



Universidade de Aveiro

Departamento de Educação e Psicologia

2021

**Rui Miguel Pacheco
Rofino**

**Impacto da pandemia COVID-19 nos profissionais
de saúde em contexto de hemodiálise**



Universidade de Aveiro
Departamento de Educação e Psicologia
2021

**Rui Miguel Pacheco
Rofino**

**Impacto da pandemia COVID-19 nos profissionais
de saúde em contexto de hemodiálise**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Daniela Figueiredo, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e do Doutor Óscar Ribeiro, Professor Auxiliar no Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.

Esta dissertação foi desenvolvida no âmbito do projeto " POCI-01-0145-FEDER-030228", financiado pelo FEDER através do COMPETE2020 - Programa Operacional Competitividade e Internacionalização (POCI) e pelo orçamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia, na sua componente de Orçamento de Estado.

Cofinanciado por:



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Europeu
de Desenvolvimento Regional



o júri

presidente

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

Doutora Maria Constança Leite de Freitas Paúl
Professora Catedrática, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar -
Universidade do Porto

Professora Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo
Professora Coordenadora sem Agregação, Universidade de Aveiro

agradecimentos

Agradeço aos meus familiares pelo incentivo e por acreditarem em mim.

Agradeço ao Dr. Óscar Ribeiro e à Dra. Daniela Figueiredo pela ótima orientação, disponibilidade e confiança.

Agradeço à Mariana por ser luz nos dias mais sombrios.

palavras-chave

COVID-19, *Burnout*, Ansiedade, Depressão, Profissionais de Saúde, Hemodiálise

resumo

A COVID-19 é uma doença pandémica provocada pelo novo coronavírus que pode causar infeção respiratória grave e que constitui atualmente uma emergência de saúde pública global. A pandemia e respetivas medidas de prevenção e proteção levaram a uma gestão ainda mais complexa dos cuidados de saúde em geral, gestão essa que se torna particularmente sensível e rigorosa na prestação de cuidados em diálise, podendo ter impacto nos profissionais de saúde [PS] que atuam nesse contexto. A presente investigação teve como objetivo explorar as experiências e impactos da pandemia COVID-19 em PS que prestam cuidados em hemodiálise, bem como analisar os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão dos mesmos. O estudo seguiu uma metodologia mista (i.e., qualitativa e quantitativa), assente na realização de uma entrevista semiestruturada e na aplicação de dois instrumentos de avaliação psicológica: o *Maslach Burnout Inventory* [MBI] e a *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* [HADS]. Os participantes foram recrutados a partir de um centro de hemodiálise na zona Norte de Portugal, através da técnica de bola de neve, e entrevistados por videochamada. Da amostra fizeram parte 19 enfermeiros, 4 médicos e 2 farmacêuticos ($N = 25$). Os resultados referentes ao *burnout* mostraram que 32% dos PS apresentou exaustão emocional [EE], 4% despersonalização, e 12% diminuição da realização pessoal; a maioria (60%) apresentou sintomatologia ansiosa, nomeadamente as mulheres, os profissionais mais jovens, solteiros, e com menos anos de carreira profissional; 32% dos participantes apresentou sintomatologia depressiva. Quanto à análise das entrevistas, emergiram sete temas principais: (1) maiores desafios de trabalhar durante a pandemia; (2) impacto emocional; (3) outros impactos psicológicos; (4) impacto na vida pessoal; (5) estratégias para lidar com as adversidades; (6) perspetivas sobre o futuro do trabalho em hemodiálise; e (7) efeitos positivos da pandemia. Em suma, os profissionais entrevistados depararam-se com vários desafios durante a pandemia (sobrecarga de trabalho/horária, etc.), tendo no entanto recorrido a estratégias de *coping* eficazes, em particular o suporte de pares. Apesar da ausência da síndrome de *burnout* completa, os dados referentes à EE demonstram a necessidade de monitorizar a saúde mental destes profissionais. Este é um dos primeiros estudos a abordar o impacto da pandemia nos PS em contexto de hemodiálise em Portugal, identificando alguns stressores e estratégias utilizadas para lidar com as adversidades em situação de crise nessa área de atuação.

keywords

COVID-19, Burnout, Anxiety, Depression, Healthcare workers, Hemodialysis.

abstract

COVID-19 is a pandemic disease caused by the new coronavirus, which can lead to severe respiratory infection. It is currently a global public health emergency. The pandemic and the resultant implemented measures lead to an even more intricate management of healthcare services. This management is of particular complexity in hemodialysis centers, which might impact in the healthcare workers [HCW] at those settings. This study aimed to investigate the experiences and the impact of the COVID-19 pandemic in HCW who work at hemodialysis centers, as well as their levels of burnout, anxiety, and depression. A mixed methodology (qualitative and quantitative) was used, based on a semi-structured interview and on the application of two psychological assessment instruments: the Maslach Burnout Inventory [MBI] and the Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]. The HCW were recruited from a hemodialysis center in the northern region of Portugal using the snowball technique. The interviews were conducted through videocall. The sample was comprised of 19 nurses, 4 physicians, and 2 pharmaceuticals ($N = 25$). Regarding burnout, the results showed that 32% of the participants presented emotional exhaustion, 4% depersonalization, and 12% diminished personal accomplishment. In what concerns the anxiety results, 60% presented anxious symptoms, with higher values among female participants, younger professionals, individuals who were single, and those with less working experience. As for depression, 32% of the participants showed depressive symptoms. Seven main themes have emerged from the interviews' qualitative analysis: (1) biggest challenges of working during the pandemic; (2) emotional impacts; (3) other psychological impacts; (4) personal life impacts; (5) strategies to cope with adversities; (6) future perspectives about working in hemodialysis care; and (7) positive effects of the pandemic. Overall, the HCW interviewed faced several challenges during the pandemic (increased workload, etc.) which they overcame by using effective coping mechanisms, specifically peer support. Even though there was no burnout in this sample, the data show the importance of monitoring HCW's mental health. This is one of the first studies investigating the pandemic's impact on hemodialysis HCW in Portugal, bringing to light some stressors and strategies to cope with adversities in crisis situations.

Índice

Introdução	1
Insuficiência Renal Crónica Terminal: definição e epidemiologia	1
Hemodiálise: definição e impacto	1
Profissionais de Saúde em contexto de Hemodiálise	2
Burnout: definição e epidemiologia	3
Modelos conceptuais do burnout.....	5
A COVID-19 e os seus grupos de risco.....	8
Profissionais de Saúde em contexto de Hemodiálise durante a pandemia.....	9
Objetivos.....	10
Metodologia.....	11
Desenho de estudo e participantes.....	11
Procedimentos de recolha de dados.....	11
Instrumentos de recolha de dados.....	12
Questionário de caracterização sociodemográfica/profissional	12
Entrevista semiestruturada.....	12
<i>Maslach Burnout Inventory</i>	13
<i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar</i>	14
Tratamento e análise de dados.....	14
Resultados.....	15
Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	15
Burnout, Ansiedade e Depressão.....	16
Dados qualitativos	18
1. Maiores desafios de trabalhar durante a pandemia.....	18
2. Impacto emocional	20
3. Outros impactos psicológicos.....	21
4. Impacto na vida pessoal.....	21
5. Estratégias para lidar com as adversidades	21
6. Perspetivas sobre o futuro do trabalho em Hemodiálise	23
7. Efeitos positivos da pandemia	24
Discussão.....	24
Limitações e perspetivas futuras	29
Referências	31

Anexos

Anexo A. Guião de entrevista semiestruturada	ii
Anexo B. Termo de consentimento livre e esclarecido	iii
Anexo C. Tabela de análise de conteúdo.....	v
Anexo D. Mapa temático.....	xii

Índice de tabelas

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e de caracterização profissional.....	16
Tabela 2. Distribuição da amostra por pontos de corte e pontuações médias obtidas no MBI	17
Tabela 3. Distribuição da amostra por ponto de corte e pontuações médias obtidas na HADS.....	18

Lista de abreviaturas

AC – Análise de Conteúdo

BAD – *Burnout*, Ansiedade e Depressão

DP – Despersonalização

DRP – Diminuição da Realização Pessoal

EE – Exaustão Emocional

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IRC – Insuficiência Renal Crónica

IRCT – Insuficiência Renal Crónica Terminal

HADS – *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*

HD – Hemodiálise

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PS – Profissionais de Saúde

RP – Realização Pessoal

TGF – Taxa de Filtração Glomerular

TSR – Terapia de Substituição Renal

SPSS – IBM - *Statistical Package for the Social Sciences*

Introdução

Insuficiência Renal Crónica Terminal: definição e epidemiologia

O rim é responsável por diversas funções fundamentais à homeostasia do organismo, incluindo a excretória, a endócrina e a metabólica (Koeppen & Stanton, 2018). A insuficiência renal crónica [IRC] resulta da diminuição progressiva da função renal, sendo diagnosticada quando a taxa de filtração glomerular [TFG] é inferior a 60 ml/min/1,73m² por um período superior a três meses. No último estágio da IRC (insuficiência renal crónica terminal [IRCT]), a TFG atinge valores inferiores a 15 ml/min/1,73m², com perda quase total da função renal, tornando-se necessária uma terapia de substituição renal [TSR] para que a pessoa possa sobreviver (i.e., hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal), sendo a hemodiálise [HD] o tratamento mundialmente mais utilizado (Shafi & Coresh, 2018).

Em 2017, foram registados aproximadamente 700 milhões de casos de IRC no mundo (prevalência de 9,1%; Cockwell & Fisher, 2020). Em Portugal, no ano de 2019, 20640 pessoas sob TSR foram registadas. Dessas, 12523 estavam sob tratamento com HD, 852 em diálise peritoneal e 7265 foram submetidas a transplante renal. Dados como estes colocam Portugal no grupo de países da Europa com maiores taxas de incidência de pessoas com IRCT em TSR (Galvão, 2019).

Hemodiálise: definição e impacto

O papel preponderante da HD é a eliminação de solutos urémicos presentes no organismo. É realizada através de um circuito extracorpóreo em que o sangue é extraído, anticoagulado, bombeado através de um dialisador, e devolvido ao paciente. No dialisador, fundamental à HD, ocorre a difusão dos solutos (i.e., a sua movimentação de áreas de maior para áreas de menor concentração) através de uma membrana semipermeável. A troca de substâncias entre o sangue e o dialisante que correm em fluxos opostos substitui a função excretória do rim.

Para que a HD se realize é necessária a criação de um acesso vascular, preferencialmente por fístula arteriovenosa (Steddon et al., 2014), dada a sua durabilidade e segurança a longo prazo, em detrimento das próteses vasculares, viz., o enxerto arteriovenoso e o cateter venoso central (Melo et al., 2016).

Apesar de imprescindível à sobrevivência das pessoas com IRCT, a HD associa-se frequentemente a efeitos secundários com impacto no seu bem-estar físico e psicológico e na qualidade de vida (Kimmel, 2001). Tais efeitos podem ser fadiga, câibras, prurido (Cox et al., 2017), alterações na pressão arterial, perturbações do sono, dor, dificuldades na vida sexual, dificuldades laborais (Dąbrowska-Bender et al., 2018), limitações físicas (Li et al., 2016); ou ainda condições psicológicas como *stress* crónico, depressão ou ansiedade (Pereira et al., 2017; Semaan et al., 2020). Adicionalmente, a HD é realizada em centros de diálise pelo menos três vezes por semana, durante 4-5 horas por sessão (Sousa et al., 2020), constituindo um constrangimento de tempo para o paciente, e que por si só se traduz num fator preditor de uma eventual não adesão ao tratamento (Tohme et al., 2018). Em acréscimo, a HD exige ao paciente um grande e permanente autocuidado e profundas alterações no seu estilo de vida, em particular no que toca à medicação; ao cumprimento de uma dieta que exige rigoroso controlo da ingestão de alimentos e fluidos, com várias restrições (e.g., alimentos com baixo teor de sódio, potássio e fósforo; Ozen et al., 2019); e aos cuidados a ter com o acesso vascular (Sousa et al., 2017).

A adaptação a todo esse regime é complexa e pode falhar (Wang et al., 2018), com eventual prejuízo do tratamento (Beerendrakumar et al., 2018), maior risco de complicações, ou até morte (Tohme et al., 2018). Essa dificuldade de adaptação aumenta a necessidade de maior investimento por parte da equipa de nefrologia (Cukor et al., 2015), que passa a ter de lidar com a imprevisibilidade e vulnerabilidade emocional do paciente (e.g., frustração, agressividade, sintomatologia depressiva) (Kallenbach, 2016; Li et al., 2014; Ponce et al., 2019), assim como com toda uma nova organização por forma a sensibilizá-lo no sentido de destronar possíveis barreiras à adesão ao tratamento (Beerendrakumar et al., 2018; Ozen et al., 2019). A evidência mostra que o suporte dos profissionais de saúde [PS] nesse contexto tem um efeito positivo na adesão ao tratamento (Oh et al., 2013).

Profissionais de Saúde em contexto de Hemodiálise

O contexto de HD tem sido frequentemente descrito como sendo propício ao desenvolvimento de *burnout* e outras condições psicológicas nos PS por se tratar de um ambiente de alta intensidade e, sobremodo, exigente (Karakoc et al., 2016; Karkar et al., 2015; Moisoglou et al., 2020; Ponce et al., 2019). Tal resulta de múltiplos fatores, designadamente: o contacto prolongado com doentes em sofrimento e cuja saúde física e psicológica se vai

deteriorando progressivamente; a complexidade da relação e comunicação com o paciente (Ponce, 2019); a exposição ao risco de infeção pelo contacto frequente com agulhas (Chenoweth, 2013); a complexidade tecnológica do ambiente (Karkar, 2015); ou outras condições de trabalho como restrições de tempo, turnos, sobrecarga e relacionamento com colegas (Karakoc, 2016; Ponce, 2019).

Os estudos realizados até à data sobre os PS em contexto de HD incidem maioritariamente nos enfermeiros e nos médicos, sendo escassa a investigação acerca das outras categorias profissionais. O enfoque marcado nos profissionais de enfermagem deve-se-á, provavelmente, ao facto de serem eles os responsáveis pela gestão de toda a sessão de tratamento, tendo funções que vão desde o cuidado direto ao paciente (e.g., canulação e monitorização do acesso vascular; avaliação do estado geral do paciente; atendimento das suas necessidades durante a sessão; avaliação de parâmetros hemodinâmicos; educação para a saúde) até ao manuseamento dos mecanismos de HD (Melo et al., 2016).

