

Repercussão da Pandemia de COVID-19 nos Serviços de Saúde e na Saúde Mental dos Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários

The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Healthcare System and on the Mental Health of Primary Health Care Providers

Conceição OUTEIRINHO^{1,2}, Raquel BRAGA^{1,3,4}, Joana COSTA GOMES^{1,3}, Luís ALVES^{1,4,5}, Ana Margarida CRUZ^{1,2}
Acta Med Port 2023 Jan;36(1):25-33 • <https://doi.org/10.20344/amp.17632>

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19 forçou a reorganização dos serviços dos cuidados de saúde primários. Com este estudo pretendemos descrever como responderam os serviços de saúde às solicitações organizacionais, como envolveram e apoiaram os seus colaboradores; como os profissionais perceberam o seu envolvimento nos procedimentos e que apoio lhes foi fornecido. Pretendemos também avaliar os níveis de ansiedade e depressão dos profissionais e a sua associação não só com o apoio sentido pelos profissionais, mas também com a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e com o seu envolvimento nas tarefas relacionadas com a pandemia.

Material e Métodos: Estudo transversal analítico dirigido aos profissionais de três agrupamentos de centros de saúde usando um questionário *online*. Colhemos dados sociodemográficos, informação sobre o acesso a equipamento de proteção individual, apoio percebido, carga de trabalho e níveis de ansiedade e depressão. Entre cada variável e os níveis de ansiedade e depressão aplicou-se regressão logística multivariada.

Resultados: Responderam 237 profissionais (83,8% mulheres; idade média 43,7 anos; 43,2% de médicos). Quase 60% trabalhou com doentes COVID-19. A disponibilidade de equipamento de proteção individual em março *versus* junho de 2020 aumentou (17,7% vs 55,3%). Existia plano de gestão do risco em 86% dos locais. Identificou-se uma alta carga de trabalho (90%) e pressão do tempo (74,6%). Médicos e enfermeiros apresentavam maior prevalência de depressão associada à carga de trabalho e fadiga ($p < 0,001$). Ter espaço para falar dos problemas, apoio sentido perante esses problemas e dispor na unidade de saúde de um espaço para relaxar foram alguns fatores protetores de ansiedade. Foi encontrado menor risco de depressão no grupo do secretariado clínico, nos profissionais que se sentiram apoiados, e nos que tiveram participação ativa nos planos de contingência.

Conclusão: A pandemia de COVID-19 levou a grandes alterações na dinâmica dos CSP. A pressão do tempo para realização de tarefas e a concentração exigida associaram-se a maior risco de desenvolvimento de patologia mental. O apoio sentido pelos profissionais perante os seus problemas e preocupações, e a existência de espaços para relaxar nas USF foram identificados como fatores protetores. A promoção da saúde, a manutenção dos contactos sociais dos profissionais e o seu envolvimento nos processos deverão ser tidos em conta na dinâmica organizacional das instituições.

Palavras-chave: Ansiedade; COVID-19; Cuidados de Saúde Primários; Depressão; Gestão do Risco; Pandemia

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic forced the reorganization of primary health care services. The aim of this study was to describe how the health services responded to organizational requests; how the health services involved and supported their employees; how professionals perceived their involvement in the procedures and what support was provided to them. Additional aims included assessing the levels of anxiety and depression of professionals and their association with the perceived support, availability of personal protective equipment and involvement in pandemic-related tasks.

Material and Methods: Cross-sectional, analytical study directed at professionals from three health center groups using an online questionnaire. We collected information from sociodemographic data, access to personal protective equipment, perceived support, workload and levels of anxiety and depression. Between each variable and the levels of anxiety and depression, multivariate logistic regression was applied.

Results: There were responses from 237 professionals (83.8% women; mean age 43.7 years; 43.2% physicians). Almost 60% worked with COVID-19 patients. The availability of personal protective equipment in March *versus* June 2020 increased (17.7% vs 55.3%). There was a risk management plan in 86% of the workplaces. A high workload (90%) and time pressure (74.6%) were identified. Physicians and nurses had a higher prevalence of depression associated with workload and fatigue ($p < 0.001$). Protective anxiety factors were having space to talk about problems, support in face of these problems and having a place to relax in the health unit. A lower risk of depression was found in the administrative staff group, in those who felt supported, and in those who actively participated in the contingency plans.

