa é muito rápida” (P1). Ainda é identificado, o *Abalo emocional para ir trabalhar*. Ademais, percebe-se a presença de sintomas ansiogênicos, como o *Aumento da alimentação*; a própria percepção da *Ansiedade*; *Sentir-se com alguns sintomas sem estar contaminada*; *Alteração do sono*; *Sensação de solidão* e *Momentos de choro*.

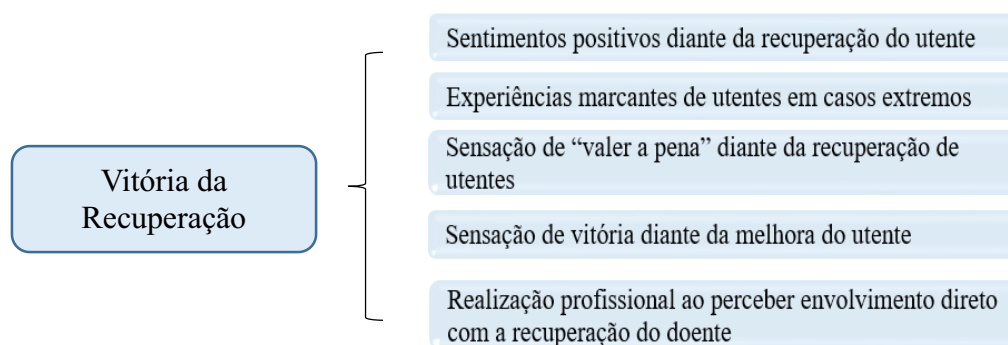
Figura 4.8 Diagrama do tema *Implicações psicológicas* e seus respectivos subtemas



#### 4.4.5 A resistência na linha de frente

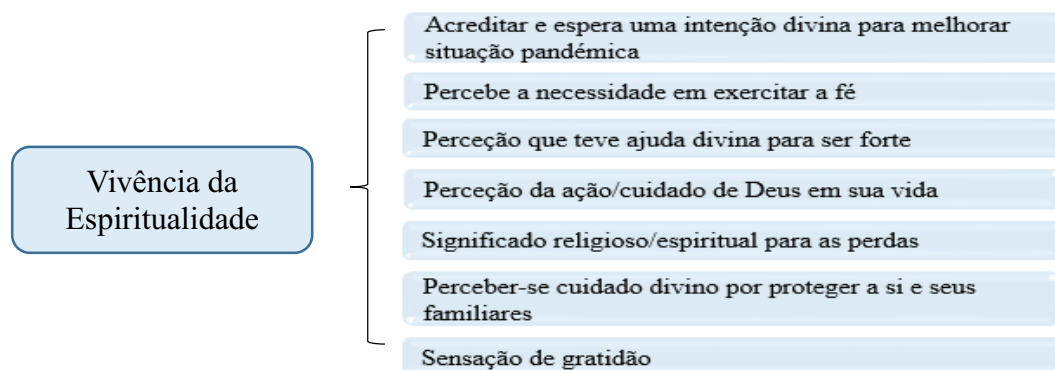
Diante dessa realidade complexa e exigente, que implica restrições, mudanças e adaptações, **A resistência na linha de frente** diz respeito às possibilidades, fatores e variáveis que contribuíram para resistir as adversidades e desafios vivenciados. Primeiramente, há a **Vitória da recuperação**, esta refere-se a vivência pessoal diante da recuperação dos utentes como possibilidade de não sucumbir no combate a covid-19, mas pelo contrário, de suportar e lutar. Este fenómeno, torna-se perceptível a partir dos *Sentimentos positivos diante da recuperação do utente*; das *Experiências marcantes de utentes em casos extremos* (“vendo ele ir embora. Isso me deu assim mais energia, de ter visto o progresso dele todinho” P14). Estas vivências favorecem a *Sensação de “valer a pena” diante da recuperação de utentes*; a *Sensação de vitória diante da melhora do utente* e assim há a *Realização profissional ao perceber envolvimento direto com a recuperação do doente*.

Figura 4.9 Diagrama do tema Vitória da Recuperação e seus respectivos subtemas



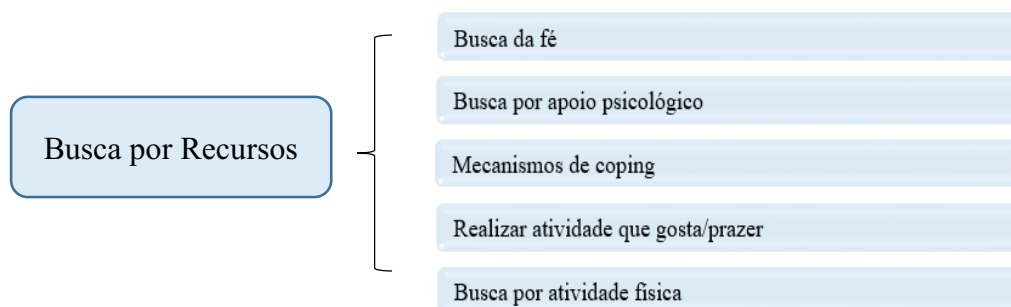
Outro caminho resistência, é a **Vivência da Espiritualidade**, este âmbito diz respeito ao exercício da fé e a percepção da ação divina na realidade, relatados como fatores que colaboram a superar a situação difícil. Ou seja, os profissionais declaram *Acreditar e esperar uma intenção divina para melhorar situação pandêmica*; e *Percebem a necessidade em exercitar a fé*, presente nesta passagem: “Eu sempre tive Fé, mas eu nunca rezei o dia inteiro, eu sempre tive fé, sempre fui muito de rezar antes de entrar em plantão e muitas vezes eu me pego rezando muito por um utente” (P13). Ao mesmo tempo em que nesta experiência percebem que *Teve ajuda divina para ser forte*; percebem a *Ação/cuidado de Deus em sua vida*; e *Percebem cuidado divino por proteger a si e seus familiares*. Então, a vivência da fé, contribui para a compreensão das perdas com *Significado religioso/espiritual* e a *Sensação de gratidão*, vê-se em: “o que mais marca para mim é isso sabe, é gratidão à Vida, e a vida da minha família, por isso tudo, eu acho que ficou muito forte para mim sabe, a questão da minha fé, de a gente não se abalar, de se sentir abençoada, de gratidão a Deus por estarmos aqui” (P14).

Figura 4.10 Diagrama do tema *Vivência da Espiritualidade e seus respectivos subtemas*



Ademais, a **Busca por recursos** também esteve presente na experiência dos profissionais, a fim de resistir às adversidades, nos aspectos da *Busca da fé*; *Busca por apoio psicológico*; *Mecanismos de coping* (ex: não ler reportagens sobre covid-19); *Realizar atividade de que gosta e ou sente prazer* e *Busca por atividade física*.

Figura 4.11 Diagrama do tema *Busca por recursos e seus respectivos subtema*

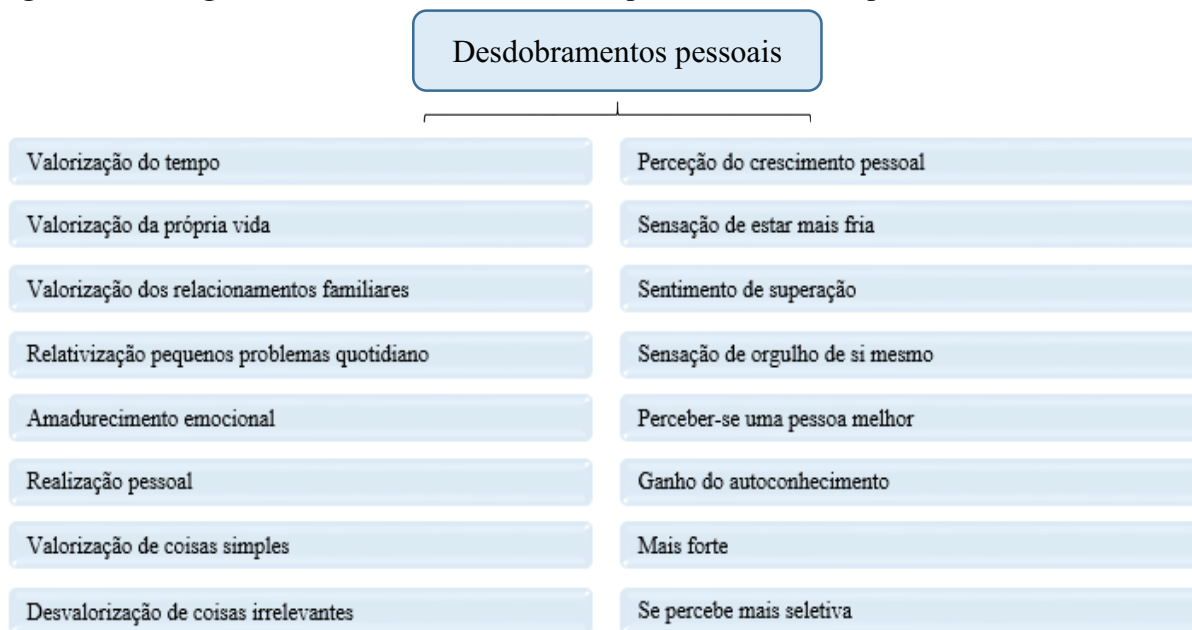


#### 4.4.6 A mudança do Eu a partir da atuação profissional

Enfrentar a experiência profissional de atuar na pandemia covid-19, por um lado pode ser vivenciada com potencial para lesar os profissionais da saúde, por outro lado, também contém potência para propiciar um salto na **Mudança do Eu a partir da atuação profissional**, ou seja, uma mudança na percepção de si mesmo, dos outros, do mundo e da profissão. Quanto aos **Desdobramentos pessoais**, estes dizem respeito às mudanças no âmbito pessoal, encontra-se então presente em todos os relatos a *Valorização do tempo*; a *Valorização da própria vida*; e a *Valorização dos relacionamentos familiares*, ilustrado no trecho: “o tempo é muito precioso, a gente nunca sabe quando que ele vai acabar, a sensação de finitude com isso tudo, vem muito forte para mim” P8; ou na vivência de P12: “o que você tem que fazer? Valorizar o tempo que você tem, porque é a única opção que você tem. Já que você não tem controle sobre o tempo

que você vai estar vivo. Aproveite ele, o máximo que você puder. E isso é vivido, isso não é da boca pra fora”.

Figura 4.12 Diagrama do tema Desdobramentos pessoais e seus respectivos subtema

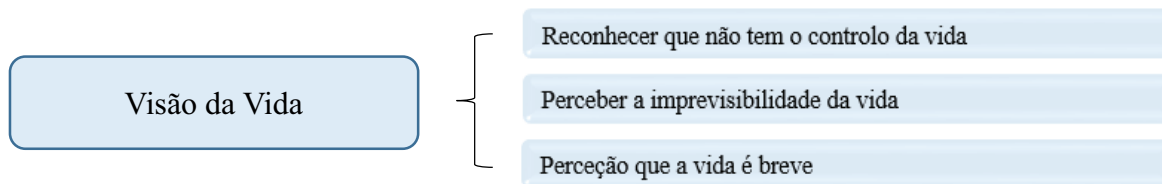


Vê-se nos relatos, que a experiência, colabora para o *Amadurecimento emocional*; e a *Perceção do crescimento pessoal* a partir da *Relativização de pequenos problemas cotidianos*; a *Desvalorização de coisas irrelevantes*; a *Valorização de coisas simples* e a percepção de *Ser mais seletiva*, presente neste exemplo: “às vezes eu olho as pessoas reclamando de algumas coisas que eu já reclamei na vida, que eu tenho certeza que eu não reclamo mais” P13.

Neste mesmo sentido, há também a *Sensação de estar mais fria*; *Mais forte*; ter *Ganho no autoconhecimento*; e a *Perceção de ser uma pessoa melhor*; que contribuem para a *Realização pessoal*; o *Sentimento de superação* e a *Sensação de orgulho de si mesmo*, vê-se em: “a minha profissão, me torna uma pessoa melhor” P1.

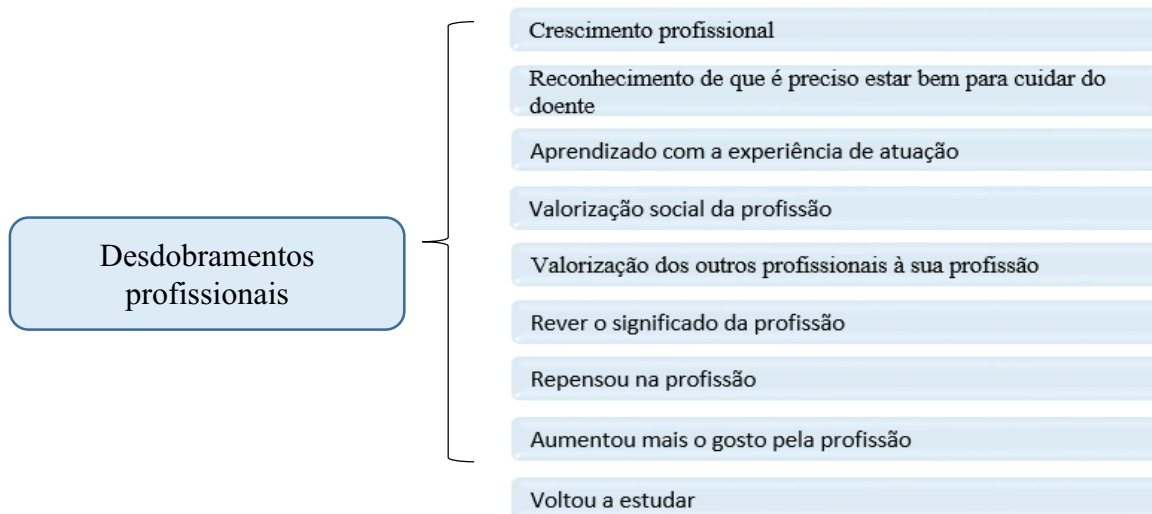
A experiência de situações extremas de morte, vida e doença, permitem mudanças sobre a *Visão da Vida*, isto é, um aprofundamento da percepção da vida, ao *Reconhecer que não tem o controlo da vida*; *Perceber a imprevisibilidade da vida* e *Perceber que a vida é breve*.

Figura 4.13 Diagrama do tema *Visão da Vida* e seus respectivos subtema



No que tange os **Desdobramentos profissionais**, definido por mudanças na atividade profissional, vê-se em todos os relatos há a experiência de *Crescimento profissional*, apontado por P14: “no lado profissional, está sendo enriquecedor, é realmente um ganho”. Encontra-se presente neste âmbito o *Reconhecimento de que é preciso estar bem para cuidar do doente*; o *Aprendizado com a experiência de atuação*; a necessidade em *Voltar a estudar*; a percepção da *Valorização social da profissão* e a percepção da *Valorização dos outros profissionais quanto à sua profissão*.

Figura 4.14 Diagrama do tema *Desdobramentos profissionais* e seus respectivos subtemas



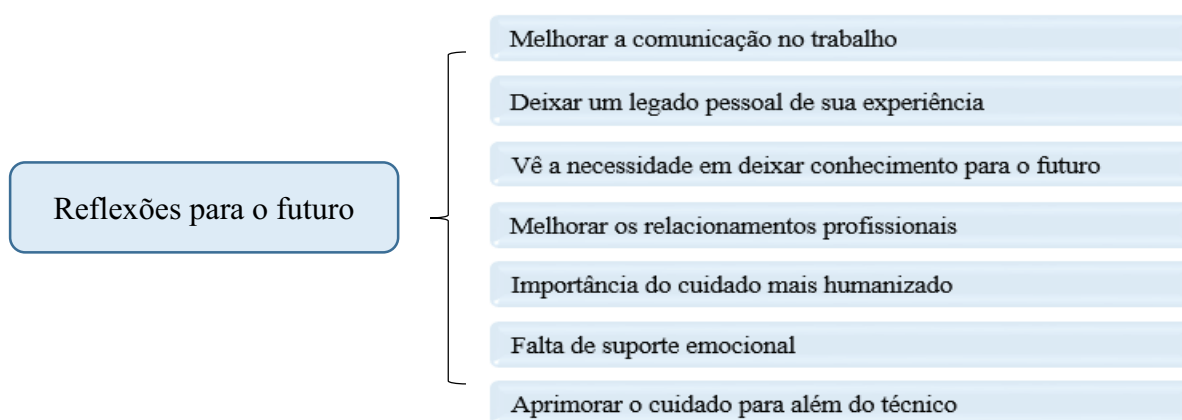
Todavia o momento também possibilita *Rever o significado da profissão* e a *Repensar na profissão*; que são superados pelo *Aumento do gosto pela profissão*, visto no trecho: “esse é o objetivo da escolha, quando eu escolhi a fisioterapia, e aí hoje eu já não tenho vontade de desistir mais (...) é o que eu gostava de fazer na minha profissão, e agora mais ainda” P14.

#### 4.4.7 Experiência Futura

A pandemia covid-19 está sendo uma circunstância totalmente nova para grande parte dos profissionais da saúde, não tendo registos significativos que colaborem para o

enfrentamento de hoje, esta experiência então, torna-se um marco na história, sendo referência para outras. Dessa forma, a reflexão quanto à possibilidade de uma **Experiência Futura** semelhante a esta, torna-se relevante, a fim de colaborar para melhorias, questionamentos e uma possível preparação para contextos pandêmicos. Nestas **Reflexões para o futuro**, há sugestões e necessidades percebidas na atualidade, colocada pelos profissionais como uma *necessidade em deixar conhecimento para o futuro* e a possibilidade de *Deixar um legado pessoal de sua experiência*.