Um estudo realizado na Turquia verificou níveis moderados de *stress* e *burnout* em 171 enfermeiros de 44 centros de diálise distintos (Karakoc et al., 2016). Com resultados semelhantes, uma investigação realizada na Grécia evidenciou níveis moderados de *burnout* em 537 enfermeiros de diferentes hospitais públicos, em grande parte associados ao ambiente de trabalho (Moisoglou et al., 2020). Outro estudo, realizado na China, mostrou um elevado risco de *burnout* entre os seus 65 participantes, viz., no que concerne à exaustão emocional (i.e., sensação de sobrecarga e desgaste) e à despersonalização (i.e., atitudes de distanciamento em relação ao trabalho; Ling et al., 2020).

Burnout: definição e epidemiologia

Proposto pela primeira vez na década de setenta por Freudenberg para designar um estado de exaustão física e mental causado pela vida profissional, o termo inglês *burnout* significa algo como “queimar até à exaustão” (Freudenberg, 1974).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS], o *burnout* é uma síndrome resultante do stress crónico no local de trabalho que ultrapassa a capacidade de adaptação do indivíduo. É caracterizado por sentimentos de falta de energia ou exaustão; distância mental em relação ao próprio trabalho, ou sentimentos negativos ou de cinismo em relação a este; bem como por eficácia profissional reduzida (WHO, 2019).

Associa-se a vários fatores de risco que podem ser agrupados em seis grandes domínios: (i) sobrecarga de trabalho, que torna o indivíduo incapaz de atender às exigências da profissão; (ii) falta de controlo, que se reflete na perceção de falta de autonomia e influência nas decisões implicadas no desempenho de funções; (iii) recompensas, i.e., perceção de ausência de gratificação e reconhecimento; (iv) comunidade, que diz respeito à disfuncionalidade dos relacionamentos com os colegas - determinada pela falta de suporte e confiança, bem como por conflitos não resolvidos; (v) equidade, relacionada com a perceção de justiça e igualdade no que toca às decisões tomadas no trabalho; e (vi) valores, que se referem a objetivos e expectativas pessoais defraudados, dando origem à desmotivação e à cisão entre o indivíduo e o trabalho (Maslach & Leiter, 2016).

Se negligenciado ou não intervencionado, o *burnout* pode ser muito desgastante física e psicologicamente, impactando a vida dos indivíduos através de sintomas múltiplos como a fadiga, cefaleias, insónia, constipações frequentes, tensão muscular (Maslach & Leiter, 2016), labilidade emocional, irritabilidade e/ou ira, ansiedade, sentimentos de desesperança, frustração, entre outros (Moss et al., 2016). Em casos mais graves, pode até conduzir ao suicídio (Wall et al., 2014).

Tendo em conta as repercussões supramencionadas e a influência que as mesmas podem ter na qualidade e segurança dos cuidados prestados, o *burnout* é uma preocupação globalizada e contemporânea em relação aos PS (Alexandrova-Karamanova et al., 2016). Há investigações que mostram que, com a síndrome, podem surgir sentimentos de insatisfação relativos ao equilíbrio entre trabalho e vida pessoal (Shanafelt et al., 2014); bem como menor compromisso com a profissão e intenção de a deixar; absentismo (Vandenbroeck et al., 2017); abuso de substâncias; e menor prática de comportamentos saudáveis como, por exemplo, o exercício físico (Alexandrova-Karamanova et al., 2016).

Um estudo realizado em diferentes países da Ásia encontrou níveis elevados de *burnout* entre 992 médicos e 3100 enfermeiros (50,3% e 52%, respetivamente) no contexto de cuidados intensivos (See et al., 2018). Na mesma linha de investigação, um estudo realizado com 637 oncologistas de vários países europeus apurou risco elevado de *burnout* em 71,7% da amostra (Kust et al., 2020). Estes valores, particularmente expressivos, dão conta da escala do problema e das possíveis consequências na gestão dos cuidados prestados.

Concretamente em Portugal, um estudo realizado com PS de diversas regiões reportou níveis de *burnout* moderados a elevados entre os seus 1728 participantes, independentemente da categoria profissional (Marôco et al., 2016). Outra investigação, incidindo especificamente

na classe médica, verificou que 66% de uma amostra de 9176 participantes apresentou um nível elevado de EE (Vala et al., 2017).

Modelos conceituais do burnout

Por se tratar de um fenômeno complexo, ao longo do tempo foram surgindo diferentes conceptualizações teóricas explicativas do *burnout*. Enquanto que os modelos pioneiros se enquadram numa perspectiva sequencial onde o desenvolvimento da síndrome é visto como um processo de etapas relacionadas entre si, os mais recentes focam-se mais no *stress* e desequilíbrio no trabalho (Maslach & Leiter, 2017). É possível fazer uma distribuição dos principais modelos teóricos em três tipos de abordagens: individuais, interpessoais e organizacionais (Schaufeli & Buunk, 2003).

Abordagens Individuais. As abordagens individuais atribuem maior relevância ao papel dos processos intrapessoais, sobrelevando a importância da discrepância entre as expectativas e realidade. Analisam o *burnout* com base em perspectivas psicológicas gerais (e.g., psicanálise, teoria da aprendizagem) e são consideradas teorias com um forte pendor especulativo dado o menor suporte empírico que apresentam (Schaufeli & Buunk, 2003).

De acordo com Freudenberger (1980 as cited in Schaufeli & Buunk, 2003), o *burnout* ocorre quando os indivíduos tentam capitalizar na prática a imagem que têm de si em relação ao trabalho (e.g., ser-se incansável, extremamente competente), dedicando-se excessivamente à profissão, descurando as suas necessidades pessoais.

Edelwich e Brodsky (1980 as cited in Schaufeli & Buunk, 2003) conceptualizam-no como resultado de um estado de desilusão progressivo que surge quando o indivíduo vê as suas expectativas e ideais defraudados, especialmente nas profissões que incluem a ajuda a terceiros. De acordo com esta visão, o *burnout* é um processo que percorre quatro fases: (1) entusiasmo; (2) estagnação; (3) frustração; e (4) apatia.

A conceptualização motivacional e existencial de Pines e colaboradores (1993), preconiza o *burnout* como resultante da desilusão que decorre da procura incessante por um significado do seu trabalho, i.e., os indivíduos esforçam-se e trabalham mais na expectativa de que isso lhes trará sentido à vida. À semelhança dos modelos anteriores, o *burnout* acontece quando as experiências do indivíduo não correspondem às suas expectativas.

Por último, destaca-se o Modelo da Conservação de Recursos de Hobfoll (1989). Este modelo defende que o *stress* e o *burnout* ocorrem quando os indivíduos percebem a existência

de uma ameaça sobre os recursos que valorizam (e.g., suporte social, participação no processo de decisão). Sucintamente, esta conceptualização propõe que há uma motivação extra do indivíduo para conservar, recuperar e adquirir recursos para atender às exigências que vão surgindo no trabalho, e que há uma transição do *stress* para o *burnout* quando a perda desses recursos é persistente.

Abordagens Interpessoais. Estas teorias analisam o *burnout* enfatizando o papel das relações interpessoais no local de trabalho. A conceptualização teórica de Maslach e Jackson será aqui pormenorizada por três razões: primeiro, porque é pioneira e uma das mais aceites e citadas na literatura; segundo, porque é uma das mais robustas em termos de evidência empírica (Maslach & Leiter, 2016; Schaufeli & Buunk, 2003); e, terceiro, porque serve de referencial teórico e suporte metodológico à presente investigação, viz., com a utilização do instrumento *Maslach Burnout Inventory* [MBI], detalhado na secção da metodologia.

O Modelo Multidimensional de Maslach e Jackson surgiu da tentativa de compreender o modo como o *stress* relacionado com o desempenho de funções (desencadeado por exigências emocionais) pode levar à exaustão, à prestação de cuidados desumanizada, e à diminuição de autoeficácia (Chirico, 2016). De acordo com o modelo, o *burnout* é uma experiência individual que ocorre num contexto de relações sociais complexas, envolvendo as conceções pessoais que o indivíduo tem acerca de si e dos outros, sendo que os relacionamentos no trabalho (e.g., com colegas, clientes ou chefia) assumem um papel preponderante no seu desenvolvimento, podendo ser tanto a origem das tensões ou recompensas, ou o amortecedor necessário ao enfrentamento do *stress*. Para as autoras, o *burnout* é então uma síndrome psicológica multifatorial que assenta em três componentes: (i) Exaustão Emocional [EE]; (ii) Despersonalização [DP]; (iii) e Diminuição da Realização Pessoal [DRP] (Maslach & Leiter, 2017). A primeira é considerada a dimensão básica e individual do *stress* e diz respeito à falta de energia, entusiasmo e sensação de esgotamento de recursos, que surgem maioritariamente da sobrecarga e/ou de conflitos pessoais no local de trabalho. Por sua vez, a Despersonalização representa a dimensão interpessoal da síndrome, desenvolvendo-se a partir da Exaustão Emocional. Diz respeito a respostas de distanciamento e descrença ou indiferença em relação ao outro. Por último, a Diminuição da Realização Pessoal é considerada a dimensão de autoavaliação do *burnout* e refere-se ao decréscimo da produtividade e ao sentimento de incompetência ou ineficácia em relação ao trabalho (Maslach & Leiter, 2007). A relação entre a DRP e as outras duas componentes é complexa, uma vez

que esta pode ser resultado da EE, da DP, ou da combinação de ambas. A EE e a DP podem contribuir para a DRP, porque o indivíduo não se sente realizado se está exausto ou se sente indiferença em relação aos outros, mesmo que estes o possam tentar ajudar (Maslach et al., 2001). A conceptualização deste modelo deu origem a várias pesquisas e entrevistas fundamentais à criação do *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*, considerado o instrumento *gold standard* na avaliação do *burnout* (Maslach & Leiter, 2016).

Para além de Maslach e Jackson, outros autores desenvolveram teorias com enfoque nos fatores interpessoais. A título de exemplo, Buunk e Schaufeli (1993) desenvolveram o Modelo da Reciprocidade e Equidade, no qual defendem que as relações têm por base a troca de recursos e que a expectativa de recompensa/gratificação é transversal a todos os profissionais. Neste modelo, os autores propõem que o *burnout* surge quando o indivíduo não recebe em termos relacionais o equivalente aos recursos que despendeu, tanto ao nível das relações interpessoais como organizacionais.

Abordagens Organizacionais. As abordagens organizacionais inspiram-se nas teorias gerais sobre o *stress* e consideram que o *burnout* é resultado de uma interação disfuncional entre o indivíduo e as características organizacionais.

O Modelo de Mediação de Leiter e Maslach (2005) revisita o Modelo Multidimensional de Maslach, desenvolvendo o paradigma de desequilíbrio ou incompatibilidade entre o indivíduo e o trabalho. Esta conceptualização relaciona a EE, DP e a DRP com os seis domínios de fatores de risco já referidos (i.e., carga de trabalho, controlo, recompensa, comunidade, justiça e valores) e defende que quanto maior for a incongruência ou incompatibilidade entre o indivíduo e o trabalho, maior é a probabilidade de desenvolver *burnout*.

Por outro lado, o Modelo das Exigências-controlo de Karasek (1985 as cited in Karasek et al., 1998) preconiza que o *burnout* resulta de uma combinação de altas exigências, falta de controlo e falta de suporte social. Segundo o autor, a sensação de controlo amortece o impacto das exigências e pode contribuir para a satisfação e motivação do indivíduo em relação a novos desafios, bem como para o envolvimento na aprendizagem de novas competências.

Também importante é o Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa de Siegrist (1996), que conceptualiza o *burnout* como resultante do desequilíbrio entre um investimento elevado (i.e., exigências de trabalho ou obrigações) e recompensas diminutas (i.e., dinheiro, estima, segurança do trabalho e oportunidades de carreira). Esta teoria prima por enfatizar

ambas as dimensões da motivação, intrínseca e extrínseca, em contraste com outras que se focam apenas em fatores extrínsecos (e.g., modelo de Karasek).

Por último: o Modelo das Exigências-Recursos Laborais de Demerouti e colegas (2001), que defende que o desenvolvimento do *burnout* ocorre quando as exigências laborais são extremas e a falta de recursos laborais e pessoais diminui a motivação do indivíduo, limitando a sua capacidade para enfrentar os desafios com que se depara - facto que se traduz em sofrimento físico e psicológico e que pode levar à DP.

A COVID-19 e os seus grupos de risco

A COVID-19 é uma doença infecciosa que se transmite através de gotículas projetadas via oral e que é causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2). Após os primeiros surtos em Wuhan (China) em 2019, o vírus espalhou-se rapidamente por todo o mundo, levando a OMS a declarar a pandemia de COVID-19 a 11 de março de 2020 (Basile et al., 2020).

A doença caracteriza-se por sintomas como febre, tosse e dores musculares. Em casos graves pode surgir pneumonia, síndrome respiratória aguda, septicémia, choque séptico e eventual morte. A deteção da doença é complexa em virtude da semelhança dos seus sintomas com os da gripe sazonal e porque muitos portadores são assintomáticos, sendo por isso necessária a realização de testes de análise laboratorial para determinação diagnóstica (Esakandari et al., 2020).

No contexto da pandemia, existem vários grupos considerados de risco, dada a sua vulnerabilidade à infeção. As pessoas com IRCT representam um grupo de risco, não só pela imunodeficiência inata ou adquirida e eventuais comorbilidades (e.g., diabetes mellitus, obesidade, problemas cardíacos; ou problemas de saúde mental como ansiedade e depressão), mas também por fatores relacionados com o tratamento como, por exemplo, a necessidade de deslocação aos centros de HD ou a própria modalidade grupal típica da terapêutica, que representa precisamente o oposto daquilo que é recomendado a estes grupos (e.g., isolamento profilático) (Basile et al., 2020; Sousa et al., 2020).

Profissionais de Saúde em contexto de Hemodiálise durante a pandemia

A literatura mostra que os PS que desempenharam funções nas linhas da frente de emergências de saúde pública anteriores (e.g., SARS, MERS) experienciaram múltiplas reações psicológicas, como o medo de infectar a família, amigos e colegas; sentimentos de incerteza e estigmatização; relutância em trabalhar; altos níveis de *stress*; ou sintomatologia ansiosa e depressiva com implicações a longo-prazo (Brooks et al., 2020).