Conclusion: The COVID-19 pandemic led to considerable changes in the dynamics of primary health care. The time pressure to carry out tasks and the level of concentration required were associated with a higher risk of mental disease. The support felt by healthcare professionals regarding their problems and concerns and the existence of places to relax in the health units were identified as protective factors. Health promotion, the maintenance of the social contacts of healthcare professionals and their involvement in the processes should be taken into account in the organizational dynamics of the institutions.

Keywords: Anxiety; COVID-19; Depression; Health Services; Pandemics; Primary Health Care; Risk Management

INTRODUÇÃO

Desde o final de 2019 fomos assistindo à instalação da pandemia de COVID-19 a nível mundial. A rápida disseminação da doença e a taxa de letalidade associada¹ tornaram imperiosa a implementação de planos de resposta de

1. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

2. Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental. Porto. Portugal.

3. Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Porto. Portugal.

4. EPIUnit – Instituto de Saúde Pública. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

5. Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional (ITR). Universidade do Porto. Porto. Portugal.

✉ Autor correspondente: Conceição Outeirinho. couteirinho@gmail.com

Recebido/Received: 03/12/2021 - Aceite/Accepted: 17/06/2022 - Publicado Online/Published Online: 27/07/2022 - Publicado/Published: 02/01/2023

Copyright © Ordem dos Médicos 2023



modo a conter a doença^{2,3} e minimizar os danos.

Os planos de emergência alteram as condições de normalidade estabelecidas e implicam o reajustamento de procedimentos. A sua gestão pressupõe a criação de uma estrutura que leve as instituições a reduzir a sua vulnerabilidade ao perigo e as capacite para lidar com os efeitos do perigo emergente, criando ambientes mais seguros e resilientes.⁴ Esta governação deve ser assente numa coordenação de processos e ser integradora, tendo em conta as estruturas e os recursos humanos.^{3,4}

Está descrita a associação entre as condições psicossociais de trabalho e o desenvolvimento de exaustão emocional ou *burnout*.⁵ A pandemia de COVID-19 colocou pressões sem precedentes nos profissionais e sistemas de saúde em todo o mundo, com impacto profundo na saúde mental dos profissionais tal como ocorreu durante pandemias anteriores.^{6,7}

Evidência anterior mostra que os fatores organizacionais, tais como a existência de protocolos de segurança definidos, têm um impacto positivo na saúde mental dos trabalhadores.⁸ Assim, as estruturas de controlo ou comando, centrais ou locais, devem acautelar a criação de um processo de comunicação eficaz interno e externo⁹ para apoio dos profissionais envolvidos e dos destinatários dos seus serviços. Em relação aos profissionais de saúde e no âmbito de um surto de doença infecciosa, para além da comunicação sobre as orientações técnicas atualizadas sobre o surto (clínica da doença, cadeias de transmissão, dados epidemiológicos e procedimentos de intervenção) são fundamentais as orientações sobre segurança pessoal e com os pacientes/pessoas. Deve ser desenvolvido um processo de apoio clínico/técnico à decisão e discussão inter pares,⁸ fomentando o espírito de colaboração e evitando o isolamento e a exaustão dos profissionais e promovendo o seu bem-estar físico e mental.^{8,10,11}

As instituições mundiais como a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹² vêm emitindo recomendações e orientações, cabendo a cada país adaptá-las à sua realidade e aos recursos disponíveis. Na mesma linha atuam as organizações de saúde nacionais³ e regionais, as academias¹³ e as ordens profissionais.¹⁴⁻¹⁶

Importa assim saber como responderam os serviços dos cuidados de saúde primários (CSP) a esta realidade, como estão os profissionais de saúde dos CSP portugueses a lidar com a situação, qual o seu nível de envolvimento no processo e que apoio lhes é fornecido.

Com este estudo pretendemos descrever, em contexto pandémico e numa amostra de três agrupamentos de centros de saúde (ACeS), como responderam os serviços de saúde às solicitações organizacionais; como envolveram e apoiaram os seus colaboradores; como os profissionais perceberam o seu envolvimento nos procedimentos e que apoio lhes foi fornecido. Pretendemos ainda avaliar

os níveis de ansiedade e depressão dos profissionais de saúde através da escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS¹⁷ e a sua associação, apoio sentido pelos profissionais, disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI) e o envolvimento dos profissionais nas tarefas e procedimentos determinados pelo Plano de Contingência COVID-19.