Figura 4.15 Diagrama do tema Reflexões para o futuro e seus respectivos subtemas



No aspeto do trabalho há a urgência em *Melhorar a comunicação no trabalho* e *Melhorar os relacionamentos profissionais*. No que diz respeito à atuação profissional, percebe-se a pontuação da *Importância do cuidado mais humanizado* com os utentes, assim como *Aprimorar o cuidado para além do técnico*, ilustrado no relato: “ao mesmo tempo que tem pessoas que sabem trabalhar com o outro muito bem, eu senti que tem pessoas que não tem esse perfil, que precisa talvez não sei se é treinamento se seria a palavra, mas a gente percebe pessoas muito frias, com a dor do outro e isso sempre me incomodou muito assim, de às vezes ver pessoas não é bem tratando mal, mas sendo mais rude, fazendo descaso de uma coisa ou outra, então eu acho que isso falta muito no ambiente hospitalar” P14. Verifica-se também a necessidade presente de *Falta de suporte emocional*, presente na reflexão de P13 “eu acho que o profissional de saúde ele falta ser acolhido, por isso que teve tanta gente afastada em surto total, porque a gente não sabe lidar com a morte, a gente não estuda morte, não tem nenhuma aula sobre morte. E a gente tem o preconceito, pra mim na minha cabeça todo profissional de saúde em algum momento ele tinha que fazer terapia (...) na saúde porque você conviver no lugar aonde o outro vai estar sempre crítico”.

#### 4.5 Discussão

A experiência dos profissionais da saúde durante a atuação na linha de frente do combate à covid-19 é um fenómeno mundial que impacta na saúde física e mental destas pessoas, comprometendo o seu bem-estar e qualidade de vida. Os resultados dos relatos das profissionais brasileiras e portuguesas entrevistadas, demonstraram o panorama da experiência de enfrentamento e os aspetos preponderantes desta, onde as principais semelhanças e diferenças com outros estudos são discutidas nesta seção.

Na linha de frente da covid-19, os estudos apontam características semelhantes quanto ao contexto vivenciado, no que se refere à sobrecarga de turnos de trabalho, sobrecarga de atividades, imprevisibilidade dos casos, adaptação de novos hábitos de proteção e entrada de profissionais sem experiência (Moreira & Lucca, 2020; Teixeira et al., 2020). Semelhante também aos resultados neste estudo, com a realidade da China, onde enfrentaram pressão devido ao alto risco de infeção, excesso de trabalho, frustração, isolamento e exaustão (Kang et al., 2020).

Certos fatores como o esforço emocional e exaustão física no cuidado de um número crescente de utentes em situação aguda; a angústia pelo início da pandemia; medo de contaminação; cansaço físico; tensão na paramentação e restrições sociais são reações emocionais semelhantes às descritas na literatura (Ayanian, 2020). Divergindo apenas quanto a ausência de equipamento de proteção individual, pois não houve esta queixa por parte das participantes.

Atuar neste contexto de constante ameaça a vida, implica em um processo de adaptação que gera uma dinâmica de tensão conhecida como “estresse”, isto é, um conjunto de reações fisiológicas que preparam o organismo para a ação (Griffiths et al., 2004). Comumente em algumas pessoas, a situação adversa pode exceder a capacidade de adaptação e enfrentamento destas, e assim, desenvolver sintomas clinicamente significativos (Barello & Graffigna, 2020; Maunder et al., 2010; Adams & Walls, 2020; Selman et al., 2020; Williamson et al., 2020). Este fenómeno explica a realidade encontrada nos profissionais de Portugal e Brasil, em que se observou, maioritariamente desestabilização emocional, que apareceu como uma confusão emocional pela não integração de diferentes emoções e experiências. Assim como angústia e aumento do apetite. Vale lembrar, que dentre as participantes houve diagnóstico de burnout, compulsão alimentar e agravamento de doença cardíaca, tendo de ser devidamente tratadas.

No estudo de Wańkiewicz et al. (2020) com trabalhadores expostos a utentes infetados por covid-19, se encontrou um risco muito maior de apresentarem sintomas de ansiedade e

depressão, do que os profissionais que trabalham com outros utentes. Assim, os profissionais da linha de frente estavam mais propícios a desenvolverem sintomas, como nos médicos na China, que apresentaram estresse, ansiedade, depressão, insônia, negação, raiva e medo, comprometendo na compreensão e capacidade de tomada de decisão (Kang et al., 2020a).

Este fenómeno ilustra a dificuldade na adaptação, pois apesar de um certo equilíbrio ser alcançado, foi em um nível mais precário, pela experiência de algum tipo de dano físico ou emocional. Neste sentido, o estímulo é percebido como traumático pela pessoa, visto nas participantes ao descreverem a experiência, como um “cenário de guerra”. Essa má adaptação oportuniza o aparecimento de sintomas na dimensão emocional (irritabilidade, medo, impaciência); cognitiva (concentração, pensamentos catastróficos, hipervigilância); comportamental (comportamentos evitativos), capazes de produzir um prejuízo funcional por períodos variáveis de tempo, em estresse agudo ou pós-traumático (Koppman et al., 2021).

O impacto psicológico de atuar diretamente na linha de frente vulnerabiliza os profissionais a futuramente desenvolverem perturbações psíquicas, ainda mais se está presente a exaustão emocional, despersonalização (desengajamento afetivo, cinismo e falta de empatia) e reduzida realização pessoal no trabalho (perda do senso), que caracteriza a tríade do burnout (Zanatta & Lucca, 2015; Schaufeli et al., 2009).

O estresse no trabalho gerador do burnout pode ser potencializado pela exposição prolongada à morte (Liu et al., 2020, Aiello et al., 2011; Maunder et al., 2010, Xiao et al., 2020; Peterson, 2008; Schaufeli et al., 2009). Fenómeno constatado neste estudo em que, embora a atividade, das profissionais da saúde, ser intimamente ligada a processos de morte, no último ano, as emergências tiveram um cenário inédito, com o extraordinário aumento da mortalidade em um curto período de tempo (Lázaro-Pérez et al., 2020). Este cenário contribuiu ainda mais para o aumento de estresse e a ansiedade nos profissionais, quando diante da morte de seus utentes, realidade também presente na investigação da Espanha (Lázaro-Pérez et al., 2020).

Neste estudo, foi percebido a ênfase das profissionais quanto a exposição contínua a perda de utentes, sendo percebido um enorme desequilíbrio entre mortos e recuperados, visto como experiências traumáticas, geradoras de grande abalo emocional.

A relação dos profissionais com a morte possui fragilidades, principalmente no aspeto da aceitação, sendo um desafio os diferentes tipos de mortes, principalmente aquelas repentinas e de jovens, que muitas vezes é interpretada como fracasso profissional. Percebe-se então, já anterior à pandemia, a falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com a morte, o que

compromete a forma destes de se posicionarem face ao sofrimento e a dor da perda (Paula et al., 2020, Lima & Andrade, 2017).

A dificuldade em lidar com a morte favorece mecanismos de defesa como a negação, distanciamento e a racionalização, de modo que os processos de morte se sucedem em completo anonimato, sem cuidados e sem uma presença que possa propiciar o aconchego da relação humana. Esta situação se tornou ainda mais grave na pandemia, diante de um contexto que nem os familiares puderam acompanhar os seus entes queridos no leito de morte. Segundo Kubler-Ross (2011) essa falta de preparo e de habilidade dos profissionais para encararem o processo de finitude, são um grande empecilho que prejudica de forma considerável, o cuidado eficaz ao utente e aos seus familiares, em suas questões quanto à morte.

A experiência da realidade da morte, pode ser somada ao medo do desconhecido, e ao medo da morte em si, pois o profissional tende a se projetar na morte do outro, reconhecendo a sua própria finitude (Siqueira et al., 2018; Paula et al., 2020). Realidade esta, encontrada maioritariamente pelas profissionais neste estudo. Essa consciência da morte pode produzir uma sensação de confusão, falta de sentido ou medo, e gerar comportamento indesejável, alguns casos pode resultar em problemas de saúde mental, e ainda pode ser gerador da consciência do fim da existência (Menziés & Menziés, 2020; Sevilla-Casado & Ferré-Grau, 2013). Estas decorrências também foram percebidas no estudo, uma vez que as profissionais reconheceram a inevitabilidade da perda, a percepção do limite das intervenções médicas, sentimento de impotência, culpa e desânimo diante das perdas.

Neste âmbito, as profissionais apresentaram para além dos prejuízos físicos e emocionais, uma disposição pessoal em atuar neste momento crítico a fim de salvar vidas. Deste modo, as profissionais apresentaram como resposta pessoal, a percepção do trabalho como missão; a escolha pessoal pela profissão e o gosto por ela; a escolha pessoal em atuar na pandemia; a sensação de contribuir de forma única; vontade de dar o seu melhor e a relação interpessoal com os utentes.

O psiquiatra Viktor Frankl (1991b) colabora para esta compreensão, ao apontar que a busca pelo sentido da vida é a base para o desenvolvimento da força interior do homem, capaz de habilitá-lo a superar as dificuldades da vida, mesmo na finitude. Logo, a intenção de atuar para salvar vidas, honrando o compromisso feito, possivelmente habilitou as profissionais de saúde, a suportar o sofrimento de atuar na pandemia (Frankl, 2008). Sendo assim, ter um para quê viver, permite o acesso a um recurso interno que foi denominado por Frankl, “poder de resistência do espírito” (Frankl, 1989a).

A força interior pode ser compreendida como resiliência, ou seja, uma capacidade individual para enfrentar, sobrepôr e se transformar diante das adversidades (Frankl, 2011). O compromisso profissional, então, aparece como um engajamento que confere ao homem uma obrigação de ser fiel a um projeto que foi voluntariamente por ele escolhido, adotando-o assim, como um princípio (Lalande, 1996). Dado congruente com outros estudos, em que o comprometimento apresentou correlação positiva com a satisfação com a vida e negativa com o estresse (Teixeira & Prebianchi, 2019), o que o evidencia como fator protetor ao adoecimento.

Quanto aos principais mecanismos de enfrentamento dos profissionais da saúde na pandemia da covid-19, foram encontrados o apoio emocional da família; a valorização social da profissão; a vitória dos utentes; a vivência da espiritualidade e a busca de recursos como fé, apoio psicológico e atividades que proporcionam prazer, possibilidades semelhante às descritas por Dullius et al. (2021), em publicações de artigos em inglês e português. Conhecer estas estratégias de enfrentamento, são relevantes por indicar atitudes que reduzem as ameaças à integridade física e mental dos profissionais em saúde e são potencializadores da resiliência e da satisfação profissional (Santos & Moreira, 2014; Schultz et al., 2020).

O apoio emocional de familiares e amigos, por exemplo, pode reduzir a sensação de solidão e pode proporcionar sentimentos de pertencimento. Assim, sentir-se apoiado potencialmente aumenta a positividade individual e coletiva, uma vez que também, compartilhar experiências pode trazer resultados positivos na elaboração da experiência e fortalecer o senso de identidade (Jaspal & Nerlich, 2020).

A experiência profissional de aprimoramento, como a busca de artigos, capacitações e cursos, em nosso estudo também foi percebida como estratégia que colabora para o enfrentamento da atuação, defendido também pela literatura (Santos & Moreira, 2014; Schultz et al., 2020).

Já o sentido e importância atribuídos pelo profissional a sua atividade laboral, o envolvimento afetivo com os utentes e a percepção do impacto de seus afazeres na evolução clínica do utente, interferem na percepção da valorização do seu trabalho e contribui para o bem-estar e adaptação saudável ao ambiente institucional (Silva et al., 2020a; Dullius et al., 2021).

A vivência da vitória na recuperação dos utentes, se refere a uma estratégia que gera engajamento das profissionais, pois, está presente a conexão social, o compartilhamento de histórias pessoais, de emoções positivas de altruísmo, que ajudam a preservar o bom humor e cultivar sentimentos de gratidão (Dullius et al., 2021), elementos que favorecem o enfrentamento da experiência adversa.

A busca pela fé, vivenciada pelas profissionais, como possibilidade de resistir à linha de frente, é compreendida através da relação entre espiritualidade e a resiliência (Zandavalli et al., 2020; Barbosa et al., 2020; Faigin & Pargament, 2011), que através de evidências, é possível perceber a influência da espiritualidade na saúde física e mental (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016; Zandavalli et al., 2020). A Espiritualidade é entendida então, como a busca pessoal de compreensão a questões existenciais maiores (sentido da vida e a morte) e suas relações com o sagrado e/ou transcendente (Koenig et al., 2012).

Frankl (2011) defende que a espiritualidade está vinculada à transcendência, ou seja, para algo além de si mesmo. Portanto, o ser humano está voltado para fora, encontrando sentido através da realização de valores vivenciais, criativos e atitudinais (Frankl, 2011; Aquino & Oliveira, 2020). Através destes, é possível que o ser humano perceba existencialmente sua originalidade, ou seja, o valor do “caráter de algo-único” do que faz e/ou de sua própria pessoa, que permitem a sua realização pessoal (Júnior & Mahfoud, 2001).

Para Koenig (2020) a pandemia covid-19 é uma oportunidade para aprofundar a fé ou um relacionamento pessoal com o transcendente. Uma vez que, a partir dessa experiência adversa por meio da liberdade, o ser humano pode encontrar ao dirigir-se à transcendência - algo maior do que ele - uma “autoridade” capaz de orientá-lo e guiar o seu querer de modo eficaz em direção à realização do sentido de vida. Surge no ser-responsável a necessidade de responder à voz da transcendência, usando a livre vontade, iniciando assim, um relacionamento com o transcendente (Coelho Junior & Mahfoud, 2001).

As questões espirituais e religiosas são capazes de influenciar na forma com que as pessoas se relacionam, na sua forma de pensar e até mesmo na maneira de lidar com a vida (Crispin et al., 2020). A fé e o suporte promovidos pela espiritualidade proporcionam um melhor controle interno frente às situações de finitude por meio do sentido da presença de Deus. Este fenômeno já é constatado pelas pessoas em cuidados paliativos, em que o processo é significado de outras formas, ao apontar caminho para a esperança, que favorece a possibilidade de vencer e transpor obstáculos. Logo, a espiritualidade é um importante pilar no processo de ressignificação da morte/morrer e luto. Além do mais, pode colaborar para a recuperação dos utentes, melhorar o entendimento e a aceitação da sua condição atual (Barbosa et al., 2020; Arrieira et al., 2017; Barbosa et al., 2020).

Sendo assim, se torna importante que profissionais da saúde estejam habilitados a explorar esta faceta dos seus utentes como também em si mesmos, validando as práticas e crenças que façam bem ao utente e que lhe ajudam a significar as suas dificuldades. Esta faceta

pode ser capaz de potencializar um cuidado humanizado e integral, a partir de práticas de empatia, como alternativas criativas em acolher os doentes, no sofrimento humano que ambos vivenciam, tentando amenizar a dor e a impotência ante tal doença (Barbosa et al., 2020; Reis & Soller, 2021; Oliveira et al., 2018; Zandavalli et al., 2020).

Segundo Frankl (2008) é justamente pela possibilidade de encontrar sentido de vida em situações que não podem ser mudadas, que favorece o testemunho do potencial humano em transformar uma tragédia pessoal em um triunfo, ou seja, converter o sofrimento em uma conquista humana. Posto isto, nos relatos das entrevistadas, está presente mudanças em seu eu pessoal. Isto porque, a partir da resposta pessoal e única à essa experiência, elas puderam refletir sobre sua própria existência, à uma busca de construção de superação, que possibilita melhorar-se, e crescer na adversidade (Silveira & Grandim, 2015; Cruz et al., 2018b; Rutten et al., 2013).

Neste sentido na concepção heideggeriana, o homem ao estar em contato com a morte do outro pode abrir-se para sua autenticidade, adotando valores e atitudes próprios. Esses valores funcionam como uma orientação de sentido do ser, que levam à apropriação de si mesmo, no caminho de desenvolvimento do seu projeto pessoal (Heidegger, 2002). Sendo assim, constatou-se que as profissionais passaram a valorizar mais o tempo, a própria vida, as coisas simples e os relacionamentos familiares, que permitiram um amadurecimento e crescimento pessoal, se percebendo pessoas melhores, com mais autoconhecimento, mais fortes, despertando orgulho de si mesmas e sentimento de realização. Houve também mudanças no âmbito profissional como o crescimento profissional, revisão do significado da profissão e até aumento pelo gosto da profissão.

Na vigência da finitude, o tempo passa a ser compreendido com grande importância, ou seja, é comum que com a proximidade da morte venha a valorização da vida (Arriera et al., 2017). Constatou-se nas participantes a percepção da imprevisibilidade e brevidade da vida, assim como a falta de controle dela. Segundo Frankl (2013) esse reconhecimento da transitoriedade da vida deve ser um incentivo para a realização de ações responsáveis na existência humana. Nesse sentido, a atuação é vista pelas profissionais como possibilidade de deixar um legado e conhecimento para as próximas gerações, e assim fazer parte de algo que vale a pena de contar para os filhos.

As profissionais do estudo, apesar de em algum grau terem tido sintomas psicológicos, estas permaneceram atuando na linha de frente, o que já indica a presença da resiliência. Além do mais, três delas estavam tendo apoio psicológico, que proporciona o suporte para que elas se tornem conscientes de suas próprias emoções; compartilhe suas vivências e receba

intervenção adequada frente ao abalo emocional. Este suporte pode ter colaborado para a permanência delas durante este evento (Barello & Graffigna, 2020).