No âmbito da pandemia por COVID-19 têm-se realizado estudos com a mesma preocupação acerca da saúde mental e ajustamento psicológico dos PS. Um pouco por todo o mundo há evidência que aponta para um risco elevado de desenvolvimento de repercussões psicológicas nestes indivíduos, como a depressão, a ansiedade, o *stress* pós-traumático, o *burnout*, ou perturbações do sono (e.g., Benfatah et al., 2020; Duarte et al., 2020; Lai et al., 2020; Morgantini et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Uma investigação realizada com 2707 PS de vários países do mundo, verificou níveis elevados de *burnout* nos seus participantes (51%), tendo como fatores de risco associados a carga de trabalho excessiva, a tomada de decisão em relação à priorização de vida ou morte, a incapacidade para realizar atividades domésticas, e/ou a falta de equipamento de proteção adequado (Morgantini et al., 2020).

Em Portugal, o relatório *SM-COVID19 - Saúde Mental em Tempos de Pandemia* publicado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], reportou que dos 2097 PS que participaram na sua amostra, 44,8% apresentou sofrimento psicológico; 43% níveis elevados de EE; 30,8% sintomas de ansiedade (moderada a grave); 28,4% sintomas de depressão (moderada a grave); e 26,2% sintomas de *stress* pós-traumático. O estudo reportou como fatores preditivos mais expressivos para o desenvolvimento de *burnout* a menor resiliência; as dificuldades ao nível do trabalho/rendimento; a menor capacidade de conciliação trabalho-família; a dificuldade em manter o estilo de vida e/ou atividades; e o menor apoio social e familiar (i.e., dar e receber apoio às pessoas importantes) (INSA, 2020).

Um estudo de cariz qualitativo realizado na Turquia, com 10 enfermeiros, acrescenta aos fatores supramencionados o sentimento de isolamento e solidão, bem como as dificuldades em manter a qualidade expectável da prestação de cuidados. Se, por um lado, os sentimentos de isolamento e solidão parecem relacionar-se com a ausência de ambientes sociais resultante da separação intencional da família e/ou amigos para evitar contágio e também estigmatização;

por outro lado, o decréscimo da qualidade da prestação de cuidados parece relacionar-se com a mudança de rotinas (Kackin et al., 2020).

É importante notar que o risco de dano psicológico não é exclusivo dos profissionais que trabalham diretamente com os pacientes infetados com o novo coronavírus. Independentemente da sua área de atuação, a maioria dos PS está exposta a desafios que se têm vindo a impor desde o início da pandemia (Greenberg, 2020). Recorde-se a título de exemplo que no estudo *SM-COVID19* apenas 26,7% da amostra dos PS se encontrava na linha da frente no cuidado a pessoas infetadas.

Em contexto de HD, a situação até aqui apresentada espera-se idêntica ou ainda mais delicada: por um lado, a vulnerabilidade das pessoas com IRCT pode ser um fator predisponente de *distress* psicológico para as mesmas durante a pandemia (Li et al., 2020); por outro lado, é também expectável que implique uma gestão de cuidados mais complexa e com medidas de prevenção rigorosas por parte dos PS. Questões como a necessidade de atendimento a ações de formação de modo ainda mais regular; a triagem dos pacientes perante a possibilidade de infeção e consequente gestão do seu tratamento; a monitorização frequente de sintomas nos pacientes e em si mesmos; a atenção a protocolos de higiene infrangíveis ou à correta utilização do material de proteção individual; entre outras; ilustram bem as mudanças e desafios, assim como o acréscimo de responsabilidade a que os profissionais passaram a estar sujeitos diariamente (Basile et al., 2020; Li et al., 2020).

Objetivos

Apesar de ser crescente a investigação que explora a sobrecarga e experiências dos PS em vários contextos de atuação, em Portugal há ainda lacunas no que diz respeito ao conhecimento disponível sobre esses mesmos tópicos em contexto de diálise, e em particular durante a situação pandémica atual. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral explorar as experiências e impactos da pandemia COVID-19 em PS que prestam cuidados em HD. De forma específica, procurou-se: (i) analisar quantitativamente os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão; e (ii) explorar qualitativamente o modo como a pandemia impactou o trabalho, a vida pessoal e o estado mental dos participantes.

Metodologia

Desenho de estudo e participantes

O presente estudo tem um desenho metodológico misto e enquadra-se no âmbito de um projeto de investigação mais alargado, intitulado “Together We Stand: Promoting adherence in end-stage renal disease through a family-based self-management intervention” (Referência: POCI-01-0145-FEDER-030228). A opção por uma abordagem mista justifica-se pelo facto da triangulação de dados poder oferecer uma compreensão mais ampla (Patton, 2002) do impacto da COVID-19 nos PS em contexto de HD.

Para serem incluídos no estudo, os participantes tinham de: i) ser profissionais de saúde; ii) trabalhar há pelo menos 12 meses em contexto de cuidados de saúde em HD; iii) aceitar participar voluntariamente. Como critério exclusão estabeleceu-se a presença de diagnóstico clínico de depressão no momento do estudo.

O presente estudo recebeu parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – UICISA:E (Referência: P758_03_2021).

Procedimentos de recolha de dados

Os participantes foram recrutados essencialmente a partir de um centro de hemodiálise na zona Norte do país e através da técnica de bola de neve. Inicialmente, contactou-se a direção da referida organização e apresentaram-se os objetivos e metodologia do estudo de forma a solicitar autorização para auxílio na identificação de participantes. Mediante resposta positiva e identificação de potenciais participantes que cumprissem os critérios de inclusão/exclusão, procedeu-se a um primeiro contacto com os mesmos. Nesse contacto, todos os participantes foram esclarecidos quanto à natureza e objetivos do estudo, métodos e meios pelos quais este seria conduzido. Adicionalmente, solicitou-se a participação voluntária e assegurou-se que a recusa em participar ou uma eventual desistência não lhes traria qualquer implicação/prejuízo. O anonimato e a confidencialidade dos dados também foram garantidos.

Tendo sido recolhidos no primeiro quadrimestre de 2021, os dados qualitativos foram obtidos através de uma entrevista semiestruturada realizada por videochamada (através das aplicações *Zoom* e *Whatsapp*), visando respeitar as regras de distanciamento físico impostas pela pandemia. De notar que foi necessário recorrer à chamada telefónica com três

participantes por conta de dificuldades técnicas nas plataformas escolhidas para videochamada. No início da entrevista, os participantes foram lembrados dos objetivos do estudo, bem como da natureza voluntária da sua participação e foram solicitados a manifestar consentimento verbal para a utilização dos dados e gravação audiovisual. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 minutos (min. = 18min.; máx. = 60min.) e as gravações foram guardadas num computador protegido com palavra-chave.

A fim de se recolher os dados quantitativos, foi enviado um email no final de cada entrevista para que os participantes pudessem proceder ao preenchimento de um formulário *online* na plataforma *Google Forms*. Neste formulário constavam o questionário referente às variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional, assim como as duas escalas utilizadas para analisar os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão. Importa referir que aqui solicitou-se novamente consentimento informado para utilização destes dados em específico.

Para além destes procedimentos, antes do término da entrevista, perguntou-se à maioria dos participantes se conhecia mais algum PS que cumprisse os critérios de inclusão/exclusão e que pudesse estar interessado em participar no estudo, aumentando assim o recrutamento através da técnica bola de neve.

Instrumentos de recolha de dados

Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes foi elaborado um breve questionário com itens referentes à idade, sexo, estado civil e grau de escolaridade. Para a caracterização profissional, adicionaram-se itens referentes à categoria profissional, aos anos de carreira e aos anos de experiência em contexto de HD.

Entrevista semiestruturada

As entrevistas foram orientadas por um guião semiestruturado, desenvolvido com enfoque no cariz aberto das questões e flexibilidade (Patton, 2002). Ao todo, o guião compreende 9 questões (cf. [Anexo A](#)), algumas das quais construídas com o propósito de incitar os profissionais a partilhar livremente as suas experiências em relação ao impacto da pandemia (e.g., “Fale-me um pouco acerca dos impactos da pandemia COVID-19 no

desempenho das suas funções enquanto profissional de saúde em contexto de hemodiálise... O que mudou? Que constrangimentos sentiu?"; ou "Quais os maiores desafios com que se depara atualmente?"; entre outras). A estas acrescem outras questões, também abertas, mas elaboradas com o intuito de serem mais direcionadas à obtenção de informação acerca de determinados assuntos como, por exemplo, eventuais alterações psicológicas (e.g., "Do ponto de vista psicológico, sentiu algumas mudanças?") ou sobre a forma como lidaram com essas alterações ou outros eventuais desafios (e.g., "Como tem lidado com as dificuldades e desafios impostos pela pandemia?"; entre outras). Foram ainda incluídas questões de aprofundamento como: "Fale-me um pouco acerca disso".

Maslach Burnout Inventory

O *Maslach Burnout Inventory* [MBI] (Maslach & Jackson, 1986) é o instrumento de autorresposta mais utilizado globalmente nas investigações que avaliam o *burnout*. Trata-se de uma escala desenhada para diferentes profissionais como enfermeiros, médicos, ou outras profissões relacionadas com a prestação serviços humanos.

A versão utilizada no presente estudo foi a adaptada para a população portuguesa em 2002 por Mota-Cardoso e colaboradores, cuja constituição inclui 22 itens ordinais que traduzem as três dimensões do *burnout*: 9 que refletem a Exaustão Emocional [EE] (itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20); 5 referentes à Despersonalização [DP] (itens 5, 10, 11, 15 e 22); e 8 que dizem respeito à Realização Pessoal [RP] (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). Cada item apresenta opções de resposta que variam entre 0 ("Nunca") e 6 ("Todos os dias"). De notar que a dimensão RP requer a inversão dos itens que a constituem na análise estatística, uma vez que o sentido conceptual destes se encontra oposto aos demais.

A versão original do MBI apresenta boa consistência interna, evidenciando um alfa de Cronbach de .90, .79, e .71 para as subescalas da EE, DP e RP, respetivamente (Maslach et al., 1997). Por sua vez, a versão portuguesa utilizada neste estudo apresenta valores aceitáveis de consistência interna, com um alfa de Cronbach que varia entre .83 e .84 para as três subescalas do *burnout* (Mota-Cardoso et al., 2002).

De acordo com Maslach e colaboradores (1997), o *burnout* deve ser analisado com base em pontos de corte definidos para cada uma das subescalas do MBI-HSS, evitando a utilização de um score global que as combine. Para os autores, há *burnout* quando se observam pontuações baixas na RP associadas a pontuações elevadas na EE e DP. Neste estudo, os

pontos de corte utilizados foram os recomendados por Mota-Cardoso e colegas (2002, p. 109) no estudo IPSSO 2000, que consideram a existência da síndrome mediante pontuações iguais ou superiores a 27 na dimensão da EE; pontuações iguais ou superiores a 15 na DP; e pontuações iguais ou superiores a 24 na dimensão da RP (já com a inversão dos itens).

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

A *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* [*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*] (Zigmond & Snaith, 1983) é um questionário de autorresposta que avalia os sintomas de ansiedade e depressão sentidos nos sete dias anteriores à aplicação. O instrumento é constituído por 14 itens que se dividem em duas subescalas de 7 itens com formato de resposta do tipo Likert de 4 pontos. A assunção da presença de sintomatologia em cada subescala resulta do somatório das respostas, sendo 8 o ponto de corte. Quanto maior a pontuação, maior a severidade dos sintomas.

A versão portuguesa utilizada neste estudo foi a de Pais-Ribeiro e colegas (2007), que apresenta valores aceitáveis de consistência interna, com um alfa de Cronbach de .76 para ansiedade e .81 para a depressão.

Tratamento e análise de dados

As variáveis sociodemográficas e as pontuações apuradas nas escalas utilizadas foram analisadas por via de estatística descritiva, viz., frequência, frequências relativas, média e desvio-padrão; e a análise do cruzamento das variáveis sociodemográficas/profissionais com os resultados das medidas de autorrelato foi realizada através de análise inferencial. No que respeita a esta última análise, foram utilizados testes não paramétricos, uma vez que a amostra não segue uma distribuição normal. Assim, recorreu-se ao teste de Mann-whitney para analisar as diferenças de médias entre grupos (i.e., sexo e estado civil) e ao coeficiente de correlação de Spearman para analisar as relações entre variáveis quantitativas (i.e., idade, anos de carreira e anos de experiência em HD). O nível de significância estatística foi $\alpha=0.05$. Todas as análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do SPSS 25.0.

No que respeita à análise de dados qualitativos, esta foi realizada por meio do método de análise de conteúdo [AC], que se trata de uma técnica que avalia com rigor o conteúdo de comunicações transcritas em texto a partir da análise numérica à frequência de ocorrência de

determinados termos, conceptualizações ou referências (Bardin, 1977). Neste estudo, foram consideradas as seis etapas recomendadas por Braun e Clarke (2006). Na primeira etapa, procedeu-se à familiarização com os dados, que incluiu a transcrição *verbatim* (i.e., transcrição de dizeres, silêncios, pausas, risos, etc.), leitura e releitura da informação, bem como anotação das primeiras ideias. Nesta fase, os dados foram organizados por forma a assegurar a confidencialidade e anonimato através da atribuição de códigos aos participantes (e.g., P1, ..., P24) e através da supressão de informação passível de os identificar. Na segunda etapa, iniciou-se a elaboração da primeira codificação, ou seja, iniciou-se a identificação da informação interessante e com significado para o fenómeno observado. Na terceira etapa, procedeu-se à procura de temas, i.e., ao agrupamento da codificação realizada anteriormente em potenciais temas ou subtemas. Na quarta etapa, deu-se lugar à revisão dos temas, i.e., verificou-se se estes eram coerentes e representavam efetivamente os dados utilizados. Aqui, obedeceu-se às regras da homogeneidade interna (garantir que os dados constituintes de um tema eram coerentes entre si) e da heterogeneidade externa (garantir que as diferenças entre os conteúdos dos distintos temas eram claras) aconselhadas por Patton (2002). Na quinta etapa, procedeu-se à definição e nomeação dos temas; por fim, na sexta etapa, efetuou-se a redação do relatório. É importante referir que a tabela de análise constituída pelos temas, subtemas e unidades de registo (cf. Anexo C), foi analisada de forma independente por outros dois investigadores, orientadores da presente dissertação, para garantia de validade e credibilidade.

Resultados

Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

A amostra em estudo é constituída por 25 participantes com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos ($M = 38$; $DP = 9,9$), sendo 68% ($N = 17$) do sexo feminino. Da totalidade da amostra, 76% ($N = 19$) pertence à categoria profissional “enfermeiro”, 16% ($N = 4$) à categoria “médico”, e 8% ($N = 2$) à categoria “farmacêutico”. No que diz respeito aos anos totais de carreira e anos de trabalho em HD, as médias encontradas foram de 13,4 ($DP = 9,7$) e 9,2 ($DP = 8,2$), respetivamente. É possível observar mais detalhes sobre a caracterização dos participantes na tabela 1.