Em relação ao futuro, as profissionais sinalizaram a problemática da comunicação, relacionamento, empatia e humanização no ambiente de trabalho. Este problema acontece, pois, a expressão de emoções por profissionais de saúde, tradicionalmente é considerada pouco profissional e inconveniente. Assim, os profissionais de saúde muitas vezes têm que lidar com emoções inesperadas surgindo tanto do utente quanto deles próprios e devem encontrar estratégias para gerenciar o estresse de enfrentar a doença e o sofrimento (Meier et al., 2001; Delfrate et al., 2018).

Desde a formação profissional na saúde há um encorajamento para os profissionais se distanciarem das emoções (Shapiro, 2011). Sendo a socialização do profissional regida por normas muitas vezes que promovem o distanciamento emocional como uma estratégia para lidar com os desafios emocionais em interações com utentes (Rosenfield & Jones, 2004). Todavia, essa interação profissional e utente, é importante para construir (ou não) a confiança mútua, que afeta o processamento de informações e escolhas (Chapman & Coups, 2006). Estudos mostraram que não reconhecer emoções por parte dos profissionais de saúde, pode impedir a adoção de um estilo de cuidado centrado no utente e pode estar associado com comportamentos prejudiciais, como negligenciar os problemas psicológicos dos utentes ou necessidades específicas destes (Mufato & Gaíva, 2019).

Os profissionais da saúde ao adotarem postura de distanciamento do utente, em nome de um “não envolvimento emocional”, ou, quando muito, de um “envolvimento emocional controlado”, buscam a manutenção de um pretense controlo objetivo e racional como guia dos seus atos, a fim de manter o poder nas relações estabelecidas (Trugilho et al., 2018). Porém, a experiência anterior com desastres, pandemias e grandes eventos traumáticos indicam que a expressão de sentimentos e emoções, e a experiência vivida com os utentes pode colaborar a permanecer em momentos difíceis (Silva & Carvalho, 2016). Isso porque a empatia mostra-se como um fator de proteção para os profissionais de saúde (Wilkinson et al., 2017).

O esforço cognitivo e emocional envolvido em respostas empáticas pode forçar ainda mais a saúde mental, em períodos de alto estresse, como a pandemia covid-19, contribuindo para o esgotamento emocional. Esses efeitos contraditórios da empatia podem ser explicados considerando que a empatia é por natureza multidimensional, interpessoal e moldada pelo contexto e pelas configurações pessoais (Lamothe et al., 2014). Nesse sentido, no estudo, algumas das profissionais, que não recebiam apoio psicológico, mencionaram estar mais frias,

sugerindo certo tipo de distanciamento ou “esfriamento” das emoções, como medida de autoproteção.

A solução viável então, possivelmente se encontra justamente no reconhecimento que os profissionais de saúde também são humanos, e legitimar suas respostas empáticas. No entanto, necessita de um plano prático para fortalecer a resiliência psicológica dos profissionais de saúde, para evitar que estes se tornem "segundas vítimas" neste cenário (Lai et al., 2020). Os profissionais devem ser apoiados e protegidos emocionalmente do risco de se esquecerem do seu lado humano. Por exemplo, neste estudo, justamente a interação social e pessoal com os utentes, se mostrou como um fator protetor, ao se vivenciar a personalização no trabalho, que gerou engajamento e sentido na atuação.

#### **4.6 Considerações Finais: Estudo II**

Dentro do contexto da atuação na linha de frente no combate a covid-19, as profissionais tanto de nacionalidade brasileira, quanto portuguesa, vivenciaram uma realidade extrema identificada por elas como um cenário de guerra, em que estava presente sobrecarga de trabalho e atividades; medo da contaminação e perda diária de utentes. Sendo assim, este contexto implicou em abalo emocional, sintomas ansiosos, desgaste, exaustão e até o desenvolvimento de perturbações como burnout e compulsão alimentar.

Para se manterem em atividade, as profissionais demonstraram resiliência, ao não sucumbirem ao sofrimento, e pelo contrário, se comprometeram de forma pessoal para salvar as vidas. Como possibilidades de adaptação e enfrentamento encontram-se o apoio emocional; o reconhecimento social da profissão; o engajamento pessoal; a gratidão pela participação na recuperação dos utentes; a vivência da espiritualidade; a busca de apoio psicológico e práticas de atividade física e de lazer.

A experiência de atuar na pandemia, oportunizou crescimento profissional, mas principalmente pessoal, no que se refere ao amadurecimento pessoal; valorização da vida e do tempo; valorização dos relacionamentos e relativização de problemas. Logo, estes aprendizados oportunizaram a percepção de sua atuação como contribuição única neste contexto, o que desencadeou sentimento de realização pessoal, o atuar preenchido de sentido de vida e a satisfação com o exercício profissional.

A experiência das profissionais da saúde desta pesquisa, evidencia a necessidade de um cuidado efetivo e urgente na saúde mental dos profissionais que atuaram na linha de frente no combate à covid-19. A partir da elaboração de intervenções que atenuem a sintomatologia

destes, como a exaustão emocional; experiências traumáticas; medo e ansiedade. Assim como também, se torna urgente uma adequação organizacional quanto ao ambiente de trabalho, recursos, horários e atividades, a fim de atenuar os danos causados em atuar nesse contexto. Preparando as organizações para realidades futuras.

Em relação, aos aspectos encontrados, no que tange às formas de enfrentamento e adaptação, estas contribuem para o desenvolvimento de intervenções para outros profissionais da saúde, a fim de também capacitá-los no fomento da resiliência, preparando-os para contextos semelhantes.

Torna-se ainda mais evidente a importância, principalmente em situação de crise, da inserção do psicólogo clínico que atue diretamente com os profissionais da saúde no contexto hospitalar, oferecendo o suporte e apoio adequado.

Através deste estudo conclui-se que o momento atual é oportuno para que se reflita sobre a formação dos profissionais da saúde, quanto a capacitação adequada para a atuação em contextos de pandemias e catástrofes. Além de que, a formação em saúde também requer uma reflexão quanto ao cuidar, que para além do exercício técnico, deve englobar dimensões como: o relacionamento interpessoal; comunicação; empatia; humanização; espiritualidade e reflexões quanto a morte/morrer, que são temáticas ainda pouco exploradas na formação dos profissionais, mas exigidas destes habilidades em responder às mesmas.

Nesse cenário pandêmico, aponta-se, também, a necessidade de estudos que acompanhem estes profissionais a longo prazo, a fim de monitorar os impactos da covid-19 no futuro. Assim como, a necessidade de se estudar especificamente o impacto dessa experiência em cada profissão em questão, a fim de perceber as suas necessidades específicas. Outra importante sugestão, é a investigação de outras realidades vividas pelos profissionais da saúde, como os afastados devido ao desgaste emocional ou profissionais que se infetaram.

É importante, considerar o reduzido número de participantes deste estudo, tendo em vista o próprio contexto estudado como um dificultador de acesso aos profissionais. Além do mais, sendo um período totalmente novo, e sempre aparecer novas variáveis, vale considerar a janela temporal ao qual foi realizada as entrevistas. Outro fator diz respeito à todas as participantes serem do sexo feminino, que pode não abarcar certas especificidades de um profissional do sexo masculino. Por último, os representantes entrevistados, ainda estavam vivenciando a experiência, sendo assim, não foi possível temporalmente uma avaliação final, ou apropriação da própria experiência vivida.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ESTUDO MISTO**

A realização desta pesquisa através de dados obtidos a partir de múltiplas fontes de informação propiciou o encontro de resultados que se complementaram no decorrer do estudo. Essa combinação de dados realçou a importância de um olhar amplo ao se trabalhar a saúde mental dos profissionais da saúde, principalmente neste contexto novo e complexo, da pandemia pela covid-19.

A partir do apresentado pelos profissionais da saúde, constatou-se uma realidade exigente e que ameaçou a saúde mental destes, principalmente nos profissionais que atuaram na linha de frente, devido a presença da exaustão física e mental, ansiedade elevada, medo constante, experiências traumáticas de perda e privação de atividades habituais. Fatores que já desencadearam indícios ao nível moderado de Burnout e Estresse traumático secundário, aumento da ansiedade e estresse, já no período da primeira e segunda onda da covid-19.

Por outro lado, constatamos também, mesmo diante dessa realidade, a presença marcante e elevada da Satisfação por compaixão, assim como percepções positivas da atuação como, a vitória da recuperação, o sentimento de missão, e realização. Foi possível compreender esta realidade, a partir da presença considerável da resiliência que contribui para a adaptação, crescimento e flexibilização nessa experiência de crise. No estudo qualitativo se tornou ainda mais tangível alguns aspectos que podem colaborar para esta perspectiva positiva, que diz respeito às formas de enfrentamento observadas, como: o engajamento pessoal; a busca do sentido de vida; a vivência da espiritualidade; o exercício da gratidão; o exercício da singularidade e o reconhecimento do valor da atuação. Além de outros fatores importantes, como o reconhecimento social da profissão e o apoio social emocional.

A experiência de atuar na pandemia, para além de desencadear alguns sintomas psicológicos e físicos, os profissionais ao se comprometerem com esta atuação, com a intenção de honrar sua profissão e ajudar a salvar pessoas, sofreram mudanças também em sua vida pessoal. As principais relatadas, são o amadurecimento pessoal; valorização dos relacionamentos; gosto pela profissão; crescimento pessoal e valorização da vida e do tempo.

Pelos resultados apresentados, urge a necessidade de uma adequação e melhorias organizacionais, quanto ao ambiente de trabalho, no que se refere a recursos, capacitação, acompanhamento, horários e atividades, mais viáveis, a fim de atenuar os danos causados em atuar nesse contexto. Para além disso, faz-se necessárias intervenções na saúde mental, para os profissionais da saúde, principalmente os que estiveram na linha de frente. Tal intervenção, com o intuito de abrandar os prejuízos e minimizar sintomas causados por todo este período de

atividade profissional, mas também com o objetivo de colaborar para o fomento da resiliência, desenvolvimento pessoal e saúde mental. O que contribuirá para que estes profissionais possam continuar ativos e assim não se perder a experiência profissional vivida, como fonte de conhecimento, mas também diminuir, assim, a taxa de afastamento profissional, por motivos de perturbações psicológicas.

Para tanto, faz-se necessárias medidas que devem ser incluídas em protocolos de serviços de saúde e instituições, como: fomento da prática de autocuidado; autoconsciência, compaixão; programa de redução de estresse; programa de regulação emocional; medidas para fortalecer o apoio social; compartilhamento de experiências de trabalho entre colegas; e apoio e mentoria de profissionais mais experientes. Verifica-se assim, a importância do trabalho articulado com os diversos órgãos e setores envolvidos neste cenário pandêmico. Acrescenta-se a isso, a possibilidade de inserção do psicólogo clínico que atue e apoie os profissionais da saúde.

Sendo assim, diante das realidades estudadas, no contexto brasileiro e português, há a urgência em repensar na formação dos profissionais da saúde, principalmente em contextos de catástrofes, para melhor prepará-los a atuar com eficiência e eficácia. Além disso, torna-se preciso uma formação na saúde, que considere o cuidar, para além do exercício técnico, contemplando as dimensões do relacionamento interpessoal (entre profissionais e profissional/utente); comunicação; empatia; humanização; espiritualidade e reflexões sobre a morte/morrer. Além disso uma capacitação que colabore para o desenvolvimento da resiliência.

Considerando os resultados encontrados, a complexidade e o caráter multifatorial do impacto dessa atuação na vida das pessoas que estão trabalhando na saúde, torna-se válido, estudos que as acompanhem ao longo do tempo, a fim de perceber os verdadeiros impactos da pandemia covid-19. Levando em consideração, que por exemplo, alguns resíduos emocionais ou tensão da exposição de eventos traumáticos, só surgem ao longo do tempo.

Os resultados também devem ser percebidos, levando em consideração o período em que foi recolhido os dados, a janela temporal, sendo uma pandemia longa, com diversos momentos muito específicos um dos outros. Por exemplo, na primeira etapa da investigação quantitativa, ainda não existiam vacinas, e já na segunda etapa quase todas as profissionais da saúde que participaram da pesquisa, já se encontravam vacinadas.

Esta investigação da experiência dos profissionais, pode não ter contemplado as realidades mais difíceis, como aqueles profissionais mais afetados, com maior mal-estar

psicológico, porque estes possivelmente não se voluntariaram para a participação do estudo, por já terem abandonado a profissão ou terem sido afastados do exercício profissional.

Por fim, um dos maiores desafios dessa atuação, principalmente neste contexto de pandemia, em que instaurou a realidade imperativa do risco de perder a vida, é a busca do equilíbrio adequado em uma atuação técnica eficiente, mas também um cuidar humanizado, empático e relacional que não prejudique a saúde mental do profissional, mas sim, que colabore para a sua Satisfação por compaixão e Realização pessoal. Portanto, deve haver estudos e ensaios, que intervenham na promoção da resiliência dos profissionais, assim como formação quanto a empatia, compaixão e sentido de vida, a fim de perceber o real benefício para a qualidade de vida profissional e crescimento pessoal dos profissionais.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama*, 323(15), 1439-1440. doi:10.1001/jama.2020.3972

Agência Brasil (2019, agosto, 10) Brasil tem maior percentual de otimistas entre 23 países. Pedro Rafael Vilela. Brasília [internet] Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-09/brasil-tem-maior-percentual-de-otimistas-entre-23-paises>

Agência de notícias de Portugal (2021, Julho 13). *Covid-19/Um ano: Quase 28 mil profissionais de saúde infetados e 19 morreram [online]*. Lisboa: Lusa/Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.lusa.pt/article/FDL3tq4wUzbZMu3XR9zk9jMSZM5iuSII/covid-19-um-ano-quase-28-mil-profissionais-de-sa%C3%BAde-infetados-e-19-morreram>

Aiello, A., Young-Eun Khayeri, M., Raja, S., Peladeau, N., Romano, D., Leszcz, M., & Bernard Schulman, R. (2011). Resilience training for hospital workers in anticipation of an influenza pandemic. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(1), 15-20. doi: 10.1002/chp.20096

Al-Hunaishi, W., Hoe, V. C., & Chinna, K. (2019). Factors associated with healthcare workers willingness to participate in disasters: a cross-sectional study in Sana'a, Yemen. *BMJ open*, 9(10), e030547. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030547

Almeida, R. F. G. (2016). *A resiliência e a sintomatologia psicopatológica numa amostra da população geral portuguesa*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Lisboa, Portugal. <http://hdl.handle.net/10451/25102>

Alsubaie, S., Temsah, M. H., Al-Eyadhy, A. A., Gossady, I., Hasan, G. M., Al-rabiaah, A., & Somily, A. M. (2019). Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus epidemic impact on healthcare workers' risk perceptions, work and personal lives. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 13(10), 920-926. doi: 10.3855/jidc.11753

- Amnistia Internacional (2021, Julho 13). *Covid-19: 17 mil profissionais de saúde morreram em 2020*. [online] Portugal. Disponível em: <https://www.amnistia.pt/covid-19-17-mil-profissionais-de-saude-morreram-em-2020/>
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Climepsi Editores. inc
- Aquino, T. A. A., & Oliveira, V. G. (2020). Espiritualidade e sentido da vida no contexto da pandemia de COVID-19. *Caminhos de Diálogo*, 8(13), 249-261. doi: 10.7213/cd.a8n13p249-261
- Arena, F., Oliver, A., & Galiana, L. (2019). Panorama da qualidade de vida profissional entre trabalhadores que prestam cuidados paliativos no Brasil. *Revista Colombiana de Psicología*, 28, 33- 45. <https://doi.org/10.15446/rcp.v28n2.70715>
- Arrieira, I. C. D. O., Thofehrn, M. B., Milbrath, V. M., Schwonke, C. R. G. B., Cardoso, D. H., & Fripp, J. C. (2017). O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. *Escola Anna Nery*, 21. doi:10.5935/1414-8145.20170012
- Ayanian, J. Z. (2020, April). Mental health needs of health care workers providing frontline COVID-19 care. In *JAMA Health Forum* (Vol. 1, No. 4, pp. e200397-e200397). American Medical Association. doi:10.1001/jamahealthforum.2020.0397
- Bansal, P., Bingemann, T. A., Greenhawt, M., Mosnaim, G., Nanda, A., Oppenheimer, J., Sharma, H., Stukus, D., & Shaker, M. (2020). Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, S2213-2198(20)30327-5. Advance online publication. doi: 10.1016/j.jaip.2020.04.001
- Barbosa, D. J., Gomes, M. P., Tosoli, A. M. G., & de Souza, F. B. A. (2020). A Espiritualidade e o cuidar em enfermagem em tempos de Pandemia. *Enfermagem em Foco*, 11(1. ESP). doi: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3792
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (Edições 70). Lisboa. Portugal.
- Barello, S., & Graffigna, G. (2020). Caring for health professionals in the COVID-19 pandemic emergency: toward an “epidemic of empathy” in healthcare. *Frontiers in Psychology*, 11, 1431. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01431
- Batista, E. C., de Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A Entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38.
- Boiças, P. A. C. (2015). *Fadiga por compaixão em voluntários na área da saúde: relações entre a empatia, resiliência e as estratégias de coping*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Lisboa, Portugal. <http://hdl.handle.net/10437/7067>
- Borges, E. M. D. N., Fonseca, C. I. N. D. S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2019). Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.27. doi: 10.1590/1518-8345.2973.3175

- Borges, E. M. D. N., Fonseca, C. I. N. D. S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2019). Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. doi:10.1590/1518-8345.2973.3175
- Brandão, J. M., & do Nascimento, E. (2019). Resiliência psicológica. *Memorandum: memória e história em psicologia*, 36, 1-31.
- Brandão, Juliana Mendanha, Mahfoud, Miguel, & Gianordoli-Nascimento, Ingrid Faria. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(49), 263-271. doi:10.1590/S0103-863X2011000200014
- Brasil. Ministério da Saúde (2020, Julho 14). Pesquisa analisa impacto psicologico da covid em profissionais da saúde [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/saude-mental-pesquisa-analisa-impacto-psicologico-do-enfrentamento-a-covid-19-em-profissionais-da-saude>
- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., ... & Carmassi, C. (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6180. doi:10.3390/ijerph17176180
- Campbell, D., & Busby, M. (2020, Março 16). Not fit for purpose’: UK medics condemn COVID-19 protection. *The Guardian*. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/16/not-fit-for-purpose-uk-medics-condemn-covid-19-protection>
- Cantu, L., & Thomas, L. (2020). Baseline well-being, perceptions of critical incidents, and openness to debriefing in community hospital emergency department clinical staff before COVID-19, a cross-sectional study. *BMC emergency medicine*, 20(1), 1-8. doi:10.1186/s12873-020-00372-5
- Capanna, C., Stratta, P., Hjemdal, O., Collazzoni, A., & Rossi, A. (2015). The Italian validation study of the resilience scale for adults (RSA). *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*, 63(272). SSN 0006-6761
- Carvalho, P. & Sá, L. (2011). Qualidade de vida profissional nos cuidados paliativos: Adaptação Cultural e estudo de validade da escala “Professional Quality of Life 5 (ProQOL5).” *Inst Ciências da Saúde da Univ Católica Port*.
- Carvalho, P. R. C. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala "Professional Quality of Life 5"*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8918>
- Carvalho, V. D., Borges, L. O., Vikan, A., & Hjemdal, O. (2011). Resiliência e socialização organizacional entre servidores públicos brasileiros e noruegueses. *Revista de Administração Contemporânea*, 15, 815-833. doi: 10.1590/S1415-65552011000500003

- Carvalho, V. D., Teodoro, M. L. M., & de Oliveira Borges, L. (2014). Escala de Resiliência para Adultos: aplicação entre servidores públicos. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 287-295.
- Chaban O., Khaustova O., Mishyiev V., Grinevich E., Assonov D (2021). Resilience Influence to Healthcare Professionals' Emotional State During COVID-19 Quarantine. *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology*, 12(1), 150-157. doi: 10.34883/PI.2021.12.1.013
- Chapman, G. B., & Coups, E. J. (2006). Emotions and preventive health behavior: worry, regret, and influenza vaccination. *Health psychology*, 25(1), 82. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.82
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., & Yu, T. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 395(10223), 507-513. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
- Ching, S. S. Y., Cheung, K., Hegney, D., & Rees, C. S. (2020). Stressors and coping of nursing students in clinical placement: A qualitative study contextualizing their resilience and burnout. *Nurse Education in Practice*, 42, 102690. doi: 10.1016/j.nepr.2019.102690
- Coelho Júnior, A. G., & Mahfoud, M. (2001). As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. *Psicologia USP*, 12, 95-103. doi: 10.1590/S0103-65642001000200006
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Costa, A., Souza, F., & Souza, D. (2014). *Investigação qualitativa: inovação, dilemas e desafios*. Oliveira de Azeméis: Ludomedia.
- Craigie, M., Osseiran-Moisson, R., Hemsforth, D., Aoun, S., Francis, K., Brown, J. & Rees, C. (2016). The Influence of Trait-Negative Affect and Compassion Satisfaction on Compassion Fatigue in Australian Nurses. *American Psychological Association*, 8(1), 88-97. doi: 10.1037/tra0000050.
- Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In *Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3 ed. – Porto Alegre: ARTMED.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*, 39(3), 124-130. doi: 10.1207/s15430421tip3903\_2
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Crispin D, da Silva MJP, Cedotti W, Milena C, Gomes A. S. (2020, julho) Comunicação Difícil e Covid-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes

cenários da pandemia. *Associação Médica de Minas Gerais* [internet]. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/comunica%C3%A7%C3%A3o-COVID-19.pdf.pdf>.

- Cruz, B. S. P. da (2014). *Burnout e fadiga por compaixão em enfermeiros portugueses*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Coimbra, Portugal. <http://hdl.handle.net/10316/27328>
- Cruz, E. J. E. R., Souza, N. V. D. O., Amorim, L. K. D. A., Pires, A. D. S., Gonçalves, F. G. D. A., & Cunha, L. P. (2018a). Resiliência como objeto de estudo da saúde do trabalhador: uma revisão narrativa. *Rev Pesq Cuid Fundam*, 10(1), 283-8. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.283-288
- Cruz, J. P., Felicilda-Reynaldo, R. F. D., Lam, S. C., Contreras, F. A. M., Cecily, H. S. J., Papatthanasious, I. V. & Colet, P. C. (2018b). Quality of life of nursing students from nine countries: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 66, 135-142. doi: 10.1016/j.nedt.2018.04.016
- Cruz, J. S., & de Aquino, T. A. A. (2020). Espiritualidade e resiliência: relevância e implicações no pensamento frankliano. *REVER-Revista de Estudos da Religião*, 20(2), 89-103. doi:10.23925/1677-1222.2020vol20i2a7
- Dantas, E. S. O. (2021). Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25. doi: 10.1590/interface.200195
- Daugherty, E. L., Perl, T. M., Rubinson, L., Bilderback, A., & Rand, C. S. (2009). Survey study of the knowledge, attitudes, and expected behaviors of critical care clinicians regarding an influenza pandemic. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 30(12), 1143-1149. doi: 10.1086/648085
- De la Paz, P., Mercado, E., & Rodríguez, V. (2016). Estudio sobre resiliencia y satisfacción vital: un análisis comparado entre población española e inmigrantes ecuatorianos. *Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social*, 6 (2): 144-154. ISSN 2244-808X
- Delfrate, F., Ferrara, P., Spotti, D., Terzoni, S., Lamiani, G., Canciani, E., et al. (2018). Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. *Med. Lav* 109, 97–109. doi: 10.23749/mdl.v10 9i2.6876
- Dias-Abreu, Heide. (2017). Influência das Variáveis Sociodemográficas no Bem-estar no Trabalho e na Resiliência: Um estudo com profissionais de enfermagem. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 13(2), 167-186. doi: 10.18004/riics.2017.diciembre.167-186
- Dosil, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo, I., Picaza, M., & Jaureguizar, J. (2020). Psychological symptoms in health professionals in Spain after the first wave of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.606121
- Driessnack, Martha, Sousa, Valmi D., & Mendes, Isabel Amélia Costa. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa

qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 684-688. doi: 10.1590/S0104-11692007000400025

- Duarte, J. (2017). Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*, 35(4), 529-542. doi: 10.14417/ap.1260
- Duarte, J., & Pinto-gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114-121. doi: 10.1016/j.ejon.2017.04.002.
- Dullius, W. R., Scortegagna, S. A., & McCleary, L. (2021). Coping strategies in health professionals facing Covid-19: systematic review. *Psicologia: teoria e prática*, 23(1), 1-20. doi:10.5935/1980-6906/ePTPC1913976
- Elez, P., & García, E. M. (2018). Elaboración y validación de una escala de resiliencia para el estudio de factores protectores resilientes en población ecuatoriana. *Revista Prisma Social*, (20), 254-272. Recuperado a partir de <https://revistaprismasocial.es/article/view/2344>
- Faigin, C. A., & Pargament, K. I. (2011). Strengthened by the spirit: Religion, spirituality, and resilience through adulthood and aging. In *Resilience in aging* (pp. 163-180). Springer, New York, NY. doi: 10.1007/978-1-4419-0232-0\_11
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York, NY: Routledge.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of compassion fatigue self test. *Measurement of stress, trauma, and adaptation*, 127-130.
- Finlay, L. (2011). *Phenomenology for therapists: Researching the lived world*. Chichester, England: Wiley-Blackwell.
- Frankl, V. E. (1989a). *Psicoterapia e sentido da vida*. São Paulo: Quadrante.
- Frankl, V. E. (1989b). *Um sentido para a vida*. Aparecida: Santuário.
- Frankl, V. E. (1990). *A questão do sentido em psicoterapia*. Campinas: Papirus .
- Frankl, V. E. (1991a). *A psicoterapia na prática*. Campinas: Papirus.
- Frankl, V. E. (1991b). *Psicoterapia para todos: uma psicoterapia coletiva para contrapor-se à neurose coletiva*. Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (1998). *Senso e valori per l'esistenza: la risposta della logoterapia*. Roma: Città Nuova Editrice.

- Frankl, V. E. (2011). *A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia*. São Paulo: Paulus.
- Frankl, V. E. (2013). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração* (Vol. 3). Editora Sinodal.
- Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2017). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53, 598-604. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014
- Giménez-Espert, M. D. C., Prado-Gascó, V. J., & Valero-Moreno, S. (2019). Impact of work aspects on communication, emotional intelligence and empathy in nursing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. doi:10.1590/1518-8345.2933.3118
- Giorgi, A. (1978). *Psicologia como ciência humana: Uma abordagem fenomenológica* (RS Schwartzman, Trad.). Belo Horizonte: Interlivros (Original publicado em inglês, 1970).
- Giorgi, A. (1979). The relationships among level, type, and structure and their importance for social science theorizing: A dialogue with Schütz. *Duquesne studies in phenomenological psychology*, 3, 81-92. doi: 10.5840/dspp197939.
- Giorgi, A. (2006). Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. *Análise Psicológica*, 24(3), 353-361. doi: 10.14417/ap.175.
- Giorgi, A. (2008). Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In J. Poupart (Org.), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp.386-409). Petrópolis: Vozes
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). Método fenomenológico de investigação em psicologia. Lisboa: Fim de século, 73-91.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). Método fenomenológico de investigação em psicologia. Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Giulio, M., Maggioni, D., Montroni, I., Ugolini, G., Capelli, P., Ceppi, L., ... & Achilli, F. (2020). Being a doctor will never be the same after the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Medicine*. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.03.003
- Griffiths, A., Leka, S., & Cox, T. (2004, julho). La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. / Stavroula Leka, Amanda Griffiths, Tom Cox. *Organización Mundial de la Salud*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42756>
- Gualano, M. R., Sinigaglia, T., Lo Moro, G., Rousset, S., Cremona, A., Bert, F., & Siliquini, R. (2021). The burden of burnout among healthcare professionals of intensive care units and emergency departments during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 8172. doi: 10.3390/ijerph18158172

- Guion, L. A., Diehl, D. C., & McDonald, D. (2011). Triangulation: Establishing the validity of qualitative studies. *Edis*, 2011(8), 3-3. doi:10.32473/edis-fy394-2011
- Gunther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 22, 201-209. doi: 10.1590/S0102-37722006000200010
- Heidegger, M. (2002) *Ser e tempo*. 12. ed. Petrópolis: Vozes.
- Hemsworth, D., Baregheh, A., Aoun, S., & Kazanjian, A. (2018). A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Applied Nursing Research*, 39, 81-88. doi: 10.1016/j.apnr.2017.09.006
- Hjemdal, O., Friborg, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2001). Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 38(4), 310-317.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 194-201. doi:10.1002/cpp.488
- Hjemdal, O., Roazzi, A., Dias, M. G. B. B., Roazzi, M., & Vikan, A. (2009). Exploring the psychometric properties of the resilience scale for adults in a Brazilian sample. Em D. Elizur, & E. Yaniv (Orgs.), *Facet new horizons in theory construction and data analysis* (pp. 120-138). Jerusalem: FTA. doi:10.13140/RG.2.1.1201.0003
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise psicológica*, 24(3), 363-372.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Wiley-Blackwell.
- Hope, K., Durrheim, D., Barnett, D., D'Este, C., Kewley, C., Dalton, C., White, N., Kohlhagen, J., & Links, J. (2010). Willingness of frontline health care workers to work during a public health emergency. *Australian Journal of Emergency Management, The*, 25(3), 39.
- Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., & Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *Plos one*, 15(5), e0233831. doi:10.1371/journal.pone.0233831
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1994). *Data management and analysis methods*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (p. 428-444). Sage Publications, Inc.
- Hui Ng, H., Beng, N., Yue, M., & Lin, J. B. (2021). The COVID-19 pandemic: Impact on interns in a paediatric rotation. *Asia Pacific Scholar*, 57-65. doi:10.29060/TAPS.2021-6-2/OA2378

- Jaspal, R., & Nerlich, B. (2020). Social representations, identity threat, and coping amid COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S249. doi:10.1037/tra0000773
- Jasper, A.M. (1994). Issues in phenomenology for researchers of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 309-314. doi: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01085.x
- Jilou, V., Duarte, J. M. G., Gonçalves, R. H. A., Vieira, E. E., & Simões, A. L. D. A. (2021). Fadiga por compaixão no contexto dos profissionais da saúde e estratégias de enfrentamento: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. doi:10.1590/0034-7167-2019-0628
- Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, Wang Y, Hu J, Lai J, Ma X, Chen J, Guan L, Wang G, Ma H, Liu Z. (2020a). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry* 7 (3): e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., ... & Hu, S. (2020b). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028
- Koenig, H., Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oup Usa.
- Koenig, H. G. (2020) Ways of protecting religious older adults from the consequences of COVID-19. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, Pittsburgh, v. 28, n. 7, p. 776-779. doi:10.1016/j.jagp.2020.04.004
- Koppmann, A., Cantillano, V., & Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 75-80. doi: 10.1016/j.rmclc.2020.12.009
- Kubler-ross, E. (2011) *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lago, K. & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(2), 213-221. doi: 10.1590/S1413-294X2013000200006
- Lago, K., & Codo, W. (2010). *Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lago, K.C. (2008). *Fadiga por compaixão: quando ajudar dói*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia. Brasília, Brasil. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1291>
- Lai, S., Ruktanonchai, N. W., Zhou, L., Prosper, O., Luo, W., Floyd, J. R., Tatem, A. J. (2020). Effect of non-pharmaceutical interventions to contain COVID-19 in China. *Natureza*, 585, 410-413. doi:10.1038/s41586-020-2293-x

- Lalande, A.(1996). *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. In Vocabulário técnico e crítico da filosofia. São Paulo: Martins Fontes
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., & Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC family practice*, 15(1), 1-7. doi: 10.1186/1471-2296-15-15
- Larkin, M., Watts, S., Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102-120. doi: 10.1191/1478088706qp062oa
- Larkin, Michael & Thompson, Andrew. (2011). *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners*. doi:10.1002/9781119973249
- Lázaro-Pérez, C., Martínez-López, J. Á., Gómez-Galán, J., & López-Meneses, E. (2020). Anxiety about the risk of death of their patients in health professionals in Spain: Analysis at the peak of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5938. doi: 10.3390/ijerph17165938
- Lee, M. S., Shin, S., & Hong, E. (2021). Factors affecting secondary traumatic stress of nurses caring for COVID-19 patients in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6843. doi: 10.3390/ijerph18136843
- Li, C., Ji, F., Wang, L., Hao, J., Dai, M., Liu, Y. & Yang, J. (2020). Asymptomatic and Human-to-Human Transmission of SARS-CoV-2 in a 2-Family Cluster, Xuzhou, China. *Emerging infectious diseases*, 26(7). doi: 10.3201/eid2607.200718
- Lima, M. (2016). O uso da entrevista na pesquisa empírica. *Métodos de pesquisa em ciências sociais: bloco qualitativo*, 24-41.
- Lima, M. J. V., & Andrade, N. M. D. (2017). A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. *Saúde e Sociedade*, 26, 958-972. doi: 10.1590/S0104-12902017163041
- Liu, Z., Han, B., Jiang, R., Huang, Y., Ma, C., Wen, J., ... & Ma, Y. (2020). Mental health status of doctors and nurses during COVID-19 epidemic in China. *Available at SSRN 3551329*. doi:10.2139/ssrn.3551329
- Lopes, H. L. (2017). *Suporte social no trabalho e Autoeficácia como preditores da qualidade de vida profissional em bombeiros militares*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual da Paraíba, Psicologia da Saúde. Campina Grande, Paraíba, Brasil. <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/2865>
- Maroco, J., Maroco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. A. D. B. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29, 24-30. <http://hdl.handle.net/10400.12/5081>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930. doi: 10.1017/S0954579407000442
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Mae, R., Vincent, L., Peladeau, N., Beduz, M. A., Hunter J. J., Leszcz, M. (2010). Computer-assisted resilience training to prepare healthcare workers for pandemic influenza: a randomized trial of the optimal dose of training. *BMC health services research*, 10(1), 1-10. doi: 10.1186/1472-6963-10-72
- Meier, D. E., Back, A. L., and Morrison, R. S. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 286, 3007–3014. doi: 10.1001/jama.286.23.3007
- Mendes, João João, Mergulhão, Paulo, Froes, Filipe, Paiva, José Artur, & Gouveia, João. (2020). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Grupo de Infecção e Sépsis para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(1), 2-10. doi: 10.5935/0103-507x.20200002
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13. doi: 10.1017/S1754470X20000215
- Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. A. (2017). Palliative care professionals' care and compassion for self and others: a narrative review. *International journal of palliative nursing*, 23(5), 219–229. doi: 10.12968/ijpn.2017.23.5.219
- Ministério da Saúde de Portugal (2020a, dezembro 10). Serviço Nacional de Saúde. *Plano de Vacinação COVID-19*. [internet]. Portugal. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/12/20201217\\_PlanoVacinaç%CC%A7ao.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/12/20201217_PlanoVacinaç%CC%A7ao.pdf).
- Ministério da Saúde do Brasil (2020a, Julho 1). *Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil* (Internet). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
- Ministério da Saúde do Brasil (2021c, Julho 13). *Boletim epidemiológico especial: Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19* [online]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_70-1.pdf](#)
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child development*, 289-302. doi:10.2307/1129720
- Misra, A. (2020). Doctors and healthcare workers at frontline of COVID 19 epidemic: Admiration, a pat on the back, and need for extreme caution. *Diabetes & Metabolic Syndrome*. doi: 10.1016/j.dsx.2020.03.006
- Moreira, A. S., & de Lucca, S. R. (2020). Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao COVID-19. *Enfermagem Em Foco*, 11(1. ESP). doi:10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3590
- Moreira, R. D. S. (2020). COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5):e00080020. doi: 10.1590/0102-311X00080020