Tabela 1*Variáveis sociodemográficas e de caracterização profissional*

Variáveis	<i>Min-Max</i>	<i>M ± DP</i>
Idade	24-60	38 ± 9,9
Anos de carreira	1-34	13,4 ± 9,7
Anos em contexto de HD	1-29	9,2 ± 8,2
	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	8	32%
Feminino	17	68%
Estado civil		
Casado/a	8	32%
Divorciado/a	1	4%
Solteiro/a	13	52%
União de facto	3	12%
Escolaridade		
Licenciatura	16	64%
Mestrado	9	36%
Categoria profissional		
Enfermeiro/a	19	76%
Farmacêutico/a	2	8%
Médico/a	4	16%

Burnout, Ansiedade e Depressão

No que diz respeito ao *burnout*, verificou-se que 32% ($N = 8$) dos participantes apresenta EE; 4% ($N = 1$) apresenta DP; e que 12% ($N = 3$) apresenta diminuição da RP. Por sua vez, no que toca à ansiedade e depressão, os resultados obtidos na HADS mostram que 60% ($N = 15$) dos participantes reportou ter sintomatologia ansiogénica e que 32% ($N = 8$) reportou ter sintomatologia depressiva.

Ao proceder-se à análise das variáveis sociodemográficas/profissionais em função dos dados obtidos no MBI e na HADS, foram encontrados alguns resultados estatisticamente

significativos, mas apenas no cruzamento daquelas com a ansiedade. No que toca ao sexo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos ($U = 33$; $z = -2.40$; $p < .043$), com pontuação média superior para o sexo feminino ($M = 15$ vs. $M = 8,6$). Em relação à variável “estado civil”, também se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos solteiros e divorciados e o grupo dos casados e em união de facto ($U = 44.50$; $z = -2.095$; $p < .036$), com pontuação média superior para o primeiro ($M = 15,3$ vs. $M = 10$). Quanto à idade, foi possível observar uma relação positiva moderada entre esta e a ansiedade ($r_s = .56$; $p = .003$), indicando que quanto maior é a idade, menores são os níveis de ansiedade. O mesmo se sucede com a relação positiva moderada encontrada entre os anos de carreira e a ansiedade ($r_s = .49$; $p = .013$), que mostra que quantos mais anos de carreira, menores são os níveis de ansiedade.

As variáveis “anos de experiência em HD” e “categoria profissional” não revelaram associação estatisticamente significativa com a ansiedade. De lembrar que também não foram encontrados resultados estatisticamente significativos no cruzamento das variáveis de caracterização com a depressão e com as dimensões do *burnout*.

Tabela 2

Distribuição da amostra por pontos de corte e pontuações médias obtidas no MBI

Variáveis	<i>N</i>	%	<i>Min-Max</i>	<i>M ± DP</i>
Burnout				
Exaustão Emocional				
< 27	17	68%	6 - 42	20,7 ± 9,6
≥ 27	8	32%		
Despersonalização				
< 15	24	96%	0 - 15	5,6 ± 4,1
≥ 15	1	4%		
Realização Pessoal				
< 24	22	88%	2 - 28	13,5 ± 6,4
≥ 24	3	12%		

Tabela 3

Distribuição da amostra por ponto de corte e pontuações médias obtidas na HADS

Variáveis	N	%	Min-Max	M ± DP
Ansiedade				
< 8	10	40%	0 - 14	7,7 ± 3,4
≥ 8	15	60%		
Depressão				
< 8	17	68%	1 - 11	5,5 ± 3
≥ 8	8	32%		

Dados qualitativos

Na análise qualitativa das entrevistas foram identificados sete temas principais: (1) maiores desafios de trabalhar durante a pandemia; (2) impacto emocional; (3) outros impactos psicológicos; (4) impacto na vida pessoal; (5) estratégias para lidar com as adversidades; (6) perspetivas sobre o futuro do trabalho em HD; e (7) efeitos positivos da pandemia. No [Anexo C](#) é possível observar a tabela que organiza os temas, subtemas, e as unidades de registo que conduziram à suas formulações. No [Anexo D](#) é possível observar o mapa temático.

1. Maiores desafios de trabalhar durante a pandemia

Neste primeiro tema foram identificados quatro subtemas: (A) limitações e dificuldades no contacto e comunicação com o doente; (B) sobrecarga de trabalho/horária; (C) interferência dos EPIs no desempenho de funções; e (D) mudanças na organização e nos procedimentos da prestação de cuidados.

A) Limitações e dificuldades no contacto e comunicação com o doente. No total, foram 17 os participantes que referiram ter sentido dificuldades no contacto e comunicação com os doentes. De acordo com os testemunhos, estas dificuldades resultaram do afastamento entre profissional e doente dado o distanciamento físico exigido para diminuição do risco de contágio; da utilização dos equipamentos de proteção individual [EPIs]; e da resistência dos pacientes em compreender, aceitar e respeitar as novas medidas e procedimentos

estabelecidos: “(...) o facto de, de nos ter sido também impedido, também fruto da pandemia, que não tivéssemos tanta proximidade com o doente (...) passámos a ser muito mais tecnicistas (...) [P16]; “(...) Mas depois com os, com os EPIs (...) nós queremos falar e depois as pessoas não percebem... (...) tornam a perguntar a mesma coisa (...) o que é que nós vamos dizer? ‘Então, olhe, eu daqui a bocadinho explico’. E esse bocadinho não existe. Entende? (...)” [P17]; “(...) tivemos que criar novas regras, criar circuitos, criar medidas de proteção individual para eles (...) foi muito difícil para eles conseguirem perceber (...)” [P21].

B) Sobrecarga de trabalho/horária. Também referida por 17 participantes, a sobrecarga de trabalho/horária parece conduzir à EE e interferir na vida familiar. Entenda-se que a sobrecarga de trabalho diz respeito à sobrecarga das funções resultante das mudanças na organização e procedimentos da prestação de cuidados, bem como à sobrecarga horária decorrente do acréscimo de horas de trabalho por razões diversas (e.g., ausência de colegas de equipa por quarentena; criação de turnos extra para pacientes em isolamento profilático ou infetados): “(...) uma carga adicional psicológica (...) obrigou-nos a uma readaptação e isso, como é óbvio, acaba por nos sobrecarregar (...)” [P5]; (...) dei mais horas de mim à clínica, porque houve colegas meus que ficaram positivos e tiveram de fazer quarentena (...) porque tivemos que criar um turno extra para dialisarmos os doentes positivos (...)” [P15].

C) Interferência dos EPIs no desempenho de funções. Foram 13 os participantes que reportaram dificuldades acrescidas por conta da utilização dos EPIs. Em conformidade com os dados, a utilização destes equipamentos gera desconforto físico e parece conduzir à EE sentida pelos PS: “(...) o facto de termos que usar os EPIs, que acaba por fisicamente trazer algum acréscimo de desconforto, não é? Acabava por ser muito desgastante (...)” [P9]. Para além disso, parece afetar o trabalho quer ao nível da comunicação com os doentes (como referido anteriormente), quer ao nível do desempenho das funções propriamente ditas (e.g., canulação): “(...) quando temos os EPIs estamos mais fardados (...) canular fístulas não é propriamente... exige alguma destreza, não é? Não é agradável (...)” [P18].

D) Mudanças na organização e nos procedimentos da prestação de cuidados. Outro dos desafios reportados, também por 13 participantes, prende-se com os constrangimentos provocados pelas mudanças ao nível da organização e procedimentos da prestação de cuidados. Estas mudanças devem-se a questões como alterações no espaço físico, de rotinas e procedimentos no tratamento dialítico (e.g., forma como os pacientes ocupam os seus postos de diálise; questões de triagem de sinais e sintomas; controlo de higiene e infeção):

“(...) mudámos também por completo as nossas rotinas de modo a mantermos distâncias, a mudar os tempos, os tempos entre turnos e sobretudo tentar manter algum distanciamento dentro do possível entre os doentes (...) basicamente nós trabalhávamos com uma distribuição de doentes fixa (...) começamos a trabalhar com diálise *on time*, o doente chega e é a primeira máquina que estiver disponível (...)” [P18].

2. Impacto emocional

Os impactos emocionais que emergiram da análise de dados foram muito heterogéneos. Aqueles que se evidenciaram mais frequentes foram a EE, a ansiedade, o medo do desconhecido/incerteza e o medo de ficar infetado e/ou infetar os familiares.

A) Exaustão emocional. De acordo com os dados, 11 participantes sobrelevaram um excesso de cansaço físico e psicológico decorrente da sobrecarga de trabalho/horária: “(...) há aqui uma dicotomia entre o desgaste físico, que é plausível, as muitas horas de trabalho no hospital... e o tentar dar o nosso melhor p’ra muitas vezes criar condições que não são as ótimas (...) trabalhar com o que temos e arranjar ferramentas... muitas vezes onde, onde não as há... aliado a toda uma carga emocional (...)” [P3]. Adicionalmente, como referido anteriormente, a utilização dos EPIs também parece contribuir para essa exaustão.

B) Ansiedade. A ansiedade foi mencionada por 8 participantes, mais do que uma vez associada ao medo do desconhecido e à incerteza acerca do futuro no geral ou em relação a questões inerentes às funções desempenhadas: “(...) já não temos a certeza se realmente as coisas estão como deixamos (...) acaba por nos deixar mais ansiosos (...)” [P12].

C) Medo do desconhecido/incerteza. Igualmente referido por 8 participantes, este subtema parece dever-se ao facto de os profissionais estarem perante algo novo e desconhecido. Alguns profissionais parecem considerar esse medo como algo associado à possibilidade de cometer erros por falta de informação ou por desconhecimento da doença: “(...) não se sabia muito bem o que fazer. E nesse sentido eu acho que, pronto, o *stress* vem mais daí e de não sabermos como lidar com as situações muitas vezes.” [P21]; “(...) no fundo a incerteza em que todos vivíamos, não sabíamos muito bem qual era a situação, quais eram os fatores de risco (...) sempre o medo de não cumprir algum passo que pudesse pôr em causa a vida dos nossos utentes, a qualidade de vida dos nossos utentes (...)” [P24].

D) Medo de ser infetado/infetar familiares. Outro dos desafios reportados refere-se ao medo de ser infetado e/ou de infetar os familiares, tendo sido 7 os participantes que o mencionaram. Este desafio parece ter tido um impacto direto na vida pessoal dos profissionais, como é observável no subtema “interferência na vida familiar”, tendo inclusivamente motivado alguns deles a sair de casa ou a evitar o contacto com os familiares: “(...) tomei por opção estar quase dois meses fora de casa (...) com a evolução comecei a sentir medo pelos meus, não é? Por aqueles que me estão mais próximos (...)” [P23].

3. Outros impactos psicológicos

Apesar de menos frequentes, foram verbalizados nas entrevistas outros impactos psicológicos como sentimentos de falta de reconhecimento por parte da população, pacientes e colegas; problemas de sono; falta de paciência (com as pessoas que os rodeiam, não com os pacientes); tristeza associada ao sentimento de impotência; irritabilidade; e labilidade emocional. Uma descrição mais detalhada destes impactos encontra-se no [Anexo C](#).

4. Impacto na vida pessoal

A) Interferência na vida familiar. Os 11 participantes que referiram ter sentido interferência na vida familiar mencionaram-na como tendo resultado da sobrecarga horária (que se traduziu em menos tempo com a família) e do medo de ser infetado e/ou infetar os familiares: “(...) comecei a fazer mais horas e claro que essas horas não as tenho aqui em casa junto com a família (...)” [P15]; “(...) o facto de eu não conseguir estar, por exemplo, com os meus pais durante bastantes meses (...)” [P5].

5. Estratégias para lidar com as adversidades

Os participantes revelaram socorrer-se de diferentes estratégias para lidar com as adversidades. Ao todo foram seis os subtemas identificados nos testemunhos recolhidos, todos direccionados para o impacto psicológico da pandemia.

A) Suporte de pares. Este subtema surgiu como a estratégia mais referenciada, tendo sido 12 os profissionais que a indicaram. De acordo com os participantes, o suporte de pares refere-se maioritariamente à entajuda entre membros da mesma equipa e/ou organização, mas também, em minoria, ao apoio de outros colegas da mesma categoria profissional, mas de

outras áreas e/ou organizações de cuidados de saúde: “(...) falar com um colega, com a enfermeira ‘Y’, que, que, que eu confio mais (...)” [P13]; “(...) há duas ou três pessoas, claro, com quem me dou melhor, mesmo que não sejam do trabalho ... na mesma clínica (...) os que são da mesma área e que no fundo têm as mesmas dificuldades (...)” [P24].

B) Sentido de responsabilidade/missão. Este subtema foi aludido por 8 profissionais. O sentido de missão e dever de cuidar de terceiros parece ter desempenhado um papel motivador para o enfrentamento das dificuldades por parte dos participantes: “Eu quando vou para o trabalho... vou com o espírito de cumprir a minha missão (...)” [P5]; “(...) eu acho que está muito intrínseco à nossa forma de ser, não é? (...) não deixar de cuidar daqueles que precisam, no fundo, do tratamento (...)” [P23]. Em acréscimo, parece ter havido um sentimento de responsabilidade em manter o funcionamento adequado no trabalho e em dar exemplo aos outros no que toca a formas de estar adequadas face à situação pandémica: (...) era até sentir que podia ir embora e que as coisas estavam controladas e com alguma segurança (...)” [P25]; “(...) isto de não podermos infringir (...) ‘oh, mas vamos até ali...’, ‘não, eu não vou, eu sou profissional de saúde, eu tenho que dar o exemplo!’ (...)” [P20].

C) Suporte familiar. O suporte familiar foi mencionado por 7 participantes, com destaque para os familiares mais próximos: “(...) com a ajuda depois dos meus pais... do meu marido, do meu irmão... foi tudo muito mais fácil...” [P9].

D) Prática de exercício físico. A referência à prática de exercício físico foi também algo frequente. Dos 6 participantes que a mencionaram, 2 reportaram-na como um recurso importante para libertação de tensão acumulada: “(...) é a minha fonte de escape. Para libertar alguma tensão. (...) correr, por exemplo. Mas isso, depois dentro de mim, não sei o que é que acontecia, tinha que correr para me sentir melhor (...)” [P17]. As práticas referidas foram a caminhada, a corrida e a ginástica.

E) Reavaliação positiva. Reportada por 5 entrevistados, este tipo de estratégia parece consistir na atribuição de novos significados positivos às situações e pensamentos adversos com os quais os PS se foram deparando no dia-a-dia. Em alguns casos parece haver uma relação entre essa reavaliação e o sentido de responsabilidade: “(...) às vezes apetece desistir e atirar a toalha ao chão (...) Mas o que se pensa é ‘ok, é o nosso trabalho, não é? Foi o que nós escolhemos’ (...)” [P21].