- Moreira-Almeida, A., & Lucchetti, G. (2016). Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*, 68 (1), 54-57. doi: 10.21800/2317-66602016000100016
- Morelato, S. G. (2014). Evaluación de factores de resiliencia en niños argentinos en condiciones de vulnerabilidad familiar. *Universitas Psychologica*, 13(4), 15-30. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-4.efrn
- Morote, R., Hjemdal, O., Martinez Uribe, P., & Corveleyn, J. (2017). Psychometric properties of the Resilience Scale for Adults (RSA) and its relationship with life-stress, anxiety and depression in a Hispanic Latin-American community sample. *PloS one*, 12(11), e0187954. doi: 10.1371/journal.pone.0187954
- Mufato, L. F., & Gaíva, M. A. M. (2019). Empatia en enfermagem y el contexto de la relación enfermero-utente: consideraciones críticas. *Revistas - Cultura de los Cuidados*. N. 54 doi: 10.14198/cuid.2019.54.06
- Nejad, N. G., Hosseini, M., Mousavi Mirzaei, S. M., & Ghorbani Moghaddam, Z. (2019). Association between Resilience and Professional Quality of Life among Nurses Working in Intensive Care Units. *Iran Journal of Nursing*, 31(116), 49-60. doi: 10.29252/ijn.31.116.49
- Nogueira, P., Nobre, M., Nicola, P., Furtado, C., & Vaz Carneiro, A. (2020). Excess Mortality Estimation During the COVID-19 Pandemic: Preliminary Data from Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 33(13). doi: 10.20344/amp.13928
- Norouzinia, R., Yarmohammadian, M. H., Ferdosi, M., Masoumi, G., & Ebadi, A. (2020). Professional Resilience among Trauma Emergency Department Nurses in Iran: A Qualitative Study. *Advanced Journal of Emergency Medicine*. doi: 10.22114/ajem.v0i0.363
- Ollaik, L. G., & Ziller, H. M. (2012). Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educação e Pesquisa*, 38(1), 229-242. doi:10.1590/S1517-97022012005000002
- OPP, Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). *Código Deontológico*. Ordem dos Psicólogos: Lisboa.
- Ortega-Galán, Á. M., Ruiz-Fernández, M. D., Lirola, M. J., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., ... & Fernández-Martínez, E. (2020, December). Professional Quality of Life and perceived stress in health professionals before COVID-19 in Spain: Primary and hospital care. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 4, p. 484). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. doi: doi:10.3390/healthcare8040484
- Palma-García, M., & Hombrados-Mendieta, I. (2017). Resilience and personality in social work students and social workers. *International Social Work*, 60(1), 19-31. doi: 10.1177/0020872814537856
- Paranhos, R., Figueiredo Filho, D. B., Rocha, E. C. D., Silva Júnior, J. A. D., & Freitas, D. (2016). Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*, 18(42), 384-411. doi: 10.1590/15174522-018004221

- Pasquali, L. (2003). *Psicometria – Teoria dos testes na psicologia e educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Paula, G. S. de, Gomes, A. M. T., França, L. C. M., Neto, F. R. A., & Barbosa, D. J. (2020). A enfermagem frente ao processo de morte e morrer: uma reflexão em tempos de Coronavírus/Nursing in front of the death and dying process: a reflection in times of Coronavirus. *Journal of Nursing and Health*, 10(4). doi: 10.15210/JONAH.V10I4.18977
- Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S., Janeiro, C., & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para Adultos (ERA). Relvas, AP, & Major, S.(2016). *Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação*. In *Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação*, 2, 37-62.
- Pereira, M., Cardoso, M., Alves, S., Narciso, I., & Canavarro, M. C. (2013). Estudos preliminares das características psicométricas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. Allen Gomes (Eds.), *Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 93-103). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Pérez-Chacón, M., Chacón, A., Borda-Mas, M., & Avargues-Navarro, M. L. (2021). Sensory Processing Sensitivity and Compassion Satisfaction as Risk/Protective Factors from Burnout and Compassion Fatigue in Healthcare and Education Professionals. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 611. doi: 10.3390/ijerph18020611
- Peterson, U. (2008). *Stress and burnout in healthcare workers*. Institutionen för klinisk neurovetenskap/Department of Clinical Neuroscience. Föreläsningssalen.
- Rache, B., Rocha, R., Nunes, L., Spinola, P., Malik, A. M., & Massuda, A. (2020). Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à COVID-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. *São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde*.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 102066. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066
- Ramaci, T., Barattucci, M., Ledda, C., & Rapisarda, V. (2020). Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability*, 12(9), 3834. doi: 10.3390/su12093834
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde 2ª ed. Lisboa, Placebo*.
- Richards, L., & Morse, J. M. (2012). *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Sage.
- Rosenfield, P. J., & Jones, L. (2004). Striking a balance: training medical students to provide empathetic care. *Medical Education*, 38(9), 927-933. doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01931.x
- Rothe, C., Schunk, M., Sothmann, P., Bretzel, G., Froeschl, G., Wallrauch, C., ... & Seilmaier, M. (2020). Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in

- Germany. *New England Journal of Medicine*, 382(10), 970-971. doi: 10.1056/NEJMc2001468
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of clinical nursing*, 29(21-22), 4321-4330. doi: 10.1111/jocn.15469
- Rutten BPF, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128(1):3-20. doi: 10.1111/acps.12095
- Saadati, R. M. T., & Poorhosein, F. S. (2020). Recommendations for Improving the Mental Health of Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic, Letter. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. v14, 2. doi: 10.5812/ijpbs.103918.
- Saldaña, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage.
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., & Vera-Villaruel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), e1298-e1298. doi: 10.30849/ripijp.v54i1.1298
- Sanders, P. (1982). Phenomenology: a new way of viewing organizational research. *Academy of Management Review*, 7 (3), 353-360. doi: 10.5465/amr.1982.4285315
- Santos, A. G. D. (2018). *Fadiga por compaixão, síndrome de Burnout e a satisfação por compaixão em profissionais de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, Alagoas, Brasil. <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3726>
- Santos, R., & Moreira, M. (2014). Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. *Cien Saude Coletiva*, 19(12):4869-4878. doi:10.1590/1413-812320141912.18862013
- Sardinha, A., & Féres-Carneiro, T. (2020). Intervenções Preventivas com Casais: O que Podemos Aprender com a Experiência Internacional?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35. doi: 10.1590/0102.3772e35nspe11
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*. Vol. 14 No. 3, pp. 204-220. doi:10.1108/13620430910966406
- Schmidt, L. K. (2012). *Hermenêutica* (F. Ribeiro, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Schultz, C. C., Corrêa, K. I. D., Vaz, S. M. C., de Fátima Colet, C., & Stumm, E. M. F. (2020). Resiliência da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar com ênfase na pandemia COVID-19. *Research, Society and Development*, 9(11), e539119466-e539119466. doi: 10.33448/rsd-v9i11.9466

- Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020). Bereavement support on the frontline of COVID-19: recommendations for hospital clinicians. *Journal of pain and symptom management*, 60(2), e81-e86. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024
- Sevilla-Casado, M., & Ferré-Grau, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: datos y significados. *Gerokomos*, 24(3), 109-114.
- Shapiro, J. (2011). Illness narratives: reliability, authenticity and the empathic witness. *Med. Humanit* 37:68–72. doi: 10.1136/jmh.2011.007328
- Shi, Y., Wang, J., Yang, Y., Wang, Z., Wang, G., Hashimoto, K., & Liu, H. (2020). Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*, 100064. doi:10.1016/j.bbih.2020.100064
- Silva A. G., Miranda, D. M., Diaz, A. P., Teles, A. L. S., Malloy-Diniz, L. F., & Palha, A. P. (2020a). Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Brazilian journal of psychiatry*, (AHEAD). doi: 10.1590/1516-4446-2020-0009
- Silva, Antônio Augusto Moura da. (2020). Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200021. doi:10.1590/1980-549720200021
- Silva, D. F. O., Cobucci, R. N., Soares-Rachetti, V. D. P., Lima, S. C. V. C., & Andrade, F. B. D. (2021). Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 693-710. doi:10.1590/1413-81232021262.38732020
- Silva, J. V., & Carvalho, I. (2016). Physicians experiencing intense emotions while seeing their patients: what happens? *The Permanente Journal*, 20(3). 31–37. doi: 10.7812/TPP/15-229
- Silva, S. M., Baptista, P., Silva, F. J., Almeida, M. C., & Soares, R. A. (2020b) Fatores relacionados à resiliência em trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. *Rev. esc. enfermagem USP*, 54, e03550. doi:10.1590/s1980-220x2018041003550.
- Silveira, A. L. P., Colleta, T. C. D., Ono, H. R. B., Woitas, L. R., Soares, S. H., Andrade, V. L. A., & Araújo, L. A. (2016). Síndrome de burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 14(3),275-84. doi: 10.5327/Z1679-443520163215
- Silveira, D. R., & Gradim, F. J. (2015). Contribuições de Viktor Frankl ao movimento da saúde coletiva. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 21(2), 152-161. ISSN: 1809-6867
- Silveira, D. R., & Mahfoud, M. (2008). Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 567-576. doi: 10.1590/S0103-166X2008000400011

- Siqueira P., J., Zilli, F., & Griebeler O., S. (2018). Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos utentes: uma revisão integrativa. *Persona y Bioética*, 22(2), 288-302. doi: 10.5294/pebi.2018.22.2.7
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261-271. doi: 10.1080/08870449608400256
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London, UK: Sage.
- Smith, J. A., Jarman, M. & Osborn, M. (1999) Doing interpretative phenomenological analysis. In: Murray, M. and Chamberlain, K., Eds., *Qualitative Health Psychology: Theories and Methods*, Sage, London, 218-241. doi:10.4135/9781446217870.n14.
- Souza, C. G. V. M. D. (2015). *Investigação da fadiga e/ou satisfação por compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde*. Dissertação de Doutorado. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. São Paulo, Brasil. doi: 10.11606/D.47.2015.tde-12112015-122237
- Stamm, B.H. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL).
- Stamm, B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Sun, N., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*. doi: 10.1016/j.ajic.2020.03.018
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Journal of Human Growth and Development*, 16(3), 104-113.
- Teixeira, C. F. D. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. D. M., Andrade, L. R. D., & Espiridião, M. A. (2020). The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3465-3474. doi:10.1590/1413-81232020259.19562020
- Teixeira, F. D. & Prebianchi, H. B. (2019). Comprometimento, estresse e satisfação com a vida de profissionais da saúde. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 19(2) 598-606. doi: 10.17652/rpot/2019.2.15321
- Tombolato, Mário Augusto, & Santos, Manoel Antônio dos. (2020). Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI): fundamentos básicos e aplicações em pesquisa. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 26(3), 293-304.
- Torres, J., Barbosa, H., Pereira, S., Cunha, F., Torres, S., Brito, M., & Silva, C. (2019). Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 670-681. doi: 10.15309/19psd200310
- Tranquilino, A. R. A., Lucilândia de Sousa, M., da Silva Pereira, C., de Oliveira Cavalcante, V., & Leyliane dos Santos, R. (2021). Impactos en la salud mental de los profesionales

de la salud frente a la pandemia covid-19. *Cultura de los Cuidados*, 25. doi: 10.14198/cuid.2021.esp2.02

- Trugilho, S. M., Silva, V. R., da Silva, J. P., & Pinel, H. (2018). Os profissionais da saúde e a morte em contexto hospitalar: trabalho e finitude humana. *Serviço Social e Saúde*, 17(2), 215-230. doi: 10.20396/sss.v17i2.8652652
- Trumello, C., Bramanti, S. M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., ... & Babore, A. (2020). Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8358. doi:10.3390/ijerph17228358
- University of Oxford (2021, outubro). *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*. Statistics and Research Our World in Data. [internet] Oxford Martin School. Oxford, United Kingdom. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=PRT>
- Van Doremalen, N., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Gamble, A., Williamson, B. N., & Lloyd-Smith, J. O. (2020). Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*, 382(16), 1564-1567. doi: 10.1056/NEJMc2004973
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. G. Fernández-Abascal (Dir.), *Emociones positivas* (pp.375-392). Madrid: Pirámide. ISBN 978-84-368-2239-7
- Vergara, S. (2009). *Métodos de coleta de dados no campo*. São Paulo: Atlas.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165-17847.
- Wańkiewicz, P., Szylińska, A., & Rotter, I. (2020). Assessment of mental health factors among health professionals depending on their contact with COVID-19 patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5849. doi:10.3390/ijerph17165849
- Weintraub, A. C. A. D. M., Silva, A. C. L. G. D., Melo, B. D., Lima, C. C., Barbosa, C., Pereira, D. R. & Gertner, S. (2020). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2020. Cartilha. 17p.
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., and Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: a systematic review. *Burnout Res.* 6, 18–29. doi: 10.1016/j.burn.2017. 06.003
- Williamson, V., Murphy, D., & Greenberg, N. (2020). COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occupational Medicine*, Volume 70, Issue 5, pages 317–319. doi: 10.1093/occmed/kqaa052

- World Health Organization (2021, agosto 11). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Situation by Region, Country, Territory & Area. [internet] Disponível em: <https://covid19.who.int/table?tableDay=yesterday>
- World Health Organization. (2020, Julho 1). *Novel coronavirus (2019-nCoV). Situation report 51*. (Relatório 10 AM CET). Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-COVID-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-COVID-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)
- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A. E., & Qian, Y. (2020). A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal of pain and symptom management*. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549-1. doi: 10.12659/MSM.923549
- Yu, P., Zhu, J., Zhang, Z., & Han, Y. (2020). A familial cluster of infection associated with the 2019 novel coronavirus indicating possible person-to-person transmission during the incubation period. *The Journal of infectious diseases*, 221(11), 1757-1761. doi: 10.1093/infdis/jiaa077
- Zanatta, A. B., & Lucca, S. R. D. (2015). Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 0253-0258. doi: 10.1590/S0080-623420150000200010
- Zandavalli, R. B., da Silveira, J. B. D. S., Bueno, R. M., dos Santos, D. T., de Castro Filho, E. D., & Mosqueiro, B. P. (2020). Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15(42), 2213-2213. doi: 10.5712/rbmfc15(42)2213

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – PRIMEIRO ESTUDO



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

BRAGA

#### **Termo de Consentimento Informado**

Você está sendo convidado para participar da primeira fase do projeto “A EXPERIÊNCIA DE ENFRENTAMENTO E ADAPTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA PANDEMIA COVID-19, NO CONTEXTO BRASILEIRO E PORTUGUÊS”, sob responsabilidade da Doutora Armanda Gonçalves (Universidade Católica Portuguesa).

#### **OBJETIVOS DO ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO**

Pretendemos analisar a experiência de adaptação, enfrentamento e a saúde mental dos profissionais da saúde de nacionalidade portuguesa e brasileira no contexto da pandemia pela COVID-19. Sua participação é voluntária e se dará por meio do preenchimento de um questionário, inventário e escalas, no formulário a seguir.

#### **RISCOS, BENEFÍCIOS E DESPESAS**

Os riscos decorrentes de sua participação são mínimos, podendo envolver desconforto emocional diante das perguntas ou cansaço pela quantidade de itens a serem respondidos. A duração prevista do preenchimento de todas as questões é de 15 minutos. Caso sinta necessidade, você poderá interromper as tarefas, bastando fechar o navegador. Não haverá cobranças, despesas, compensações ou benefícios diretos pela sua participação, que deve ser livre e voluntária.

#### **POSSIBILIDADE DE ASSISTÊNCIA**

Se detetada necessidade por parte sua ou dos pesquisadores, você será orientado por email e, caso manifeste interesse, poderá ser encaminhado e/ou orientado para o atendimento psicológico da Universidade Católica Portuguesa e/ou poderão ser orientados sobre serviços de saúde mental disponíveis em sua região.

#### **LIBERDADES GARANTIDAS E SIGILO**

Você tem o livre direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, e sua desistência não será sucedida de nenhum prejuízo. Você também tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Os resultados serão analisados e publicados, mas sem sua identidade, esta não será divulgada, sendo guardada em sigilo. As informações cadastradas por você estão protegidas nesta plataforma de formulários do Google, considerada uma das mais seguras no mercado de dados em rede. Durante toda a recolha de dados e análise dos resultados do estudo, serão cumpridos todos os deveres éticos requisitados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e da Ordem dos Psicólogos Portugueses – OPP.

#### **FORMAS DE ACESSO AOS PESQUISADORES E À INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL**

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contacto com a pesquisadora responsável no endereço de email [luiza.orlandi@gmail.com](mailto:luiza.orlandi@gmail.com), pelo telefone +351 915 032 216.

Em caso de dúvidas, busque primeiro a nossa equipe à disposição, enviando um email para: [pesquisa.ucp.psicologia@gmail.com](mailto:pesquisa.ucp.psicologia@gmail.com).