F) Evitamento. Este subtema foi reportado por 4 participantes e refere-se maioritariamente ao evitamento de notícias e temáticas relacionadas com a COVID-19: “(...) ver as notícias e algo do género, limitamos a 100%, 99% (...)” [P18]. Não obstante, um dos participantes mencionou ter também evitado o contacto com os familiares para conseguir continuar a trabalhar: “(...) era capaz de nem, nem telefonar, nem comunicar com a minha família (...) para não me sentir afetado porque eu tinha que continuar a trabalhar (...)” [P14].

6. Perspetivas sobre o futuro do trabalho em Hemodiálise

Outro tema que emergiu das entrevistas foi o das perspetivas sobre o trabalho em contexto de HD no pós-pandemia. Os participantes parecem crer que o futuro da prestação de cuidados passará pela continuação da utilização dos EPIs e pela continuidade das novas medidas adotadas face à situação pandémica.

A) Manutenção do uso de EPIs. Foram 10 os participantes que referiram este subtema. No geral, esta ideia parece assentar numa perspetiva positiva. Embora a utilização de EPIs se tenha sobrelevado como um dos maiores desafios de trabalhar durante a pandemia, os participantes parecem assumir que a utilização assídua de materiais como a máscara foi, e continuará a ser, uma mais-valia para a segurança dos próprios e dos doentes na prestação de cuidados: “(...) penso que se adotaram boas práticas... aliás muitas delas já deviam ser adotadas antes da COVID, nomeadamente no que refere à lavagem das mãos, ao uso de equipamentos (...)” [P25]. Este subtema parece relacionar-se com o subtema “rigor no controlo de infeção” que surge no tema “efeitos positivos da pandemia”.

B) Manutenção das medidas implementadas para controlo de infeção. Este subtema segue a linha do anterior. No total, 8 participantes mencionaram que preveem a manutenção das regras e procedimentos adotados para combate à pandemia. Estas assunções parecem ser igualmente positivas por se referirem a uma melhoria nos procedimentos e por se relacionarem também com o subtema “rigor no controlo e infeção”: “(...) algumas mudanças que lhes fizemos, até melhorou! (...) criamos aqui alguma liberdade de nós ligarmos os doentes (...) também evitou aqueles constrangimentos todos que eles tinham, porque as discussões maiores dentro da sala de diálise era quando os ligávamos (...)” [P15].

7. *Efeitos positivos da pandemia*

A análise de dados permitiu identificar ainda dois tópicos alusivos a efeitos positivos proporcionados pela pandemia: a união de equipa e o rigor no controlo de infeção.

A) União de equipa. Embora alguns participantes tenham admitido que a interação com os colegas poderá ter sido prejudicada no início da pandemia por conflitos e discórdias, bem como pela perda dos momentos de socialização, a união da equipa foi mencionada por 8 deles como tendo sido um aspeto positivo da pandemia: “(...) houve um aspeto muito positivo que eu ressalvo (...) a união da equipa (...)” [P20]. A maioria dos participantes que a mencionou, refere-a como tendo sido aparentemente uma estratégia de *coping* (i.e., suporte de pares): “(...) eu acho que reforçou alguns laços em termos de trabalho de equipa (...) a entreaajuda, a relação de uns com os outros (...) por aí acho que até podemos dizer que foi um aspeto positivo na minha perspetiva (...)” [P25]. De notar que os conflitos e discórdias iniciais surgiram do choque entre opiniões relativas à planificação das mudanças e novos procedimentos.

B) Rigor no controlo de infeção. O rigor no controlo de infeção foi mencionado por 5 participantes como um efeito positivo da pandemia. Este subtema relaciona-se com a perspetiva de manutenção das medidas implementadas, já que a continuidade destas parece ser vista como uma mais-valia pelos participantes que a indicaram: “(...) isto também foi bom. Positivo. Torna-nos mais exigentes. Isso é óbvio, relativamente ao controlo da infeção, sobretudo.” [P2]; “(...) muitas coisas do controlo de infeção melhoraram este ano (...)” [P19]. Adicionalmente, parece relacionar-se com a perspetiva positiva de manutenção do uso de EPIs: “(...) pequenas coisas que nós alteramos, a nível de desinfeção, e dos EPIs (...) fazendo essas pequenas coisas, já eliminamos em grande parte o risco de transmissão (...)” [P7].

Discussão

A presente investigação teve como objetivo geral explorar as experiências e o impacto da pandemia por COVID-19 nos PS que prestam cuidados em HD, através de medidas de autorrelato e da análise de entrevistas aos participantes.

O **primeiro** objetivo específico diz respeito à análise quantitativa dos níveis de *burnout*, ansiedade e depressão dos participantes. Os dados referentes ao *burnout* mostraram que 32% dos participantes apresentou EE, 4% DP, e 12% DRP. Estes resultados indicam a

ausência da síndrome completa e poderão ser explicados pelo facto de o preenchimento do MBI ter ocorrido numa fase posterior às “grandes vagas”, numa altura em que os pacientes e os profissionais já se encontravam vacinados, sendo por isso expectável a existência de alguma estabilidade, como é testemunhado por P25: “(...) atualmente, nesta fase nós achamos que estamos bem, porquê? (...) os doentes em programa regular de hemodiálise estão já todos com a segunda dose da vacina e os profissionais também já se vacinaram (...)”. Acresce que as variadas estratégias de *coping*, maioritariamente adaptativas, utilizadas pelos profissionais poderão ter funcionado como amortecedores do desenvolvimento de *burnout*, à semelhança do que é descrito em estudos prévios (Cai et al., 2020; Sun et al., 2020) e como consta das conceptualizações teóricas de Maslach e Leiter (2017). Aqui destaca-se o papel do suporte de pares, sendo que a união da equipa foi um aspeto positivo reportado por alguns participantes e parece ter funcionado como mecanismo de *coping* organizacional, constatado também nas investigações de Beckwith e colegas (2021) e Catania e colaboradores (2020). Aliás, quando questionados acerca dos impactos na relação entre colegas, alguns profissionais mencionaram determinadas dimensões típicas desse fenómeno, viz., a melhoria na comunicação entre membros da equipa e a própria coesão do grupo (Kondalkar, 2007), como descrito por P22: “(...) começámos a comunicar mais (...) e acho que... nos uniu mais (...)”.

As percentagens obtidas nas três dimensões do *burnout* vão ao encontro do que é reportado noutros estudos com propósitos aproximados (viz., INSA, 2020; Ling et al., 2020; Naldi et al., 2021).

No caso da ansiedade, os resultados foram mais expressivos, com 60% dos participantes evidenciando ter sintomatologia ansiosa, valores em linha com os dados obtidos no estudo de Singh e colegas (2020). Analisando os dados qualitativos em estudo, essa ansiedade parece associada ao medo do desconhecido e incerteza acerca do futuro em geral e em relação às funções desempenhadas, como proposto por Hacimusalar e colaboradores (2020) – embora estes se refiram mais especificamente à incerteza no que toca às horas de trabalho, i.e., à dificuldade em fazer programações. Quanto à depressão, 32% dos participantes em estudo evidenciou ter sintomatologia depressiva, valor que se aproxima dos resultados obtidos na investigação de Guo e colegas (2020). O estudo dos autores incluiu 11118 PS em funções durante a COVID-19 na China e reportou níveis de depressão em 35,8% dos 3351 PS que trabalharam na linha da frente da pandemia, bem como em 29,49% dos 7767 que não trabalharam na linha da frente, tendo demonstrado a importância de se realizarem estudos com enfoque nestes últimos. Com base nos dados qualitativos, é possível inferir que os valores

referentes à depressão, apurados na HADS, poderão estar associados a uma eventual interferência da pandemia na vida social ou em atividades de lazer, como reportado por uma minoria de participantes: “(...) completamente fechado aqui em casa (...) para mim levou a um desgaste psicológico porque eu ‘tava habituado... sou uma pessoa que gosta de sair, gosto de ‘tar com os amigos (...) acaba por haver aqui uma certa tendência para uma pessoa ficar mais deprimida (...) [P16]; “(...) horas de sono, lazer, enfim... esses momentos de descanso foram perturbados (...) não poderemos distrair da mesma maneira que fazíamos... não poder, ou pelo menos ter limitações de chegar à beira do mar ou de um jardim (...)” [P24].

No que toca à análise do cruzamento entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e os resultados do MBI e da HADS, apenas foram encontrados dados estatisticamente significativos em relação à ansiedade: maiores pontuações no sexo feminino; nos profissionais mais jovens; nos solteiros; e naqueles com menos anos de carreira. Estes são resultados que estão em linha com a investigação de Elbay e colegas (2020). A primeira constatação poderá ser explicada pela maior propensão das mulheres para o desenvolvimento de ansiedade em virtude de fatores biológicos (e.g., hormonais) e psicossociais, como por exemplo, maiores níveis de *stress* por acumularem responsabilidades referentes a vários papéis simultâneos (i.e., serem mães, esposas e profissionais; Hantsoo & Epperson, 2017). Também poderá ser explicada por um enviesamento decorrente da maior predisposição cultural do sexo feminino para revelar emoções e partilhar sentimentos e/ou assuntos pessoais (Dindia & Allen, 1992; Rubio, 2014). A segunda poderá ser explicada pela menor experiência dos PS mais jovens, uma vez que os dados quantitativos corroboram que quanto mais são os anos de carreira (experiência), menores são os níveis de ansiedade. Quanto à terceira constatação, uma possível explicação prende-se com o facto de pessoas solteiras ou divorciadas disporem de menor apoio emocional do que as pessoas casadas ou em união de facto, como observado no estudo de Nkire e colaboradores (2021). De acordo com Robles e Kiecolt-Glaser (2003), o casamento pode contribuir para a saúde e bem-estar através de fatores como a coabitação, o suporte social, entre outros. Beckes e Coan (2011) defendem mesmo que o suporte fornecido pelo companheiro é um recurso importante para redução da ansiedade ou da tristeza. Por fim, a quarta constatação poderá ter a ver com o facto de alguns dos participantes com mais anos de carreira já terem enfrentado situações de contágio prévias à COVID-19, como refere P2: “(...) com a equipa nós vamos falando... uns também que têm mais experiência, porque talvez já passaram pelo período do ébola onde também houve medidas de prevenção (...)”.

No que toca ao **segundo objetivo**, que se propôs a analisar qualitativamente os testemunhos dos participantes sobre as repercussões da pandemia, os dados mostraram que o maior impacto foi sentido a nível do trabalho e a nível psicológico.

Os profissionais reportaram limitações na interação com os doentes em virtude de um maior distanciamento físico e da resistência destes às novas medidas de proteção e alterações nos procedimentos de tratamento. Estes dados aproximam-se aos de Aughterson e colaboradores (2021), que, embora em contexto e com explicações diferentes, também apurou que essas dificuldades na interação foram acrescidas pela utilização dos EPIs (como constatado no presente estudo). Os profissionais também reportaram maior volume de trabalho e carga horária, bem como limitações no desempenho de funções causadas pela utilização de EPIs, corroborando os achados de outros estudos (cf., Aughterson et al., 2021; Liu et al., 2020; Hoernke et al., 2021). As mudanças na organização dos serviços e nos procedimentos de prestação de cuidados também emergiram como uma das dificuldades mais significativas sentidas pelos PS, também em consonância com achados de outras investigações (viz., Beckwith et al., 2021; Catania et al., 2020). A título de exemplo, no estudo de Catania e colegas (2020) estas mudanças surgiram como um grande tema por terem ocorrido subitamente e sem preparação prévia. Apesar de aparentemente existirem planos de contingência nos centros de diálise portugueses no início da pandemia, infere-se que os PS do presente estudo também possam ter-se ressentido por causa de uma mudança abrupta nas rotinas, procedimentos ou do próprio espaço físico: “(...) nós fazemos sempre as mesmas coisas, à mesma hora durante o turno e nós tivemos que, de um dia para o outro, mudar isso tudo (...)” [P13]; “(...) a nossa clínica tem espaços muito exíguos (...) o nosso plano de contingência era... nós não podíamos receber pessoas doentes com covid, nem contactos próximos que requeriam uma quarentena (...) de um dia para o outro nós... um doente positivou e o hospital que ficaria responsável pelos nossos positivados ‘não, arranjem-se, porque vocês têm que tratar esta pessoa doente’ (...) quando de facto isto se instalou, foi aflitivo em termos aaa... psicológicos, emocionais (...) foi pesado... tudo muito rápido (...) tivemos que rearranjar o espaço p’ra que reunisse as condições de segurança (...)” [P20].

Alguns dos desafios reportados parecem relacionar-se diretamente com os temas “impacto emocional” e “impacto na vida pessoal”, o que pode ser justificado pela relação da sobrecarga de trabalho/horária e da utilização dos EPIs com a EE. Alguns participantes referiram ainda que o aumento da carga horária os levou a passar menos tempo com a família, à semelhança do que foi apurado no relatório do INSA (2020).

No que concerne ao tema “impacto emocional”, as principais alterações psicológicas sentidas foram a EE, a ansiedade, o medo do desconhecido/incerteza e o medo de ser infectado e/ou infectar familiares. De acordo com os testemunhos dos participantes, a EE parece resultar da sobrecarga de trabalho/horária e da utilização de EPIs, resultado que vai ao encontro do que é reportado noutros estudos (e.g., Liu et al., 2020; Morgantini et al., 2020). Esta relação está plasmada no Modelo de Mediação de Leiter e Maslach (2005) que explicita que em caso de sobrecarga persistente há pouco espaço para descansar, recuperar e restaurar o equilíbrio emocional, o que poderá culminar em EE e conduzir ao prejuízo da saúde do profissional, da qualidade do trabalho, da satisfação do paciente, entre outros. No que toca à ansiedade, esta parece relacionar-se com o medo do desconhecido e incerteza. Por sua vez, e sendo algo observado em outros estudos (e.g., Liu et al., 2020; Shechter et al., 2020), o medo de ser infectado ou infectar os familiares parece ter tido impacto na vida familiar dos PS, tendo mesmo motivado alguns a afastar-se fisicamente das famílias, como reportado no estudo de Kackin e colegas (2020). Foram ainda mencionadas, embora com menor frequência, outras alterações psicológicas, tais como sentimento de falta de reconhecimento, problemas de sono, falta de paciência, tristeza, irritabilidade e labilidade emocional. Tais alterações são relevantes por estarem usualmente associadas ao *burnout* (Maslach & Leiter, 2016; Merces et al., 2017; Moss et al., 2016), ainda que se considere a inexistência da síndrome completa entre os participantes. A manifestação do sentimento de falta de reconhecimento é particularmente relevante, dado que é preconizada pelo Modelo de Mediação de Leiter e Maslach como uma das áreas do contexto laboral que afeta os profissionais. Entre os participantes que o referiram, parece haver frustração pelo facto do seu trabalho não ser reconhecido pela população em geral, doentes ou até mesmo pelos colegas.