## ANEXO B

### QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO – versão Brasil

As questões que se seguem referem-se a si próprio(a), sendo muito importantes para a correta interpretação dos dados recolhidos. Responda de forma rápida e objetiva nos espaços correspondentes:

1. Data de preenchimento? \_\_\_\_
2. Cidade?
3. Idade: \_\_\_\_
4. Sexo:
  - Masculino
  - Feminino
5. Estado Civil?
  - Solteiro(a)
  - Casado(a)
  - União Estável
  - Divorciado(a)/Separado(a)
  - Viúvo(a)
6. Filhos?
  - Sim – Quantos? \_\_\_\_
  - Não
7. Quais pessoas moram com você?
  - Sozinho
  - Pais
  - Avós
  - Cônjuge
  - Outro
  - Quantos?
8. Mora com você alguém do grupo de risco para contaminação por COVID-?
  - Sim
  - Não
9. Profissão:
  - Médico
  - Enfermeiro
  - Técnico de Enfermagem
  - Outro profissional da saúde – Qual? \_\_\_\_
10. Escolaridade?
  - Ensino médio completo
  - Ensino Técnico
  - Graduação/Licenciatura
  - Especialização (pós-graduação)
  - Mestrado – Qual?
  - Doutorado/Pós-Doutorado

11. Instituição em que trabalha?
- Pública
  - Privada
12. Contexto em que trabalha atualmente?
- Hospital
  - Unidade de Pronto Atendimento – UPA
  - SAMU
  - Centro de Atenção Psicossocial - CAPS
  - Instituição de Longa Permanência para Idosos
  - Lar de Infância e Juventude
  - Outro – Qual?
13. Se atua na área hospitalar, qual Setor ou Departamento em que trabalha?
- Emergência e Urgência
  - Pronto Atendimento
  - Ambulatório
  - Bloco cirúrgico
  - Clínica Geral
  - Internação
  - Clínica Oncológica
  - Unidade de Terapia Intensiva
  - Outro - Qual? \_\_\_
14. Quantas horas, em média, você trabalha por semana? \_\_\_\_
15. Qual é o seu turno de trabalho?
- Diurno
  - Noturno
  - Misto
  - Outro
16. Quantos anos você têm de experiência profissional na área da saúde?
- Menos de 5 anos
  - De 6 a 10 anos
  - De 10 a 15 anos
  - De 16 a 25
  - Mais de 26 anos
17. Tem alguma doença crônica diagnosticada?
- Não
  - Sim
18. Sofre de algum transtorno psiquiátrico atual?
- Não
  - Sim
19. Faz uso de algum medicamento contínuo? Qual?
- Não
  - Sim

## INVENTÁRIO DE ATUAÇÃO E PREOCUPAÇÃO NO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

20. Atuo diretamente com utentes/clientes diagnosticados com COVID-19?
- Sim
  - Não
21. Estou confiante de que sei como me proteger e proteger aos meus utentes/clientes durante essa pandemia do COVID-19?
- Sim
  - Não
22. Estou confiante de que sei como proteger meus familiares e/ou aqueles que moram comigo durante a pandemia do COVID-19?
- Sim
  - Não
23. Acredito ter conhecimento necessário para a minha atuação na assistência aos utentes/clientes infetados por COVID-19?
- Sim
  - Não
24. Confio em minhas próprias habilidades em responder com eficácia aos deveres exigidos na assistência de utentes/clientes diagnosticados ou suspeitos com COVID-19?
- Sim
  - Não
25. Confio que estou seguro e protegido quanto a infecção de COVID-19 no meu ambiente de trabalho?
- Sim
  - Não
26. Fui diagnosticado com COVID-19?
- Sim
  - Não
27. Tem alguém na minha família diagnosticado com COVID-19?
- Sim
  - Não
28. Tenho algum amigo, vizinho ou colega de profissão diagnosticado com o COVID-19?
- Sim
  - Não
29. Me sinto preocupado com a contaminação de COVID-19?
- Sim
  - Não
30. Por quais razões eu me preocupo com a infecção por coronavírus:
- Pode causar morte / doença grave
  - Afeta mais os profissionais de saúde

- Posso infectar as pessoas da minha família
  - Nenhuma vacina ainda está disponível.
  - Nenhum tratamento específico acessível.
  - Ele se espalha rapidamente.
  - Outro – Qual? \_\_
31. Percebo o meu estado de saúde mental atual em comparação com o meu estado de saúde mental antes da pandemia como?
- Ficando melhor
  - Quase inalterado
  - Pior
  - Muito pior
32. Percebo que as pessoas à minha volta (fora do ambiente hospitalar) mudaram o comportamento comigo? Como, por exemplo, se distanciaram ou demonstraram ter medo de mim?
- Sim
  - Não
33. Na globalidade, avalio o meu estresse da última semana como:
- Quase Inexistente
  - Médio
  - Elevado
  - Muito Elevado
34. Avalio o meu nível de ansiedade na última semana como:
- Quase Inexistente
  - Médio
  - Elevado
  - Muito Elevado
35. Avalio o nível da minha tristeza nessa última semana como:
- Quase Inexistente
  - Média
  - Elevada
  - Muito Elevada
36. Fiz algo para tentar diminuir o “mal-estar” que estou sentindo nessa última semana?
- Não
  - Sim – O quê? \_\_\_\_\_
37. Atualmente, estou tendo acesso a algum apoio no âmbito da saúde mental, como apoio psicológico, apoio psiquiátrico e/ou alguma linha de apoio?
- Não
  - Sim – Qual?
38. Considero importante a minha atuação profissional hoje?
- Não
  - Sim
- Descreva aspetos que considera tornar a sua atuação hoje importante?

39. Acredito que minha atuação profissional hoje faz alguma diferença?

- Sim
- Não

40. Acredito que minha atuação profissional neste contexto irá beneficiar em algum aspecto a minha vida pessoal?

- Sim
- Não

Descreva:

41. Se eu pudesse escolher, eu me recusaria em atuar nesse período de pandemia pelo COVID-19?

- Sim
- Não

Descreva aspectos que mais contribuem para a sua resposta anterior quanto a atuação no período de pandemia do COVID-19?

## ANEXO C

### QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO – VERSÃO PORTUGAL

As questões que se seguem referem-se a si próprio(a), sendo muito importantes para a correta interpretação dos dados recolhidos. Responda de forma rápida e objetiva nos espaços correspondentes:

1. Data de preenchimento? \_\_\_\_
2. Cidade
3. Idade: \_\_
4. Género:
  - Masculino
  - Feminino
5. Estado Civil?
  - Solteiro(a)
  - Casado(a)
  - União de Facto
  - Divorciado(a)/Separado(a)
  - Viúvo(a)
6. Filhos?
  - Sim – Quantos? \_\_\_\_
  - Não
7. Quais pessoas moram consigo?
  - Sozinho
  - Pais
  - Avós
  - Filhos
  - Cônjuge
  - Outro
  - Quantos?
8. Mora consigo alguém do grupo de risco para contaminação por COVID-19?
  - Sim
  - Não
9. Profissão:
  - Médico
  - Enfermeiro
  - Técnico Auxiliar de Saúde
  - Outro profissional da saúde – Qual? \_\_\_\_
10. Escolaridade?
  - Ensino Secundário
  - Ensino Profissional
  - Bacharelato

- Licenciatura
  - Especialização (pós-graduação) – Qual?
  - Mestrado – Qual?
  - Doutorado/Pós-Doutorado– Qual?
11. Instituição em que trabalha?
- Pública
  - Privada
12. Contexto em que trabalha atualmente?
- Hospital
  - Centro de Saúde
  - Linhas de Apoio
  - Lares
  - Centros de Acolhimento Toxicodependente
  - Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM
  - Outro – Qual?
13. Se atua em Hospital, qual o Setor ou Departamento em que trabalha?
- Emergência e Urgência
  - Pronto Atendimento
  - Ambulatório
  - Bloco cirúrgico
  - Clínica Geral
  - Internação
  - Clínica Oncológica
  - Unidade de Terapia Intensiva
  - Outro - Qual?\_\_
14. Quantas horas, em média, você trabalha por semana? \_\_\_\_
15. Qual é o seu turno de trabalho?
- Diurno
  - Noturno
  - Misto
  - Outro – Qual?
16. Quantos anos tem de experiência profissional na área da saúde?
- Menos de 5 anos
  - De 6 a 10 anos
  - De 10 a 15 anos
  - De 16 a 25
  - Mais de 26 anos
17. Tem alguma doença crónica diagnosticada?
- Não
  - Sim – Qual? \_\_
18. Sofre de alguma perturbação psiquiátrico atualmente?

- Não
  - Sim – Qual?
19. Faz uso de algum medicamento contínuo?
- Não
  - Sim – Qual?

## **INVENTÁRIO DE ATUAÇÃO E PREOCUPAÇÃO NO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19**

20. Atuo diretamente com utentes/utentes diagnosticados com COVID-19?
- Sim
  - Não
21. Estou confiante de que sei como me proteger e proteger aos meus utentes/utentes durante essa pandemia do COVID-19?
- Sim
  - Não
22. Estou confiante de que sei como proteger meus familiares e/ou aqueles que moram comigo durante a pandemia do COVID-19?
- Sim
  - Não
23. Acredito ter conhecimento necessário para a minha atuação na assistência aos utentes/utentes infectados por COVID-19?
- Sim
  - Não
24. Confio nas minhas próprias habilidades para responder eficazmente aos deveres exigidos na assistência de utentes/utentes diagnosticados ou suspeitos com COVID-19?
- Sim
  - Não
25. Confio que estou seguro e protegido quanto a infecção de COVID-19 no meu ambiente de trabalho?
- Sim
  - Não
26. Fui diagnosticado com COVID-19?
- Sim
  - Não
27. Tenho alguém na família diagnosticado com COVID-19?
- Sim
  - Não
28. Tenho algum amigo, vizinho ou colega de profissão diagnosticado com o COVID-19?
- Sim

- Não
29. Sinto-me preocupado com a contaminação de COVID-19?
- Sim
  - Não
30. Por que razões eu me preocupo com a infeção por coronavírus:
- Pode causar morte / doença grave
  - Afeta mais os profissionais de saúde
  - Posso infetar as pessoas da minha família
  - Nenhuma vacina ainda está disponível.
  - Nenhum tratamento específico acessível.
  - Ele espalha-se rapidamente.
  - Outro – Qual? \_\_\_
31. Percebo o meu estado de saúde mental atual em comparação com o meu estado de saúde mental antes da pandemia como?
- Ficando melhor
  - Quase inalterado
  - Pior
  - Muito pior
32. Percebo que as pessoas à minha volta (fora do ambiente hospitalar) mudaram o comportamento comigo? Como, por exemplo, distanciaram-se ou demonstraram ter medo de mim?
- Sim
  - Não
33. Na globalidade, avalio o meu stress da última semana como:
- Quase Inexistente
  - Médio
  - Elevado
  - Muito Elevado
34. Avalio o meu nível de ansiedade na última semana como:
- Quase Inexistente
  - Médio
  - Elevado
  - Muito Elevado
35. Avalio o nível da minha tristeza nessa última semana como:
- Quase Inexistente
  - Média
  - Elevada
  - Muito Elevada
36. Fiz algo para tentar diminuir o “mal-estar” que estou a sentir nessa última semana?
- Não
  - Sim – O quê? \_\_\_\_\_

37. Atualmente, estou a ter acesso a algum apoio no âmbito da saúde mental, como apoio psicológico, apoio psiquiátrico e/ou alguma linha de apoio?

- Não
- Sim – Qual?

38. Considero importante a minha atuação profissional hoje?

- Não
- Sim

Descreva aspetos que considera tornar a sua atuação hoje importante?

39. Acredito que minha atuação profissional hoje faz alguma diferença?

- Sim
- Não

40. Acredito que minha atuação profissional neste contexto irá beneficiar em algum aspeto a minha vida pessoal?

- Sim
- Não

Descreva:

41. Se eu pudesse escolher, eu me recusaria em atuar nesse período de pandemia pelo COVID-19?

- Sim
- Não

Descreva aspetos que mais contribuem para a sua resposta anterior quanto a atuação no período de pandemia do COVID-19?

## ANEXO D

### Escala de qualidade de vida profissional - ProQol – versão Brasil

Considere cada uma das seguintes questões sobre você e sua situação atual. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias. Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independente do local de trabalho).

	Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Sinto-me feliz.	0	1	2	3	4
2. Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.	0	1	2	3	4
3. Sinto-me satisfeito (a) por ser capaz de ajudar as pessoas.	0	1	2	3	4
4. Sinto-me ligado aos outros.	0	1	2	3	4
5. Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.	0	1	2	3	4
6. Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.	0	1	2	3	4
7. Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	0	1	2	3	4
8. Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.	0	1	2	3	4
9. Creio que posso ter sido "infectado" pelo estresse traumático daqueles que atendo.	0	1	2	3	4
	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>
10. Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.	0	1	2	3	4
11. Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.	0	1	2	3	4
12. Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.	0	1	2	3	4
13. Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho.	0	1	2	3	4
14. Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.	0	1	2	3	4
15. Tenho crenças que me sustentam.	0	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito (a) por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.	0	1	2	3	4
17. Sou a pessoa que sempre desejei ser.	0	1	2	3	4
18. Sinto-me satisfeito (a) com meu trabalho.	0	1	2	3	4
19. Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho.	0	1	2	3	4
20. Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.	0	1	2	3	4
21. Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.	0	1	2	3	4

22. Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	0	1	2	3	4
23. Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	0	1	2	3	4
24. Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar.	0	1	2	3	4
25. Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	0	1	2	3	4
26. Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	0	1	2	3	4
27. Ocorre-me que sou bem sucedido (a) no meu trabalho.	0	1	2	3	4
28. Não consigo recordar de partes importantes do meu trabalho com as vítimas de trauma.	0	1	2	3	4
29. Sou uma pessoa muito sensível.	0	1	2	3	4
30. Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	0	1	2	3	4

## ANEXO E

### Escala de Qualidade de vida profissional – ProQol – versão Portugal

Ao prestar auxílio está a contactar diretamente com as vidas das pessoas. Abaixo pode encontrar algumas perguntas acerca das experiências, tanto positivas como negativas, que teve enquanto cuidador. Analise e responda às perguntas acerca da sua vida e da sua atual situação profissional. Escolha a opção que melhor reflete a frequência com que foi confrontado, nos últimos 30 dias, com as seguintes situações ou sentimentos.

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
0	1	2	3	4

- \_\_\_\_\_ Eu sou feliz.
- \_\_\_\_\_ : Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo.
- \_\_\_\_\_ : Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros
- \_\_\_\_\_ : Eu sinto-me ligado(a) aos outros.
- \_\_\_\_\_ : Eu salto ou assusto-me com sons inesperados.
- \_\_\_\_\_ : Eu sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que ajudo.
- \_\_\_\_\_ : Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador.
- \_\_\_\_\_ : Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu ajudo.
- \_\_\_\_\_ : Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo.
- \_\_\_\_\_ Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a).
- \_\_\_\_\_ Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido "nervoso(a)" por variadas coisas.
- \_\_\_\_\_ Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a).
- \_\_\_\_\_ Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que eu auxilio.
- \_\_\_\_\_ Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei.
- \_\_\_\_\_ Eu tenho crenças que me sustentam.
- \_\_\_\_\_ Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros.
- \_\_\_\_\_ Eu sou a pessoa que sempre quis ser.
- \_\_\_\_\_ O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).
- \_\_\_\_\_ Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).
- \_\_\_\_\_ : Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los.
- \_\_\_\_\_ : Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador.
- \_\_\_\_\_ : Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.
- \_\_\_\_\_ : Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei.
- \_\_\_\_\_ : Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar.
- \_\_\_\_\_ : Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores.
- \_\_\_\_\_ : Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema.
- \_\_\_\_\_ : Eu penso que sou um "sucesso" como cuidador.
- \_\_\_\_\_ : Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas traumatizadas.
- \_\_\_\_\_ : Eu sou uma pessoa muito carinhosa
- \_\_\_\_\_ : Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho.

## ANEXO F

### Escala de Resiliência para Adultos – RSA – versão Brasil

Por favor, leia cuidadosamente as afirmações abaixo e indique o quanto você no último mês, tem sentido e pensado em relação a você mesmo e em relação a pessoas que são importantes para você. Marque a opção correspondente que melhor descreve como você se sente

1. Quando algo imprevisto acontece	eu geralmente me sinto desorientado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	eu sempre encontro uma solução
2. Os meus planos para o futuro são	difíceis de concretizar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	concretizáveis
3. Eu gosto de estar	com outras pessoas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sozinho
4. Na minha família, a concepção do que é importante na vida é	bastante diferente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a mesma
5. Assuntos pessoais	eu não posso discutir com ninguém	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	eu posso discutir com amigos e familiares
6. Eu funciono melhor quando	eu tenho um objetivo a alcançar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	eu vivo um dia de cada vez
7. Os meus problemas pessoais	eu sei como solucioná-los	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	são impossíveis de solucionar
8. Eu sinto que o meu futuro	é promissor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	é incerto
9. Poder ser flexível em relações sociais	é algo que eu não me importo com	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	é importante para mim
10. Eu me sinto	muito bem com a minha família	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	não me sinto bem com a minha família
11. Aquelas que me encorajam	são amigos e familiares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ninguém me encoraja
12. Quando vou fazer algo	me atiro direto nas coisas sem planejar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	prefiro ter um plano
13. Nos meus julgamentos e decisões	tenho frequentemente incertezas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	acredito firmemente
14. Os meus objetivos	eu sei como atingi-los	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	eu estou incerto sobre como atingi-los
15. Novas amizades	tenho facilidade em me vincular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	tenho dificuldades em me vincular
16. A minha família caracteriza-se por	desunião	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	boa união
17. A solidariedade entre meus amigos	é ruim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	é boa
18. Eu tenho facilidade para	organizar o meu tempo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	perder o meu tempo
19. A crença em mim	me ajuda em períodos difíceis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	pouco me ajuda em períodos difíceis
20. Os meus objetivos para o futuro são	vagos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	bem pensados
21. Fazer contato com novas pessoas	é difícil para mim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	eu tenho facilidade
22. Em momentos difíceis	a minha família mantém uma visão positiva do futuro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a minha família tem uma visão negativa do futuro
23. Quando algum membro da minha família entra em crise	eu fico sabendo rapidamente da situação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	eu sou um dos últimos a ficar sabendo da situação
24. Regras e rotinas fixas	faltam no meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	facilitam o meu dia-a-dia
25. Em adversidades eu tenho tendência a	ver as coisas de um jeito ruim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ver de um modo bom para que eu possa crescer
26. Quando estou na presença de outras pessoas	tenho facilidade em rir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	não consigo rir
27. Em relação a outras pessoas, na nossa família nós	nos apoiamos pouco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	somos leais
28. Eu tenho apoio	de amigos e familiares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	não tenho apoio de ninguém
29. Acontecimentos na vida que para mim são difíceis	eu consigo lidar com eles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	eu estou em constante estado de preocupação
30. Iniciar uma conversa interessante, eu acho	difícil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fácil
31. Na minha família nós gostamos	de fazer coisas em conjunto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	de cada um fazer algo por si próprio
32. Quando preciso	eu não tenho nunca alguém que pode me ajudar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	tenho sempre alguém que pode me ajudar
33. Os meus amigos/familiares próximos	valorizam as minhas qualidades	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	veem com maus olhos as minhas qualidades

## ANEXO G

### Escala de Resiliência para Adultos – RSA – versão Portugal

Por favor, leia cuidadosamente as afirmações abaixo e indique o quanto você no último mês, tem sentido e pensado em relação a você mesmo e em relação a pessoas que são importantes para você. Marque a opção correspondente que melhor descreve como você se sente

1	Quando acontece alguma coisa imprevista	Frequentemente sinto-me desorientado(a)	1 2 3 4 5 6 7	Encontro sempre uma solução
2	Os meus planos para o futuro são	Difíceis de realizar	1 2 3 4 5 6 7	Possíveis de realizar
3	Eu gosto de estar	Com outras pessoas	1 2 3 4 5 6 7	Sozinho
4	A perspectiva da minha família sobre o que é importante na vida é	Muito diferente da minha	1 2 3 4 5 6 7	Muito semelhante à minha
5	Posso discutir assuntos pessoais com	Ninguém	1 2 3 4 5 6 7	Amigos/familiares
6	Estou no meu melhor quando	Tenho um objectivo claro por que lutar	1 2 3 4 5 6 7	Consigo levar um dia de cada vez
7	Os meus problemas pessoais	Sei como resolvê-los	1 2 3 4 5 6 7	Não têm solução
8	Sinto que o meu futuro parece	Muito promissor	1 2 3 4 5 6 7	Incerto
9	Ser flexível em contextos sociais	Não é importante para mim	1 2 3 4 5 6 7	É muito importante para mim
10	Eu sinto-me	Muito feliz com a minha família	1 2 3 4 5 6 7	Muito infeliz com a minha família
11	Aqueles que são bons a encorajar-me	São alguns amigos próximos/familiares	1 2 3 4 5 6 7	Estão em lado nenhum
12	Quando inicio novas coisas/projectos	Raramente planeio com antecedência, apenas ando para a frente com as coisas	1 2 3 4 5 6 7	Prefiro ter um plano minucioso
13	Os meus juízos e decisões	Duvido frequentemente deles	1 2 3 4 5 6 7	Confio completamente neles
14	Os meus objectivos	Sei como atingi-los	1 2 3 4 5 6 7	Não tenho a certeza de como atingi-los
15	Novas amizades são algo	Que faço facilmente	1 2 3 4 5 6 7	Que tenho dificuldade em fazer
16	A minha família caracteriza-se por	Desunião	1 2 3 4 5 6 7	Coesão saudável
17	A ligação entre os meus amigos é	Fraca	1 2 3 4 5 6 7	Forte
18	Sou bom (boa) a	Organizar o meu tempo	1 2 3 4 5 6 7	Desperdiçar o meu tempo
19	Acreditar em mim	Ajuda-me em períodos difíceis	1 2 3 4 5 6 7	Pouco me ajuda em períodos difíceis
20	Os meus objectivos para o futuro são	Pouco claros	1 2 3 4 5 6 7	Bem pensados
21	Conhecer novas pessoas é	Difícil para mim	1 2 3 4 5 6 7	Algo em que sou bom
22	Em períodos difíceis, a minha família	Mantém uma visão positiva do futuro	1 2 3 4 5 6 7	Vê o futuro como negro
23	Quando um familiar passa por uma crise/ emergência	Sou imediatamente informado	1 2 3 4 5 6 7	Leva bastante tempo até que me digam
24	Regras e rotinas habituais	Estão ausentes no meu dia-a-dia	1 2 3 4 5 6 7	Simplificam o meu dia-a-dia
25	Em períodos difíceis tenho tendência a	Ver tudo negro	1 2 3 4 5 6 7	Encontrar algo bom que me ajuda a crescer/prosperar
26	Quando estou com outras pessoas	Rio-me facilmente	1 2 3 4 5 6 7	Raramente me rio
27	Perante outras pessoas, a nossa família mostra	Pouco apoio entre os seus membros	1 2 3 4 5 6 7	Lealdade com os seus membros
28	Eu recebo apoio de	Amigos/familiares	1 2 3 4 5 6 7	Ninguém
29	Acontecimentos na minha vida que não consigo influenciar	Consigo lidar com eles	1 2 3 4 5 6 7	São uma constante fonte de preocupação
30	Para mim, pensar em bons tópicos de conversa é	Difícil	1 2 3 4 5 6 7	Fácil
31	Na minha família, gostamos de	Fazer coisas juntos	1 2 3 4 5 6 7	Fazer coisas sozinhos
32	Quando preciso	Não tenho ninguém que me possa ajudar	1 2 3 4 5 6 7	Existe sempre alguém que me pode ajudar
33	Os meus amigos/familiares próximos	Apreciam as minhas qualidades	1 2 3 4 5 6 7	Não gostam das minhas qualidades

## ANEXO H

### Termo de Consentimento informado – segundo estudo



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

BRAGA

#### Termo de Consentimento Informado

Você está sendo convidado para participar da segunda fase do projeto “A EXPERIÊNCIA DE ENFRENTAMENTO E ADAPTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA PANDEMIA COVID-19, NO CONTEXTO BRASILEIRO E PORTUGUÊS”, sob responsabilidade da Doutora Armanda Gonçalves (Universidade Católica Portuguesa).

#### OBJETIVOS DO ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO

Pretendemos analisar a experiência de adaptação, enfrentamento e a saúde mental dos profissionais da saúde de nacionalidade portuguesa e brasileira no contexto da pandemia pela COVID-19. Sua participação é voluntária e se dará por meio da realização de uma entrevista semiestruturada online com o pesquisador responsável pela mesma. Para a entrevista será necessária a utilização da plataforma Zoom, em que será previamente agendada com o voluntário. Esta entrevista será passível de gravação de áudio e vídeo, para posterior transcrição da mesma, com finalidade apenas investigativa.

#### BENEFÍCIOS E DESPESAS

Os riscos decorrentes de sua participação são mínimos, podendo envolver desconforto emocional diante das perguntas ou cansaço pela quantidade de respostas a serem realizadas. A duração prevista da investigação por meio da entrevista é de 50 a 60 minutos. Caso sinta necessidade, você poderá interromper as tarefas, bastando avisar ao investigador/entrevistador e sair da reunião online. Não haverá cobranças, despesas, compensações ou benefícios diretos pela sua participação, que deve ser livre e voluntária.

#### POSSIBILIDADE DE ASSISTÊNCIA

Se detetada necessidade por parte sua ou dos pesquisadores, você será orientado por email e, caso manifeste interesse, poderá ser encaminhado e/ou orientado para o atendimento psicológico da Universidade Católica Portuguesa e/ou poderão ser orientados sobre serviços de saúde mental disponíveis em sua região.

#### LIBERDADES GARANTIDAS E SIGILO

Você tem o livre direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, e sua desistência não será sucedida de nenhum prejuízo. Você também tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. As entrevistas serão transcritas e os resultados destas serão analisados e publicados, mas sem sua identidade, esta não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Durante toda a recolha de dados e análise dos resultados do estudo, serão cumpridos todos os deveres éticos requisitados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e da Ordem dos Psicólogos Portugueses – OPP.

#### FORMAS DE ACESSO AOS PESQUISADORES E À INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contacto com a pesquisadora responsável no endereço de email [luiza.orlandi@gmail.com](mailto:luiza.orlandi@gmail.com), pelo telefone +351 915 032 216.

Em caso de dúvidas, busque primeiro a nossa equipe à disposição, enviando um email para: [pesquisa.ucp.psicologia@gmail.com](mailto:pesquisa.ucp.psicologia@gmail.com).

## ANEXO I

### Guião da Entrevista Semiestruturada:

#### A experiência de enfrentamento e adaptação dos profissionais da saúde durante a pandemia covid-19

- Nome?
  - Idade?
  - Cidade?
  - Estado Civil?
  - Filhos?
  - Profissão?
  - Contexto de trabalho atual?
  - Atividade Atual?
1. Descreva sua experiência de atuação durante a pandemia da covid-19, com utentes infetados pela covid-19?
  2. Na sua experiência de trabalho, tendo em vista as características desse vírus, quais são as suas principais preocupações?
    - Em particular, como a sua experiência é afetada pelo risco de contágio?
  3. Como é para o senhor(a) atuar e contribuir nesse período, de enfrentamento dessa pandemia mundial?
  4. Neste período de pandemia qual terá sido para si a experiência mais marcante?
  5. Qual foi para si o momento mais positivo e qual momento mais negativo?
    - a. Como é que estes momentos o afetaram?
    - b. Como lidou com essa situação?
    - c. Que fatores o ajudaram a lidar com a situação?
    - d. Qual significado estes momentos tiveram para si?
  6. De alguma forma a experiência durante a pandemia da covid-19 fê-lo refletir sobre a escolha da sua profissão?
    - a. Como avalia a importância da sua profissão nos dias de hoje?
  7. Quais terão sido os benefícios e/ ou malefícios dessa experiência para a sua vida?
  8. Como se vê a si próprio, profissional e pessoalmente, antes de atuar durante a pandemia e agora?
  9. O que leva consigo de mais importante após essa experiência?
  10. Quais seriam as suas sugestões para os profissionais da saúde para momentos semelhantes no futuro?
  11. Tem algum tema que não foi abordado que julga ser pertinente?

**ANEXO J – Quadro da Análise de conteúdo: “Responsabilidade profissional e Realização pessoal durante a atuação no contexto pandêmico”**

**Quadro 1.**

*Aspetos considerados para ter a percepção da atuação ser importante hoje*

Subcategorias	Indicadores e critérios	Frequência	
Oportunidade de gerar conhecimento	Adquirir conhecimento	8	
Urgência do contexto covid-19	Percebe a situação atual com particularidades graves, o foco está nas demandas do contexto a fim de atendê-la	16	
Responsabilidade profissional	Dever da profissão	Cumprir e honrar o dever da profissão	12
	Importância da atividade que exerce	Percebe a relevância, importância da atividade que está a exercer, impacto;	26
Cuidado humanizado no âmbito emocional	Responsabilidade com a profissão que exerce	A responsabilidade e o modo com que assume o exercício da profissão	9
	Prestar apoio emocional	Acolher as emoções e sentimentos das pessoas e colaborar de forma mais humanizada	36
Saúde do utente	Prestar cuidados	Percebe a possibilidade de ajudar, cuidar, ser útil	13
	Preocupação/apoio com a saúde mental	Promover a saúde mental do utente, cuidado psicológico	29
	Preocupação/apoio com a saúde física	Preocupa-se com a saúde física das pessoas	22
Realização de algo único	Sentimento de unicidade	Percebe sua atuação como única, tem algo a entregar diferencial no seu trabalho, servir de forma singular,	16

**Quadro 2.***Aspectos considerados como benefícios à vida pessoal atuar na profissão neste contexto de pandemia*

Subcategorias	Subcategorias	Indicadores e critérios	Frequência
Desenvolvimento humano	Crescimento enquanto pessoa	Crescimento e desenvolvimento pessoal, aponta desenvolvimento de habilidades como empatia, compaixão, maturidade e estar mais humano	51
	Resiliência	Declara poder se tornar mais forte, resiliente, ter se adaptado	12
	Ter foco	Percebe-se mais focado, ocupado, concentrado	5
Sentido da Vida	Rever os valores da Vida	Valor da vida, mudança de olhar sobre a vida, rever o sentido.	18
	Bem-estar pessoal	Sensação de bem-estar com a atividade que exerce	7
Realização e satisfação no exercício da profissão	Realização pessoal	Realizar-se enquanto pessoa, satisfação, cumprir a missão	7
	Colaborar com o próximo	Percebe como benefício poder colaborar com as pessoas, ajudar	7
Contribuir de forma única	Sentimento de utilidade	Percebe o momento como uma possibilidade de ser útil	11
	Crescimento profissional	Percebe o momento bom para aprender, aprimorar, ver sua profissão mais reconhecida.	35
Cuidado com a própria saúde	Rever significado do trabalho	Percebe que mudou o sentido, significado e valor do trabalho para si	4
	Cuidado com a saúde física	Melhorou o cuidado e atenção com a saúde física	4
	Cuidado com a saúde mental	Melhor cuidado com a saúde mental	3
Financeiro	Melhor Financieiramente	Percebe o momento favorável para ter maior rentabilidade, promoção no trabalho	6

**Quadro 3.***Aspetos considerados para justificar a escolha em não se recusar à atuar profissionalmente durante a pandemia covid-19*

Categories	Subcategorias	Indicadores e critérios	Frequência
Amor	Amor à profissão	Declara amar a profissão, e a atividade que exerce	9
Honra	Cumprir o dever	percebe que deve honrar seu juramento da profissão, percebe que está cumprindo o seu dever	51
Missão	Cumprir necessidade do contexto	Percebe que precisa atender às necessidades do contexto.	25
	Contribuição ao próximo	Prioridade é a pessoa que precisa de ajuda, foco em ajudar as pessoas	31
	Sentimento de missão	Percebe que realiza uma missão de vida nessa atividade	5
Crescimento profissional	Aprimoramento profissional	Não recusaria pois percebe que é um momento de crescimento profissional, adquirir conhecimento, progressão de carreira	8
	Reconhecimento profissional	Percebe que ao trabalhar tem reconhecimento profissional	3
Exercício da Singularidade	Fazer a diferença	Sentimento de perceber que sua atuação faz a diferença, realiza algo único	9
	Sentimento de Utilidade	Percebe que não recusaria trabalhar, pois se sente útil nesse momento	4
	Sentimento de ser capaz de	Se sente capaz pessoalmente e profissionalmente para atuar nesse momento	8
Sem risco de contaminação Financeiro	Não tem risco de contaminação Financeiro	Percebe que exercer sua profissão não coloca em risco a si mesmo	2
		Percebe que necessita financeiramente estar trabalhando	2

**Quadro 4.***Aspetos considerados para justificar a escolha em se recusar à atuar profissionalmente durante a pandemia covid-19*

Subcategorias	Indicadores e critérios	Frequência
Risco do Contágio	Está com medo de contaminar a si mesmo	20
	Está com medo de contaminar amigos e familiares	12
	Percebe que trabalhar implica estar distante daqueles que lhe são importantes	2
	Percebe a doença com grande gravidade, em relação ao contágio, sintomas e risco de morte	4
Esgotamento emocional	Percebe que está ficando com medo, estresse, angústia e ansiedade.	2
Falta de conhecimento necessário e/ou recursos	Percebe que lhe falta conhecimento, informação necessária e recursos como métodos, protocolos, equipamentos para exercer sua profissão	3
Desvalorização da profissão	Percebe que a sociedade não valoriza a profissão que exerce	3
	Não vê necessidade de estar trabalhando nesse momento	1

**ANEXO K – Quadro da Análise Fenomenológica Interpretativa: Experiência, adaptação e enfrentamentos dos profissionais da saúde na linha de frente covid-19**

<b>Domínios</b>	<b>Tema central</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Indicadores / Palavras-chave</b>	<b>Excerto</b>
	<b>A linha de frente da covid-19</b>	<p>A sobrecarga de horas e turnos de trabalho 5</p> <p>A sobrecarga de atividade no trabalho 5</p> <p>Imprevisibilidade do estado clínico dos utentes 5</p> <p>A adaptação de novos hábitos para proteção 5</p> <p>Profissionais sem experiência cometem erros/negligências 5</p> <p>Perceção da gravidade do vírus 4</p> <p>Superlotação do hospital 4</p> <p>Prejuízos pelo afastamento da família do utente 4</p> <p>Adaptação de novas rotinas no contato com a família do utente 3</p> <p>A pressão para aumentar carga horária de trabalho 3</p> <p>Falta de conhecimento e orientação adequada quanto ao tratamento 3</p> <p>Mudanças de protocolos e rotinas do trabalho 3</p> <p>O “Pronar” – a exceção que se tornou regra 3</p> <p>Lidar com utentes graves 3</p> <p>Colegas infetados 3</p> <p>Tempo longo de pandemia 3</p> <p>Impossibilidade de atender as próprias necessidades no trabalho 2</p>	<p>Caracterização do contexto e da experiência, descrição das circunstâncias e variáveis presentes na experiência</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga</li> <li>• Lotação</li> <li>• Proteção</li> <li>• Infecção</li> <li>• Vírus</li> <li>• Carga horária</li> <li>• Pressão</li> <li>• Erros</li> <li>• Negligência</li> <li>• Grave</li> <li>• Quadro clínico</li> <li>• Hábito</li> <li>• Protocolo</li> <li>• Pronar</li> </ul>	<p>“assim aquela coisa de rotina, ela não segue sendo fácil a gente tem que ir, preparado para talvez hoje, você não vá conseguir comer, talvez hoje você não vai conseguir sentar no seu plantão” - P8</p> <p>“domingo onde as ambulâncias deram a volta e iam embora” P13</p> <p>“medo de quê essas pessoas morressem sem sem amparo porque elas estavam no isolamento né sem poder pegar na mão ninguém, sem o toque humano” P8</p> <p>“com a piora da nova onde, eu fui chamada mais uma vez, eu e todo mundo para aumentar a carga horária” P12</p> <p>“minha uti sofreu uma contaminação em massa então de 55 profissionais, 54 foram contaminados, eu fui a única que não fui” P13</p>