Quanto ao tema “estratégias para lidar com as adversidades”, os participantes parecem ter-se servido de várias estratégias potencialmente amortecedoras do impacto psicológico negativo da pandemia. Uma dessas estratégias foi a valorização do sentido de responsabilidade/missão, associado ao dever de cuidar que a profissão implica, em conformidade com os resultados obtidos em investigações anteriores no âmbito da COVID-19 e da MERS-CoV (e.g., Kackin et al., 2020; Khalid et al., 2016; Shechter et al., 2020). Outras duas estratégias foram o suporte familiar e o suporte de pares, esta última já mencionada como importante estratégia de *coping* organizacional. Ambas podem ser importantes para a superação das adversidades em situações de crise (Cai et al., 2020; Sun et al., 2020). Adicionalmente, também foram aludidas a prática de exercício físico e a reavaliação

positiva, igualmente verificadas noutras investigações (viz., Shechter et al., 2020; e Sun et al., 2020). É de destacar a relação, aferida em alguns relatos, entre a reavaliação positiva e o sentido de responsabilidade/missão, com a atribuição de novos significados relacionados com o dever moral da profissão a determinadas situações ou pensamentos, conforme o observado por Cai e colegas (2020). O evitamento também surgiu como uma subcategoria das estratégias de *coping*, em específico o evitamento de notícias e temas relacionados com a COVID-19, algo consistente com as investigações supracitadas (i.e., Cai et al., 2020; Kackin et al., 2020).

Por último, destacam-se ainda dois temas abordados pelos participantes: “perspetivas sobre o futuro do trabalho em HD” e “efeitos positivos da pandemia”. Segundo os participantes, o futuro do trabalho na área passará pela manutenção dos EPIs (e.g., máscara) e das medidas implementadas na pandemia. Os PS referiram como efeitos positivos a união de equipa e o controlo de infeção. Apesar de considerarem as mudanças na organização e procedimentos e o uso de EPIs como causadores de constrangimento, reconhecem estas medidas e o seu impacto no controlo de infeção como um aspeto positivo da pandemia.

Em suma, os PS que participaram neste estudo depararam-se com novos desafios trazidos pela pandemia, que foram capazes de ultrapassar utilizando estratégias distintas, sem nunca ter descurado a sua responsabilidade de cuidar dos outros. Destaca-se o papel preponderante do suporte de pares e união de equipa na superação dos impactos da pandemia. É importante reforçar que, apesar dos resultados quantitativos não sugerirem a total presença de *burnout*, os valores referentes à EE, obtidos a partir do MBI, devem ser tidos em consideração pelos riscos a que esta se pode associar (e.g., propensão para erros médicos; prejuízo na prestação de cuidados; Penwell-Waines et al., 2018).

Limitações e perspetivas futuras

Uma das limitações da presente investigação prende-se com o facto de as entrevistas não terem sido realizadas presencialmente, dificultando a análise da comunicação não-verbal. Outra limitação traduz-se no desequilíbrio da amostra no que respeita às categorias profissionais, sendo esta maioritariamente constituída por enfermeiros – ainda que não fizesse parte dos objetivos compará-las. Há ainda uma limitação ao nível da transferibilidade dos resultados, dado que a maioria das entrevistas foi realizada a PS de uma só instituição. Os próximos estudos nesta área deverão abranger mais instituições, preferencialmente de várias zonas do país; e atentar ao equilíbrio da amostra no que toca às categorias profissionais.

Não obstante as limitações, este estudo tem implicações importantes para os PS que trabalham em contexto de crise em HD. Em primeiro lugar, porque evidencia os stressores a que estes poderão estar expostos no futuro, em situações idênticas. Alguns dos achados da presente investigação foram já identificados em situações de emergência prévias (Brooks et al., 2020), o que poderá indicar a falta de investimento das instituições de saúde na melhoria das condições de trabalho destes profissionais. Em segundo lugar, porque fornece evidência empírica sobre estratégias utilizadas para lidar com as adversidades próprias destas situações, como o suporte de pares e familiar, sobrelevados neste estudo. Neste sentido, poderá ser importante que as instituições invistam em dinâmicas de grupo que promovam o fortalecimento das relações dentro das equipas de trabalho; e implementem medidas que promovam a disponibilidade dos profissionais para investir pessoalmente na criação/fortalecimento de redes de suporte social (e.g., através da contratação de profissionais para redução da carga horária). E em último lugar, tem implicações porque contribui para a diminuição das lacunas existentes na investigação sobre PS que trabalham em HD, sendo inclusivamente o primeiro a abordar o impacto da pandemia nesse contexto em Portugal.

Embora os PS incluídos na investigação tenham sido capazes de minimizar o impacto da COVID-19 sem recurso a ajuda psicológica profissional, sugere-se que a sua saúde mental seja monitorizada em benefício dos próprios e daqueles de quem cuidam. Os PS são vitais para o bom funcionamento dos sistemas de saúde, essenciais à continuidade da prestação de cuidados e à segurança dos utentes, inclusive em situações de calamidade, pelo que a sua própria segurança e bem-estar devem ser garantidos (Chang et al., 2020). De salientar que apenas um dos participantes procurou ajuda profissional, sendo que isso poderá dever-se a existência de preconceito, como descrito por P13: “(...) não é que eu considere que o apoio psicológico teria feito uma mudança brutal (...) mas pronto, considero que às vezes a gente falar com alguém que não conhecemos ou pelo menos que tenham um dever de sigilo... porque muitas vezes na área da saúde estas fragilidades emocionais são tidas como uma fraqueza (...) nenhum médico vai a uma consulta de psiquiatria que seja do mesmo hospital, as pessoas têm um bocado de receio (...) de mostrar, por assim dizer, essa fraqueza (...)”. Assim, é importante que as instituições reconheçam este fenómeno e continuem a disponibilizar meios de apoio, promovendo também a literacia em saúde mental e tentando reduzir o estigma, que parece constituir uma barreira à procura de cuidados por esta população.

Referências

- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., Davas, A., Misolevic, M., & Mijakoski, D. (2016). *International Archives of Occupational and Environment Health*, 89, 1059-1075. DOI 10.1007/s00420-016-1143-5
- Aughterson, H., McKinlay, A. R., Fancourt, D., & Burton, A. (2021). Psychosocial impact of frontline health and social care professionals in the UK during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 11(2), 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047353
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Basile, C., Combe, C., Pizzarelli, F., Covic, A., Davenport, A., Kanbay, M., Kirmizis, D., Schneditz, D., van der Sande, F., & Mitra, S. (2020). Recommendations for the prevention, mitigation and containment of emerging SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic in haemodialysis centres. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 35(5), 1-4. DOI: 10.1093/ndt/gfaa069
- Beckes, L., Coan, J. A. (2011). Social baseline theory: the role of social proximity in emotion and economy of action. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(12), 976-988. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00400.x>
- Beerendrakumar, N., Ramamoorthy, L., & Haridasan, S. (2018). Dietary and fluid regime adherence in chronic kidney disease patients. *Journal of Caring Sciences*, 7(1), 17-20. doi:10.15171/jcs.2018.003
- Benfatah, M., Changuiti, O., Marfak, A., Saad, E., Hilali, A., & Youlyouz-Marfak, I. (2020). The COVID-19 pandemic affects anxiety and depression among moroccan healthcare worker's. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 3(1), 1-4. Disponível em: <https://cutt.ly/Uktrtpd>
- Beckwith, H., Nimmo, A., Savino, M., Selvaskandan, H., Graham-Brown, M., Medcalf, J., & Cockwell, P. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on training, morale and well-being amongst the UK renal workforce. *Kidney International Reports*, 6(5), 1433-1436. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.03.004>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. <https://doi.org/10.1016/S0140-8>
- Buunk, B. P., & Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: a perspective from social comparison theory. In W.B. Schaufeli, C. Maslach e T. Marek (Eds.) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 33-51). Taylor & Francis.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between january and march 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (covid-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor*, 26(924171), 1-16. DOI: 10.12659/MSM.924171
- Catania, G., Zanini, M., Hayter, M., Timmins, F., Dasso, N., Ottonello, G., Aleo, G., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2020). Lessons from italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: a qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 404-411. <https://doi.org/10.1111/jonm.13194>
- Chang, D., Xu, H., Rebaza, A., Sharma, L., & Cruz, C. S. D. (2020). Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(3), 13. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30066-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30066-7)
- Chenoweth, C. (2013). Reducing nursing needlestick injuries in haemodialysis clinics: a quality improvement program. *Renal Society of Australasia Journal*, 9(1), 22-26. <https://www.renalsociety.org/public/6/files/documents/RSAJ/2013.03/Chenoweth.pdf>
- Chirico, F. (2016). Job stress models for burnout syndrome: a review. *Annali dell'Istituto superior di sanita*, 52(3), 443-456. DOI: 10.4415/ANN_16_03_17
- Cockwell, P., & Fisher, L-A. (2020). The global burden of chronic kidney disease. *The Lancet*, 395(10225), 662-664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32977-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32977-0)
- Cox, K. J., Parshall, M. B., Hernandez, S. H. A., Parvez, S. Z., & Unruh, M. L. (2017). Symptoms among patients receiving in-center hemodialysis: a qualitative study. *Hemodialysis International*, 21, 254-533. DOI:10.1111/hdi.12521
- Cukor, D., Halen, N. V., Frucher, Y., & Kimmel, P. L. (2015). Psychosocial Issues in Chronic Kidney Disease Patients (Cap. 19). In Paul L. Kimmel e Mark E. Rosenberg (eds.), *Chronic Renal Disease* (1ª ed.) (pp. 229-236). Academic Press.

- Dąbrowska-Bender, M., Dykowska, G., Żuk, W., Milewska, M., & Staniszevska, A. (2018). The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Patient Preference and Adherence*, *12*, 577-583. DOI: 10.2147/PPA.S156356
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*(3), 499-512. DOI: 10.1037/0021-9010.86.3.499
- Dindia, K., & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 106–124. doi:10.1037/0033-2909.112.1.106
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H. C., Silva, A. R., Sousa, B., Oliveira, A., Silva, P., & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BCM Public Health*, *20*(1885), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Elbay. R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S., & Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Research*, *290*(113130), 2-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>
- Esakandari, H., Nabi-Afjadi, M., Fakkari-Afjadi, J., Farahmandian, N., Miresmaelli, S-M., & Bahreini, E. (2020). A comprehensive review of COVID-19 characteristics. *Biological Procedures Online*, *22*(19), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12575-020-00128-2>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, *30*(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Galvão, F. (2019, outubro 26-30). *Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2019* [Conference session]. Encontro Renal, Portugal. http://www.bbg01.com/cdn/rsc/spnefro/gabreg/310/ER2020_Registo.pdf
- Greenberg, N. (2020). Mental health of health-care workers in the COVID-19 era. *Nature Reviews Nephrology*, *16*, 425-426. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0314-5>
- Guo, J., Liao, L., Wang, B., Li, X., Guo, L., Tong, Z., Guan, Q., Zhou, M., Wu, Y., Zhang, J., Dardik, A., & Gu, Y. (2020). Psychological effects of COVID-19 on hospital staff: a national cross-sectional survey in mainland China. *Vascular Investigation and Therapy*, *4*(1), 1-11. DOI:10.4103/VIT-2

- Hacimusalar, Y., Kahve, A. C., Yasar, A. B., & Aydin, M. S. (2020). Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: a comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.024>
- Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2017). Anxiety disorders among women: a female lifespan approach. *Focus*, 15(2), 162-172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160042>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources – A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. DOI: 10.1037/0003-066X.44.3.513
- Hoernke, K., Djellouli, N., Andrews, N., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Martin, S., Vanderslott, S., & Vindrola-Padros, C. (2021). Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: a rapid qualitative appraisal. *BMJ Open*, 11(046199), 1-13. doi:10.1136/bmjopen-2020-046199
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA]. (2020). *Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia*. Serviço Nacional de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.18/7245>
- Kackin, O., Ciydem, E., Aci, O. S., & Kutlu, F. Y. (2020). Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: a qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-10. <https://doi.org/10.1177%2F0020764020942788>
- Kallenbach, J. K. (2016). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel* (9^a ed.). Elsevier.
- Karakoc, A., Yilmaz, M., Alcalar, N., Esen, B., Kayabasi, H., & Sit, D. (2015). Burnout syndrome among hemodialysis and peritoneal dialysis nurses. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 10(6), 395-404. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27903999/>
- Karkar, A., Dammang, M. L., & Bouhaha, B. M. (2015). Stress and burnout among hemodialysis nurses: A single-center, prospective survey study. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(1), 12-18. DOI: 10.4103/1319-2442.148712
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>

- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERSCoV outbreak. *Clinical Medicine & Research*, 14(1), 7–14. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303>
- Koeppen, B. M., & Stanton, B. A. (2018). *Berne & Levy Physiology* (7^a ed.). Elsevier.
- Kondalkar, V. G. (2007). *Organizational Behaviour*. New Age International (P) Ltd. Publishers
- Kimmel, P. L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59, 1599-1613. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2001.0590041599.x>
- Kust, D., Murgic, J., Vukovic, P., Kruljac, I., Prpic, M., Zilic, A., Lengyel, C., Wdowiak, K., Simaskaite, L., Gunaydin, U. M., Sedlar, I. T., Fountzilas, E., Janzic, U., Coroian, I., Durutovic, I., Pellegrino, B., Petrova, M., Huti, E., Napolskaia, E., ... Luetic, K. (2020). Oncologist burnout syndrome in eastern Europe: results of the multinational survey. *JCO Oncology Practice*, 16(4), 1-9. <https://doi.org/10.1200/JOP.19.00470>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1-12. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. In A. S. G. Antoniou e C. L. Cooper (Eds.). *Research companion to organizational health psychology* (1^aed., 544-563). Edward Elgar.
- Li, H., Jiang, Y-f., & Lin, C-C. (2014). Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 208-216. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.012>
- Li, Y-N., Shapiro, B., Kim, J. C., Zhang, M., Porszasz, J., Bross, R., Feroze, U., Upreti, R., Martin, D., Kalantar-Zadeh, K., & Kopple, J. D. (2016). Association between quality of life and anxiety, depression, physical activity and physical performance in maintenance hemodialysis patients. *Chronic Diseases and Translational Medicine*, 2, 110-119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cdtm.2016.09.004>
- Li, S-Y., Tang, Y-S., Chan, Y-J., & Tarng, D-C. (2020). Impact of the covid-19 pandemic on the management of patients with end-stage renal disease. *Journal of the Chinese Medical Association*, 83(7), 628-633. <https://10.1097/JCMA.0000000000000356>