Atuar na linha de frente da covid-19

<p><b>Impactos da experiência</b></p> <p>Angústia no início da pandemia 6 Medo face ao risco de contaminação 6 Cansaço físico 6 A Tensão da paramentação 5 Sensação de impotência 5 Apreensão em procedimentos de risco de exposição 3 Abalo emocional frente ao aumento de casos 2 Medo pelo início desconhecido 2 Sensação de não saber qual tratamento realizar 2 Cansaço da equipa 2</p>	<p>Impactos diante da experiência vivida no trabalho, desafios enfrentados e repercussões emocionais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paramentação</li> <li>• Cansaço</li> <li>• Impotente</li> <li>• Medo</li> <li>• Desconhecido</li> <li>• Contaminação</li> <li>• Tratamento</li> <li>• Início</li> <li>• Exposição</li> <li>• Procedimento</li> <li>• Aumento de casos</li> </ul>	<p>“medo de ficar infetado, porque nunca se sabe, quais são as consequências, sequelas e sintomas” P3</p> <p>“eu já tinha que ficar sob estresse da paramentação, sob o estresse do uso da máscara, uso constante que machuca o rosto” P12</p> <p>“os utentes morrendo sem atendimento e isso me deu um desespero muito grande, me deixou muito abalada” P14</p> <p>“era uma coisa que nós não sabíamos lidar, tratávamos sintomas e depois demorava muito tempo a recuperar” P3</p>
<p><b>Impactos sociais e familiares</b></p> <p>Apoio emocional da família 6 Restrições sociais por ser profissional da saúde 5 Afastamento dos familiares 4 Falta do contato afetivo 4 Desgaste nas relações e desarmonia na equipa de trabalho 4 Medo de contaminar família 3 Afastamento social 3 Adoção de novos hábitos para proteger família do contágio 2 Apoio e aceitação familiar do projecto profissional 2 Apoio emocional da equipa 2 União equipa 2</p>	<p>Impactos no âmbito social e familiar diante da experiência vivida profissionalmente.</p> <p>Repercussões na vida particular, social, e na equipa de trabalho.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Família</li> <li>• Apoio</li> <li>• Amigos</li> <li>• Isolamento</li> <li>• Desabafar</li> <li>• União</li> <li>• Abraço</li> </ul>	<p>“apesar de ter contato com a minha mãe a gente não fica muito perto, então quanto que isso para mim, tem feito falta de estar em contato com amigos” P14</p> <p>“as relações de trabalho tóxicas, desgasta o profissional de saúde (...) a situação já é muito difícil, para as relações interpessoais, ficarem tão tensas P1</p>

	<p><b>Fronteira da vida e morte</b></p> <p>Desequilíbrio entre mortes e recuperados 5 Experiências traumáticas de perdas pelas histórias marcantes 3 Reconhecimento da inevitabilidade perda 2 Percepção de não ter como evitar a realidade da morte 2 Pedido do utente em não deixá-lo morrer 2 Percepção do limite das intervenções médicas 2</p> <p><b>Defrontar-se com a morte</b></p> <p>Confusão emocional/abalo/descarga emocional diante da perda 4 Sensação de que pode acontecer consigo mesmo 4 Dificuldade em aceitar algumas perdas 3 Esperar pelo pior no trabalho 3 Reconhecimento de que somos todos iguais perante doença e morte 3 Habituação diante dos números de mortes 3 Sensação de culpa diante de perdas 2 Aceitação diante do reconhecimento do ciclo natural da vida 2 Percepção do tema da morte como um tabu 2</p> <p><b>Defrontar-se com a morte</b></p> <p>Impactos pessoais na experiência de assistir utentes diante da morte e repercussões emocionais a partir da realidade da morte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perder</li> <li>• Desespero</li> <li>• Culpa</li> <li>• Erro</li> <li>• Ciclo natural</li> <li>• Morte</li> <li>• Morrer</li> <li>• Falar sobre a morte</li> </ul> <p>“a pandemia ela trouxe a seguinte circunstância, então assim eu lidava com a morte de forma frequente, mas não era de forma diária, não necessariamente eu perdia doentes todos os dias” P12</p> <p>“É duro quando a gente escuta o monitor apitando, aí você fala assim, fim de jogo” P13</p> <p>“era um colega que formou depois de mim, na mesma faculdade, não era próximo, mas você se colocava Eu acho que quando você se coloca assim: não isso poderia acontecer comigo também” P1</p> <p>“A gente meio que já se acostumou com a rotina. Só que é perder, perder, perder” P12</p>
<p><b>Eu na Linha de Frente</b></p>	<p>Enfrentamento pessoal e a resposta pessoal diante da atuação profissional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissão</li> <li>• Trabalho</li> <li>• Contribuição</li> <li>• Capaz</li> <li>• Cobrar</li> <li>• Falhar</li> </ul> <p>“tô podendo numa crise mundial fazer parte disso, realmente enriquecedor e é o que dá força para gente continuar” P14</p> <p>“a gente sai do trabalho e vem a pensar no que deixou” P3</p> <p>“eu trato os meus doentes, Como eu gostava que me tratassem a mim, portanto não posso de forma alguma falhar no que quer que seja” P3</p>

	<p>Cuidar como se fosse a si mesmo 4  Sentimento de ser indispensável 4  Cuidado humanizado com o utente 3  Lutar junto ao utente 3  Percebe na situação que tem um dever a ser cumprido 3  Motivar o utente a se recuperar 2  Ser mais empático com os profissionais 2  Perceção que sua atuação faz a diferença 2  Medo de falhar 2  Se vê mais empática no trabalho 2  Papel profissional parte da identidade 2</p> <p>• Responsabilidade  • Cuidar  • Necessária  • Lutar  • Dever  • Motivar  • Empatia  • Diferença</p> <p>“eu não podia desistir, eu não podia abandonar tudo, porque precisavam de mim” P14  tem utente que ele só quer segurar a sua mão na hora dentro do hospital ele só precisa (...) aí você fala assim eu faço parte desses profissionais que passa confiança para esse utente” P13  “a doente quando ela acordou ela estava muito ansiosa, aí eu falei olha nós somos uma dupla, fica comigo, fica calma, porque eu preciso de você calma para isso aqui dar certo” P12</p> <p><b>Meu olhar da linha de frente</b></p> <p>Perceção de seu trabalho como uma “missão” pessoal 6  Cenário de guerra 4  Perceção de viver um momento histórico 3  Uso de metáfora 3</p> <p>Sentido e/ou visão pessoal dado à realidade, compreensão da realidade vivenciada de forma lírica.  • Guerra  • Lutar  • Inimigo  • Missão  • Propósito  • Dever  • Jornada</p> <p>“É uma missão, 100% missão E aí fica mais leve” P13  “eu não sou a salvadora da pátria, mas eu sou mais um grão na areia da praia, e se eu sair de lá, a praia fica menor, então nesse contexto foi que eu fiquei em 4 hospitais, por quase 5 meses” P12  “vamos no barco pronto, estamos em pleno, em pleno mar, já está dentro da agitação, já sabemos como controlar, já estamos a levar isto ao porto, já estamos com pressa de chegar a costa, e relaxar, espero eu” P3</p>
--	---

<p style="text-align: center;"><b>Implicações Psicológicas</b></p>	<p><b>Implicações Psicológicas</b></p> <p>Desestabilização emocional 4  <i>Adoecimento Psicossomático</i> 3  Percepção de ir no seu extremo 3  Sentir-se responsável se contaminar familiares/outros 3  Impacto do cansaço no exercício profissional 3  Aumento da alimentação 3  Ansiedade 3  Sentir-se com alguns sintomas sem estar contaminada 2  Abalo emocional para ir trabalhar 2  Alteração do sono 2  Sensação de solidão 2  Momentos de choro 2</p>	<p>Consequências e efeitos negativos no psicológico, a partir da experiência de atuação. Percepção de desgaste e/ou comprometimento psíquico; prejuízo nas atividades e rotinas diárias; dano na saúde global.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer</li> <li>• Choro</li> <li>• Desespero</li> <li>• Cansaço</li> <li>• Exaustão</li> <li>• Limite</li> <li>• Ansiedade</li> <li>• Culpa</li> <li>• Dormir</li> <li>• Sono</li> <li>• Pânico</li> <li>• Solidão</li> </ul>	<p>“eu acho que o principalmente é afetar o físico claramente, mas muito o psicológico, que deixa os profissionais de saúde mais perturbados com isso, porque vemos o estado da situação” P3</p> <p>“eu engordei 10 kilos, você desconta na ansiedade, você come mal, você come mais, o plantão é comida de iFood, então engordei 10 kilos, e eu falei, não, eu tenho que parar porque eu comecei a me matar” P12</p> <p>“A princípio foi um pânico, porque o meu primeiro plantão, eu me lembro como eu cheguei. Eu lembro que eu cheguei chorando muito” P8</p>
<p style="text-align: center;"><b>A resistência na linha de frente</b></p>	<p><b>A vitória da recuperação</b></p> <p>Sentimentos positivos diante da recuperação do utente 5  Experiências marcantes de utentes em casos extremos 5  Sensação de “valer a pena” diante da recuperação de utentes 2  Sensação de vitória diante da melhora do utente 2  Realização profissional ao perceber envolvimento direto com a recuperação do doente 2</p>	<p>A vivência pessoal diante da recuperação/melhora e cura do utente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperação</li> <li>• Melhora</li> <li>• Vitória</li> <li>• Realização</li> </ul>	<p>“é gratificante, sabe, a recuperação P1</p> <p>“esse me marcou mais, porque eu consegui ver, o processo dele todo. E vendo ele ir embora. Isso me deu assim mais energia, de ter visto o progresso dele todinho” P14</p> <p>“então só por hoje eu vou continuar, só por hoje eu vou fazer mais um pouco, e amanhã só por hoje eu vou fazer mais um pouco” P12</p>

<p><b>Vivência da Espiritualidade</b></p>	<p>Acreditar e espera uma intenção divina para melhorar situação pandêmica 5          Percebe a necessidade em exercitar a fé 4          Percepção que teve ajuda divina para ser forte 4          Percepção da ação/cuidado de Deus em sua vida 4          Significado religioso/espiritual para as perdas 2          Perceber-se cuidado divino por proteger a si e seus familiares 2          Sensação de gratidão 2</p>	<p>A vivência da espiritualidade, a compreensão da realidade a partir da fé, percepção da ação divina na sua vida e na realidade a sua volta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fé</li> <li>• Deus</li> <li>• Divino</li> <li>• Ser superior</li> <li>• Oração</li> </ul>	<p>“eu acredito sim que precisamos sim de rezar, de oração, de fé em Deus, para que nós mesmos através da incidência de Um ser superior, divino, consiga nos orientar, para sair dessa circunstância” P12</p> <p>“sempre fui muito de rezar, antes de entrar em plantão e muitas vezes eu me pego rezando muito por um utente” P13</p> <p>“a questão da minha fé, de a gente não se abalar, de se sentir abençoada, de gratidão a Deus por estarmos aqui” P14</p>
<p><b>Busca por recursos</b></p>	<p>Busca da fé 5          Busca por apoio psicológico 4          Mecanismos de coping 3          Realizar atividade que gosta/prazer 3          Busca por atividade física 2</p>	<p>Busca por recursos para lidar e enfrentar a realidade da atuação profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade física</li> <li>• Prazer</li> <li>• Terapia</li> <li>• Oração</li> <li>• Deus</li> </ul>	<p>“nas poucas noites que eu tenho em casa, eu prezo pelas noites que fico em casa, meu marido pergunta como é que você tá, como é que foi seu plantão, eu pergunto se tem outro assunto. Mas eu não quero saber de notícia porque eu tô vivendo a notícia, eu não quero escutar o que tem na televisão tem para falar e não quero falar sobre o que está acontecendo” P12</p>
<p><b>Desdobramentos pessoais</b></p>	<p>Valorização do tempo 6          Valorização da própria vida 6          Valorização dos relacionamentos familiares 6          Relativização pequenos problemas cotidiano 4          Amadurecimento emocional 4          Realização pessoal 4          Valorização de coisas simples 3          Desvalorização de coisas irrelevantes 3          Percepção do crescimento pessoal 3          Sensação de estar mais fria 3          Sentimento de superação 3</p>	<p>Desdobramentos e ensinamentos no âmbito pessoal a partir da experiência de atuação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo</li> <li>• Vida</li> <li>• Inesperado</li> <li>• Crescimento</li> <li>• Amadurecimento</li> <li>• Realização</li> <li>• Fria</li> <li>• Valorizar</li> </ul>	<p>“eu vou pensar de viver o meu hoje mesmo, e eu era uma das pessoas que precisava dessa lição. Eu precisava, eu vivia muito o futuro P13</p> <p>“Já que você não tem controle sobre o tempo que você vai estar vivo. Aproveite ele, o máximo que você puder. E isso é vivido, isso não é da boca pra fora P12</p> <p>“vem aquela parte de valorizar a vida, e aproveitar mesmo essas pessoas que tão perto e ser grata a cada dia” P14</p>

	<p>Sensação de orgulho de si mesmo 2  Perceber-se uma pessoa melhor 2  Ganho do autoconhecimento 2  Mais forte 2  Se percebe mais seletiva 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importância</li> <li>• Simples</li> <li>• Superação</li> <li>• Orgulho</li> <li>• Gratidão</li> <li>• Pessoa melhor</li> <li>• Força/forte</li> <li>• Autoconhecimento</li> </ul>	<p>“muito realizada. Eu acho que eu nunca estive numa fase da minha vida tão bem mas no sentido de ver que o que eu escolhi é muito além do que um dia eu imaginei” P13</p> <p>“é isso que eu levo, sou capaz de qualquer coisa” P3</p>
<b>Visão da Vida</b>	<p>Reconhecer que não tem o controle da vida 4  Perceber a imprevisibilidade da vida 3  Percepção que a vida é breve 2</p>	<p>Aprofundamento de percepções quanto à dinâmica da vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vida</li> <li>• Breve</li> <li>• Controle</li> <li>• Imprevisibilidade</li> </ul>	<p>“a pandemia não me dá condição de me esquecer que eu não tenho controle nenhum sobre o fato de estar viva” P12</p>
<b>Desdobramentos profissionais</b>	<p>Crescimento profissional 6  Reconhecimento de que é preciso estar bem para cuidar do doente 5  Aprendizado com a experiência de atuação 5  Valorização social da profissão 5  Valorização dos outros profissionais à sua profissão 3  Rever o significado da profissão 3  Repensou na profissão 3  Aumentou mais o gosto pela profissão 2  Voltou a estudar 2</p>	<p>Desdobramentos e impactos no âmbito da atividade profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissão</li> <li>• Bem</li> <li>• Cuidar</li> <li>• Aprender</li> <li>• Valorização</li> <li>• Desistir</li> <li>• Gosto</li> <li>• Estudo</li> </ul>	<p>“no lado profissional, está sendo enriquecedor, é realmente um ganho” P14</p> <p>“então eu acho que entra o amor nisso tudo, pera aí eu preciso dormir à tarde, senão eu não dou conta de ajudar o outro” P13</p> <p>“Eu aprendi tanto já já estou aí com a manha, com os traquejos com esses utentes.P8</p> <p>“não é nada diferente, agora estão a dar muita ênfase aos enfermeiros, sempre fomos, sempre trabalhamos assim as pessoas é que não notam e não dão valor, as pessoas o governo, do a gente não reconhecem como deveriam reconhecer.” P3</p>

<p><b>Reflexões para o futuro</b></p>	<p>Melhorar a comunicação no trabalho 4                  Deixar um legado pessoal de sua experiência 4                  Vê a necessidade em deixar conhecimento para o futuro 3                  Melhorar os relacionamentos profissionais 3                  Importância do cuidado mais humanizado 3                  Falta de suporte emocional 2                  Aprimorar o cuidado para além do técnico 2</p>	<p>Percepções e sugestões para os profissionais da saúde em realidades futuras semelhantes à pandemia da covid-19, a partir de necessidades percebidas na atualidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação</li> <li>• Legado</li> <li>• Relacionamento</li> <li>• Necessidade</li> <li>• Falta</li> <li>• Suporte emocional</li> <li>• Cuidar</li> <li>• Conhecimento</li> </ul>	<p>assim as relações interpessoais elas tem que ser mais leves mais doces, mais cordiais P1</p> <p>ela crescendo lá na frente eu poder contar eu acho que eu vou sentir orgulho de tudo que eu fiz né, nesse tempo de pandemia P14</p> <p>fomos criados por muito tempo que a gente tinha que ser frio, a gente não é frio, ser frio é esse... no dia que você for totalmente frio, você não pode mais estar ali. P13</p> <p>Então eu acho que o profissional de saúde ele falta ser acolhido, por isso que teve tanta gente afastada em surto total, porque a gente não sabe lidar com a morte, a gente não estuda morte, não tem nenhuma aula sobre morte P13</p>
---------------------------------------	--	--	---