- Ling, K., Xianxiu, W., & Xiaowei, Z. (2020). Analysis of nurses' job burnout and coping strategies in hemodialysis centers. *Medicine*, 99(17), 1-4. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000019951>
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 in China: a qualitative study. *Lancet Global Health*, 8, 790-798. doi:10.1016/S2214-109X(20)30204-7
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portuguesas: uma análise a nível nacional. *Acta Médica*, 29(1), 24-30. DOI: 10.20344/amp6460
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory. In C. P. Zalaquett e R. J. Wood (eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (3^a ed.) (pp. 191-218). The Scarecrow Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 16(5), 607-611. DOI: 10.1080/08870440108405530
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2007). Burnout. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress* (2^a ed., 368-371).
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding burnout new models. In C. L. Cooper e J. C. Quick (Eds.). *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (1^aed., pp. 383-418). John Wiley & Sons, Ltd.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27265691/>
- Melo, J. M. C., Dias, A. S., Vilares, F. L. F., Matos, J. F., Sousa, M. F. P., & Pinheiro, R. M. S. (2016). *Guia orientador de boa prática: cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf

- Merces, M. C., Lopes, R. A., Souza e Silva, D., Oliveira, D. S., Lua, I., Mattos, A. I. S., & Júnior, A. D. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in nursing professionals of basic health care. *Revista Fundamental Care Online*, 9(1), 208-214. DOI:10.9789/2175-5361.2017.v9i1.208-214
- Moisoglou, I., Yfantis, A., Tsiouma, E., & Galanis, P. (2020). The work environment of haemodialysis nurses and its mediating role in burnout. *Journal of Renal Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1111/jorc.12353>
- Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, O., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H. T., & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. *PLoS ONE*, 15(9), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An official critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care healthcare professionals: a call for action. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1414-1421. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001885
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R. C., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O Stress nos professores portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto Editora
- Naldi, A., Vallellonga, F., Di Liberto, A., Cavallo, R., Agnesone, M., Gonella, M., Sauta, M. D., Lochner, P., Tondo, G., Bragazzi, N. L., Botto, R., & Leombruni, P. (2021). COVID-19 pandemic-related anxiety, distress and burnout: prevalence and associated factors in healthcare workers of North-West Italy. *BJPsych Open*, 7(1), 1-9. doi: 10.1192/bjo.2020.161
- Nkire, N., Nwachukwu, I., Shalaby, R., Hrabok, M., Vuong, W., Gusnowski, A., Surrod, S., Greenshaw, A. J., & Agyapong, V. I. O. (2021). COVID-19 pandemic: influence of relationship status on stress, anxiety, and depression in Canada. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 14, 1-12. DOI: 10.1017/ipm.2021.1
- Oh, H. S., Park, J. S., & Seo, W. S. (2013). Psychosocial influencers and mediators of treatment adherence in haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 2041-2053. DOI: 10.1111/jan.12071

- Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., Mut, D., & Turker, T. (2019). Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: a multicenter study. *The Journal of Nursing Research*, 27(4), 1-11. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000309>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3^a ed.). Sage Publications
- Penwell-Waines, L., Ward, W., Kirkpatrick, H., Smith, P., & Abouljoud, M. (2018). Perspectives on healthcare provider well-being: looking back, moving forward. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(3), 295-304. <https://doi.org/10.1007/s10880-01841-3>
- Pereira, B. S., Fernandes, N. S., Melo, N. P., Abrita, R., Grincenkov, F. R. S., & Fernandes, N. M. S. (2017). Beyond quality of life: a cross sectional study on the mental health of patients with chronic kidney disease undergoing dialysis and their caregivers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(74), 1-10. DOI 10.1186/s12955-017-0646-4
- Pines, A. (1993). Burnout: an existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach e T. Marek (Eds.) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 33-51). Taylor & Francis.
- Ponce, K., Tejada-Tayabas, L., González, Y., Haro, O., Zúñiga, M., & Morán, A. (2019). El cuidado de enfermería a los enfermos renales en hemodiálisis: desafíos, dilemas y satisfacciones. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53(2), 1-9. DOI: 10.1590/s1980-220x2018011103502
- Robles, T. F., & Kiecolt-Glaser, J. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79, 409-416. DOI: 10.1016/s0031-9384(03)00160-4
- Rubio, N. (2014). Gender differences and depression in self-disclosure on the therapeutic relationship [Tese de Mestrado, Rowan University]. Repositório institucional Rowan University.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, e C. L. Cooper (Eds.). *The handbook of work and health psychology* (2^aed., pp. 383-418). John Wiley & Sons, Ltd.

- See, K. C., Zhao, M. Y., Nakataki, E., Chittawatanarat, K., Fang, W-F., Faruq, M. O., Wahjuprajitno, B., Arabi, Y. M., Wong, W. T., Divatia, J. V., Palo, J. E., Shrestha, B. R., Nafees, K. M. K., Binh, N. G., Al Rahma, H. N., Detleuxay, K., Ong, V., & Phua, J. (2018). Professional burnout among physicians and nurses in asian intensive care units: a multinational survey. *Intensive Care Medicine*, *44*, 2079-2090. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5432-1>
- Semaan, V., Nouredine, S., & Farhood, L. (2018). Prevalence of depression and anxiety in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Applied Nursing Research*, *43*, 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.07.009>
- Singh, M., Nada, K. M., Baig, M., Malik, S., Hsu, E-S., Seashore, J., & Nishi, S. P. (2020). *Clinical Medicine Research*, *9*(6), 123-131. doi: 10.11648/j.cmr.20200906.11
- Shafi, T., & Coresh, J. (2018). Chronic kidney disease: Definition, epidemiology, cost, and outcomes. In J. Himmelfarb & T. A. Ikizler (Eds.), *Chronic kidney disease, dialysis, and transplantation: A companion to brenner and rector's the kidney* (4^a ed., pp. 2-22). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2009-0-49595-3>
- Shanafelt, T. D., Raymond, M., Kosty, M., Satele, D., Horn, L., Phippen, J., Chu, Q., Chew, H., Clark, W. B., Hanley, A. E., Sloan, J., & Gradishar, W. J. (2014). Satisfaction with work-life balance and the career and retirement plans of US oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(11), 1127-1135. DOI: 10.1200/JCO.2013.53.4560
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, B., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J. L., Brodie, D., Cannone, D. E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R. C., Gochman, B., Homma, S., Kronish, I. M., Lee, S. A. J., ..., Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, *66*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.06.007>
- Steddon, S., Ashman, N., Chesser, A., & Cunningham, J. (2014). *Oxford Handbook of Nephrology and Hypertension* (2^a ed.). Oxford University Press.
- Sousa, C. N., Marujo, P., Teles, P., Lira, M. N., & Novais, M. E. L. (2017). Self-care on hemodialysis: behaviors with the arteriovenous fistula. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, *21*(2), 195-199. doi: 10.1111/1744-9987.12522

- Sousa, H., Ribeiro, O., Costa, E., Frontini, R., Paúl, C., Amado, L., Miranda, V., Ribeiro, F., & Figueiredo, D. (2020). Being on hemodialysis during the COVID-19 outbreak: a mixed-methods' study exploring the impacts on dialysis adequacy, analytical data, and patients' experiences. *Seminars in Dialysis*, 00, 1-11. DOI: 10.1111/sdi.12914
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Hiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*, 48, 592-598. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>
- Tohme, F., Mor, M. K., Pena-Polanco, J., Green, J. A., Fine, M. J., Palevsky, P. M., & Weisbord, S. D. (2017). Predictors and outcomes of non-adherence in patients receiving maintenance hemodialysis. *International Urology and Nephrology*, 49(10), 1731-1740. DOI: 10.1007/s11255-017-1644-5
- Vala, J., Pinto, A. M., Moreira, S., Lopes, R. C., & Januário, P. (2017). *Burnout na classe médica em Portugal: perspectivas psicológicas e psicossociológicas*. Universidade de Lisboa.
- Vanderbroeck, S., Van Gerven, E., De Witte, H., Vanhaecht, K., & Godderis, L. (2017). Burnout in belgian physicians and nurses. *Occupational Medicine*, 67, 546-554. doi:10.1093/occmed/kqx126
- Wall, M., Schenck-Gustafsson, K., Minucci, D., Sendén, M. G., Lovseth, L. T., & Fridner, A. (2014). *BMC Psychology*, 2(53), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40359-014-0053-0>
- Wang, J., Yue, P., Huang, J., Xie, X., Ling, Y., Jia, L., Xiong, Y., & Sun, F. (2018). Nursing intervention on the compliance of hemodialysis patients with end-stage renal disease: a meta-analysis. *Blood Purification*, 45, 102-109. DOI: 10.1159/000484924
- World Health Organization [WHO] (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": international classification of Diseases. https://www.who.int/mental_health/
- Zhang, S. X., Liu, J., Jahanshahi, A. A., Nawaser, K., Yousefi, A., Li, J., & Sun, S. (2020). At the height of the storm: healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 144-146. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.010>

Anexos

Anexo A. Guião de entrevista semiestruturada

Guião de entrevista

1. Fale-me um pouco acerca dos impactos da pandemia COVID-19 no desempenho das suas funções enquanto profissional de saúde em contexto de hemodiálise... O que mudou? Que constrangimentos sentiu?
2. Fale-me um pouco acerca da sua experiência em relação aos cuidados que presta a pacientes em hemodiálise em contexto de pandemia? Quais os maiores desafios com que se depara atualmente?
3. Qual tem sido a parte mais difícil de trabalhar durante a pandemia?
4. Quais os impactos da atual pandemia em termos da comunicação e relação com o paciente e sua família/cuidadores? E com os colegas de equipa?
5. Considera que a pandemia lhe trouxe uma carga de trabalho adicional? De que forma?
6. Do ponto de vista psicológico, sentiu algumas mudanças? Fale-me um pouco acerca disso.
7. Como tem lidado com as dificuldades e desafios impostos pela pandemia?
8. Considera que a pandemia COVID-19 mudará a forma como se prestam cuidados aos pacientes em diálise? De que forma? Porquê?
9. Se tivesse que identificar algum impacto positivo desta situação, qual seria? Porquê?

Anexo B. Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Impacto da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde em contexto de hemodiálise

O senhor(a) está a ser convidado para participar num projeto de investigação da Universidade de Aveiro, sob a responsabilidade dos investigadores Daniela Figueiredo e Oscar Ribeiro. Este estudo tem como objetivo geral explorar as experiências e impactos da pandemia COVID-19 em PS que prestam cuidados em hemodiálise. O estudo implica a realização de uma entrevista individual (presencial ou online) e autopreenchimento de um questionário. Mais se informa que todos os dados recolhidos se manterão estritamente confidenciais e que apenas os investigadores da equipa (onde se incluem estudantes de mestrado e de doutoramento) terão acesso aos mesmos. Os dados que resultarem desta investigação poderão ser incorporados em dissertações de mestrado e/ou teses de doutoramento e serão **divulgados** através de comunicações em congressos científicos e artigos publicados em revistas científicas. Contudo, os participantes nunca serão identificados, sendo garantido o seu **anonimato** e a **confidencialidade** dos dados.

Salienta-se ainda que a sua participação é **voluntária** e poderá desistir em qualquer momento sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo para si.

Se desejar obter mais informações acerca do estudo, pode escrever ou telefonar para os contactos dos investigadores responsáveis, que se encontram no final deste termo.

Caso decida participar, pedimos-lhe por favor que deixe os seus contatos a seguir:

Telemóvel: _____

E-mail: _____

Agora, por favor leia e assinale com uma cruz (X) os quadrados seguintes.

1. Eu confirmo que percebi a informação que me foi dada e tive a oportunidade de questionar e de me esclarecer.

2. Eu percebo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir, em qualquer altura, sem dar nenhuma explicação, sem que isso afete qualquer serviço de saúde que me é prestado.
3. Eu compreendo que os dados recolhidos durante a investigação são confidenciais e que só os investigadores do projeto da Universidade de Aveiro a eles têm acesso. Portanto, dou autorização para que os mesmos tenham acesso a esses dados.
4. Eu compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados em Revistas Científicas e usados noutras investigações (p.e., dissertações de mestrado ou teses de doutoramento), sem que haja qualquer quebra de confidencialidade. Portanto, dou autorização para a utilização dos dados para esses fins.
5. Eu concordo então em participar no estudo.

Nome do participante	Data	Assinatura
Nome do participante	Data	Assinatura

Investigadores Principais

Daniela Figueiredo

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Campus Universitário de Santiago, Agrad do Crasto, 3810-193 Aveiro, Portugal

Telefone: + 351 234 372 457

E-mail: daniela.figueiredo@ua.pt

Óscar Ribeiro

Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal

Telefone: + 351 234 247 041

E-mail: oribeiro@ua.pt

Anexo C. Tabela de análise de conteúdo

Tema	Subtema	N	Citações
1. Maiores desafios de trabalhar durante a pandemia	A) Limitações e dificuldades no contacto e comunicação com o doente	17	“(…) também fruto da pandemia, que não tivéssemos tanta proximidade com o doente (….) passámos a ser muito mais tecnicistas (….) só o ligar... o desligar, entregar a medicação (….) Depois os EPIs também não ajudaram muito.” [P16]; “(…) Mas depois com os, com os EPIs (….) nós queremos falar e depois as pessoas não percebem... (….) tornam a perguntar a mesma coisa (….) o que é que nós vamos dizer? ‘Então, olhe, eu daqui a bocadinho explico’. E esse bocadinho não existe. Entende? (….)” [P17]; “(…) também sofremos com as alterações de comportamento dos doentes... ou seja, como tivemos que criar novas regras, criar circuitos, criar medidas de proteção individual para eles (….) isso foi muito difícil para eles conseguirem perceber (….)” [P21].
	B) Sobrecarga de trabalho/horária	17	“(…) Não só aaa... uma carga adicional psicológica, como também obrigou-nos a pensar de como fazer o mesmo aaa... com medidas ainda mais apertadas, digamos assim. Portanto, obrigou-nos... obrigou-nos a uma readaptação e isso, como é óbvio, acaba por nos sobrecarregar um bocado mais.” [P5]; “(…) em termos de horários não (….) não me senti sobrecarregado, agora... sobrecarga dos cuidados na operacionalização do meu trabalho, isso senti (….)” [P14]; (….) dei mais horas de mim à clínica, porque houve colegas meus que ficaram positivos e tiveram de fazer quarentena, porque tiveram doentes para acompanhar familiares, porque... porque tivemos que criar um turno extra para dialisarmos os doentes positivos (….)” [P15].
	C) Interferência dos EPIs no desempenho de funções	13	“(…) o facto de termos que usar os EPIs, que acaba por fisicamente trazer algum acréscimo de desconforto, não é? Acabava por ser muito desgastante (….)” [P9]; “(…) mas depois com os, com os EPIs (….) temos de falar mais alto com o doente e torna, torna-nos... um cansaço imenso (….)” [P17]; (….) quando temos os EPIs estamos mais

fardados... depois a suar... as viseiras e tudo... é um cuidado minucioso, canular pistas não é propriamente... exige alguma destreza, não é? Não é agradável (...)" [P18].

- | | |
|---|---|
| D) Mudanças na organização e nos procedimentos da prestação de cuidados | 13 “(...) mudámos também por completo as nossas rotinas de modo a mantermos distâncias, a mudar os tempos, os tempos entre turnos e sobretudo tentar manter algum distanciamento dentro do possível entre os doentes (...) basicamente nós trabalhávamos com uma distribuição de doentes fixa (...) começamos a trabalhar com diálise <i>on time</i> , o doente chega e é a primeira máquina que estiver disponível (...)” [P18]; “(...) havia necessidade de isolar e separar os doentes com covid... o nosso serviço tinha apenas, no momento, capacidade para isolar dois doentes... porque temos só uma salinha pequena onde podíamos isolar, mas apareceram mais casos e tivemos que, que então reorganizar (...)” [P25]. |
| 2. Impacto emocional | A) Exaustão emocional 11 “(...) há aqui uma dicotomia entre o desgaste físico, que é plausível, as muitas horas de trabalho no hospital... aaa... e o tentar dar o nosso melhor p’ra muitas vezes criar condições que não são as ótimas, mas com, trabalhar com o que temos e arranjar ferramentas aaa... muitas vezes onde, onde não as há... aliado a toda uma carga emocional (...)” [P3]; “(...) É que nós tamos, estamos cansados... deste... desta carga de trabalho e depois lidar com os doentes (...) só espero mesmo que acabe... estamos saturados, saturados mesmo.” [P7]; “(...) Depois, a nível físico, não é? Também mudou o facto de nós usarmos EPIs (...) também teve algum impacto no nosso cansaço físico (...)” [P13]. |
| | B) Ansiedade 8 “(...) já não temos a certeza se realmente as coisas estão como deixamos (...) acaba por nos deixar aaa... mais ansiosos, vá, de como é, de como é que vai ser o desfecho... de quando é que não vai... de como é que podemos programar as coisas, que... aumenta um bocadinho os níveis de ansiedade (...)” [P12]; “(...) eu pensava que estava bem, no início, aaa... até que... eu já tive problemas de ansiedade... e então quando fiquei de férias tive uma crise de ansiedade e tive três meses com crises recorrentes... e com |

			<p>sintomatologia de ansiedade (...)” [P7]; “eu andava sempre em alerta constante, né? E agora sinto que já não estou, já não estou tão alerta, mas estou a ir mais abaixo... tou a sentir mais agora... que tou a ir abaixo... (...) agora até tá a ser um bocadinho mais difícil, mas eu acho que aquela coisa da adrenalina, da pessoa já... parece que já relaxei e que... agora é que estou a sentir a pressão (...)” [P22].</p>
	C) Medo do desconhecido/incerteza	8	<p>“(...) não se sabia muito bem o que, o que fazer. E nesse sentido eu acho que, pronto, o stress vem mais daí e de não sabermos como lidar com as situações muitas vezes.” [P21]; “(...) Medo! Medo do desconhecido e insegurança (...)” [P3]; “(...) a primeira vaga foi bastante mais pesada, não pelo número de doentes, mas a incerteza... no fundo a incerteza em que todos vivíamos, não sabíamos muito bem qual era a situação, quais eram os fatores de risco... aaa... sempre o medo de não cumprir algum passo que pudesse pôr em causa a vida dos nossos utentes, a qualidade de vida dos nossos utentes, inclusivamente nós, funcionários...” [P24].</p>
	D) Medo de ser infetado/infetar os familiares	8	<p>“(...) sentia-me com medo de estar com a minha família. No sentido de transmitir alguma coisa (...)” [P17]; “(...) tomei por opção aaa... estar quase dois meses fora de casa (...) com a evolução comecei a sentir medo aaa... pelos meus, não é? por aqueles que me estão mais próximos (...)” [P23].</p>
3. Outros impactos psicológicos	A) Sentimento de falta de reconhecimento	5	<p>“(...) senti que merecia mais reconhecimento por parte da população e tudo mais (...)” [P8]; “(...) gostava que os próprios doentes dessem, mas não vejo jeitos [risos]... dessem um bocadinho mais de valor aos profissionais (...)” [P10]; “(...) Era a sensação de... quando tás a dar o melhor... prontos, quando tás a dar tudo e mesmo assim, quem não está... tenta... ver sempre o teu pior (...)” [P9].</p>
	B) Problemas de sono	3	<p>“(...) deixei de dormir... comecei a ter problemas a adormecer, tive que recorrer mesmo a medicação para dormir (...)” [P22].</p>

	C) Falta de paciência	3	“(…) aquilo que eu posso dizer que tenha notado de mais diferente aaa... talvez a paciência, digamos assim. P’ra... não para os utentes, como é óbvio, mas para, para as pessoas que me rodeiam (...)” [P5].
	D) Tristeza	3	“(…) senti tristeza, desconsolo, parece que tudo o que fazíamos não... não era o, a solução correta para isto passar (...)” [P17].
	E) Irritabilidade	2	“(…) tentar controlar e não, e não, e não... e não transmitir esta, minha ansiedade e às vezes irritabilidade (...)” [P20]
	F) Labilidade emocional	2	“(…) alguns períodos em que eu possa estar com labilidade emocional mais, mais carregada... porque eu lembro-me de algumas vezes até, pá, durante o turno, de me vir as lágrimas aos olhos por, por... às vezes até coisas que... que... que não eram, nem eram muito relevantes (...)” [P13]
4. Impacto na vida pessoal	A) Interferência na vida familiar	11	“(…) chegarmos a casa e não podermos estar à vontade... o facto de eu não conseguir estar, por exemplo, com os meus pais... aaa.. durante bastantes meses (...)” [P5]; “(…) comecei a fazer mais horas e claro que essas horas não as tenho aqui em casa junto com a família, não é? (...)” [P15]; “(…) o ter saído de casa... aaa... foi exigente, não é? E aaa... e pronto, não foi uma decisão assim fácil (...) mas afeta, afeta... não podemos estar com os nossos pais, com a, com a, com a família, não é? (...)” [P23].
5. Estratégias para lidar com as adversidades	A) Suporte de pares	12	“(…) procuro estar mais na minha, tentar afastar... ou então falar com um colega, com a enfermeira “Y”, que, que, que eu confio mais... e que... e, e é mais isso, é o suporte, suporte com os pares (...)” [P13]; “(…) eu acho que foi... tudo o que ajudou foi a equipa. A equipa. Foi o que mais nos ajudou na sala diálise foi realmente a equipa que se uniu (...)” [P15]; “(…) muitas vezes senti necessidade de, de, de verbalizar as coisas com os colegas (...) há duas ou três pessoas, claro com quem me dou melhor, mesmo que não sejam do trabalho aaa... na mesma clínica ou no mesmo hospital... pronto, os

- que são da mesma área e que no fundo têm as mesmas dificuldades e que pronto... íamos contactando.” [P24].
- B) Sentido de responsabilidade/missão 8 “Eu quando vou para o trabalho... vou com o espírito de... de... cumprir a minha missão, digamos assim (...)” [P5]; “(...) ainda agora, posso lhe dizer isto de não podermos infringir, não é? Às vezes a gente ainda tenta um bocadinho: ‘oh, mas vamos até ali...’, ‘não, eu não vou, eu sou profissional de saúde, eu tenho que dar o exemplo!’ (...)” [P20]; “(...) eu acho que está muito intrínseco à nossa forma de ser, não é? (...) tínhamos a forma de cuidar dos nossos e o que eu arranjei inicialmente foi sair de casa e depois... não deixar de cuidar daqueles que precisam no fundo do tratamento, não é? (...)” [P23]; “(...) por norma faço horário da oito às dezasseis... isso deixou de existir... deixou de existir e, portanto, era até sentir, até sentir que podia ir embora e que as coisas estavam controladas e com alguma segurança (...)” [P25].
- C) Suporte familiar 7 “(...) com a ajuda depois dos meus pais... do meu marido, do meu irmão... foi tudo muito mais fácil... todos os miminhos que nos vão proporcionando, seja com uma mensagem, seja, lá está, com uma refeição, seja com um telefonema... uma coisa assim... é mais fácil (...)” [P9]; “(...) outras vezes aproveitar e ligar às filhas que estão fora e fazer de conta que não se passa nada e falar de coisas bonitas (...)” [P24].
- D) Prática de exercício físico 6 “(...) fazer algum... alguma ginástica [riso], mesmo que em casa...” [P4]; “(...) faço exercício físico com regularidade, para tentar libertar tudo aquilo que fica acumulado (...)” [P7]; “(...) é a minha fonte de escape. Para libertar alguma tensão. (...) Correr, por exemplo. Mas isso, depois dentro de mim, não sei o que é que acontecia, tinha que correr para me sentir melhor (...)” [P17].
- E) Reavaliação Positiva 5 “Autorreflexão... basicamente. E nessa autorreflexão tentar perceber o porquê e como contornar... basicamente passa por isso.” [P5]; “(...) às vezes também é difícil, às vezes

apetece desistir e atirar a toalha ao chão e dizer ‘já chega, eu vou acabar com isto’. Mas o que se pensa é ‘ok, é o nosso trabalho, não é?’, foi o que nós escolhemos (...)” [P21].

- F) Evitamento 4 “(...) é tentar não pensar muito (...) eu para não sentir saudades era capaz nem, nem telefonar, nem comunicar com a minha família porque é a minha maneira de, de, talvez um bocado egoísta, mas também de me salvaguardar (...) para não me sentir afetado porque eu tinha que continuar a trabalhar (...)” [P14]; “(...) por exemplo, em termos de informação, de, de... ver as notícias e algo do género, limitamos a 100%, 99% (...)” [P18].
6. Perspetivas sobre o futuro do trabalho em HD
- A) Manutenção do uso de EPIs 10 “(...) se calhar algum tipo de, de menos EPIs, acho que sim... máscara se calhar vamos usá-la sempre... é mais seguro” [P10]; “(...) eu acho que nunca, os profissionais... os pacientes se calhar não, mas por exemplo, nós, acho que nunca mais vamos deixar de usar máscara para tratar estes doentes, porque nunca se pensou nisso, que estes doentes é, é, tavam... nós sabíamos que os nossos doentes eram imunodeprimidos, não é? (...) mas nunca pensámos que aaa... ou seja, nunca assistimos a uma coisa que pusesse isso tão à prova, não é? (...) isto foi mesmo posto à prova e acho que muitas destas coisas vão ficar, principalmente a nível técnico aaa... algumas medidas que nós fomos tomando e que foram chegando, algumas diretivas que foram alteradas, considero que vão, que vão continuar... mas é para bem deles.” [P13]; “(...) penso que se adotaram boas práticas... aliás muitas delas já deviam ser adotadas antes da covid. Aaa... nomeadamente no que refere à lavagem das mãos, o que refere ao uso de equipamentos (...)” [P25].
- B) Manutenção das medidas implementadas para controlo de infeção 8 “(...) Eu creio que algumas normas que nós adotamos agora para os nossos doentes renais crónicos, sobretudo a nível de isolamentos, profilaxias, prevenções... isso vão se manter (...)” [P3]; “(...) acho que nunca mais vamos deixar de usar máscara para tratar estes doentes (...)” [P13]; “(...) afinal algumas mudanças que nós fizemos, que lhes fizemos, até melhorou! (...) Neste momento, o que é que nós estamos a fazer? Os doentes sentam-se por ordem de chegada (...) criamos aqui alguma liberdade de nós ligarmos os doentes e eles... também evitou aqueles constrangimentos todos que eles

tinham, porque as discussões maiores dentro da sala de diálise era quando os ligávamos (...)" [P15].

7. Efeitos positivos da pandemia

A) União de equipa

8 “(...) o fortalecimento do espírito de equipa. Aaa, acho que foi, foi bom, foi bom por causa disso. Acho que o espírito de missão que se criou (...)" [P13]; “(...) houve um aspeto muito positivo que eu ressalvo e que, e que eu... e pronto, que me fez refletir. E de facto esse aspeto positivo foi a união da equipa (...)" [P20]; “(...) eu acho que no fundo tivemos que nos tornar mais unidos. É... para que as coisas funcionassem da melhor forma e aprender uns com os outros, tentar arranjar estratégias para melhorar a prestação dos cuidados (...)" [P21]; “(...) começámos a comunicar mais [equipa] (...) e acho que... nos uniu mais. Ou seja, eu senti que éramos um bocadinho apoio uns dos outros (...)" [P22]; “(...) eu acho que reforçou alguns laços em termos de trabalho de equipa. Aaa... tenho a noção de que deixámos de ser tão individualistas (...) a entreatajuda, a relação de uns com os outros aaa... penso que até saiu reforçada... a tolerância para com o outro aaa... a capacidade de, de ajudar, a vontade de ajudar... aaa acho que, por aí acho que até podemos dizer que foi um aspeto positivo na minha perspetiva... na minha perspetiva..." [P25].

B) Rigor no controlo de infeção

5 “(...) isto também foi bom. Positivo. Torna-nos mais exigentes. Isso é óbvio, relativamente ao controlo da infeção, sobretudo." [P2]; “(...) um ponto positivo no meio de toda esta situação (...) eu acho que por muito mau que tenha sido isto, efetivamente aaa... a nível de gestão dessas situações (...) pequenas coisas que nós alteramos, a nível de desinfeção, e dos EPIs... que não estávamos a fazer, mas que efetivamente fazem sentido que sejam feitas e nós numa pensamos numa situação como esta, num vírus tão facilmente transmissível, não é? E que fazendo essas pequenas coisas, já eliminamos em grande parte o risco de transmissão." [P7]; “(...) muitas coisas do controlo de infeção melhoraram este ano, por muito complexo que isto possa parecer [risos] (...) [P19]

Anexo D. Mapa temático