MATERIAL E MÉTODOS

Em junho de 2020, realizámos um estudo observacional analítico e transversal através da aplicação de um questionário de autopreenchimento disponibilizado *online*, com uso da ferramenta *Google Forms*, aos profissionais de três agrupamentos de centros de saúde (ACeS) (Porto Ocidental, Matosinhos e Gaia). Foi solicitado o consentimento informado aos participantes.

Obteve-se autorização dos ACeS envolvidos e parecer positivo das comissões de ética da Administração Regional de Saúde do Norte e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

O questionário recolheu informação sociodemográfica (género, idade); informação relacionada com a profissão (categoria profissional, descrição da atividade relacionada com COVID-19 [trabalho em área dedicada COVID-19-comunidade (ADC-C)], informação relacionada com a existência de planos de contingência/gestão do risco, com a pressão sentida pelos profissionais, com a sua capacidade de decisão, cansaço/fadiga no trabalho, disponibilidade de EPI, obtenção de informação relativa à pandemia, apoio sentido pelos profissionais e perceção das chefias relativamente ao apoio fornecido, envolvimento dos colaboradores na implementação do plano de contingência e organização dos serviços durante a pandemia (reuniões de serviço e formação, existência de local para relaxar, existência de apoio psicológico) – variáveis independentes. O questionário integra a escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (versão portuguesa validada).¹⁴ Esta escala permite obter três *scores* separados para ansiedade e depressão, classificando os indivíduos como: normal (0 - 7 pontos), *borderline* (8 - 10 pontos) e anormal (11 - 21 pontos) – variáveis dependentes.¹⁷

Análise e procedimentos estatísticos

Utilizámos o programa IBM SPSS®, versão 22. Na descrição das variáveis consideraram-se frequências absolutas (n) e relativas (%) nas variáveis categóricas e médias (M) e desvios padrão (DP) nas variáveis contínuas, após confirmação da simetria das suas distribuições pela observação do histograma. A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada com o teste Kolmogorov-Smirnov e observação do histograma. Na associação das variáveis categóricas foi utilizado o teste χ^2 -quadrado ou teste de Fisher e nas variáveis contínuas o ANOVA-1 *factor*.

Para avaliação das associações da ansiedade e depressão (variáveis dependentes), normal *versus borderline* e normal *versus* anormal criaram-se quatro modelos logísticos multivariáveis. Os modelos logísticos foram ajustados para as variáveis independentes (dicotomizadas) que apresentaram associação univariada estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ansiedade ou depressão (normal *versus borderline* ou normal *versus* anormal). Estimaram-se os *odds ratio* ajustados e os respetivos intervalos de confiança a 95%. Consideraram-se resultados estatisticamente significativos para $p < 0,05$. A variável cansaço/fadiga associou-se de forma univariada com a ansiedade/depressão mas não foi incluída nos modelos multivariados porque apresentava pouca variabilidade em algumas categorias.

RESULTADOS

Os dados foram colhidos a partir de uma população de 1326 profissionais dos ACeS Porto Ocidental ($n = 505$), Gaia ($n = 271$) e Matosinhos ($n = 550$).

No sentido de promover a representatividade de cada ACeS na amostra, garantiu-se que esta fosse constituída por pelo menos 10% de respondentes de cada ACeS. Assim, a amostra final foi constituída por 237 profissionais, 96 (19,0%) do ACeS Porto Ocidental, 61 (22,5%) do ACeS Gaia e 80 (14,5%) do ACeS Matosinhos.

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 83,8% de profissionais do sexo feminino, sendo os médicos a profissão mais representada (43,2%), seguida pelos enfermeiros (32,2%), secretários clínicos (13,1%) e outros (11,4%). A idade variou entre os 18 e os 68 anos, com média de 43,74 (DP = 10,33) (Tabela 1).

Mais de metade da amostra não trabalhou em área dedicada COVID-19-comunidade (ADC-C) (60,9%). Cerca de metade fez automonitorização por suspeita de infeção por COVID-19 (48,9%), um quarto foi suspeito de infeção por COVID-19 (25,1%) e 57% fez monitorização/vigilância diária de utentes com suspeita de infeção por COVID-19. Cerca de 40% dos respondentes trabalhou em ADC-C (65,8% dos médicos; 34,2% dos enfermeiros).

Relativamente à capacidade de decisão e apoio no contexto de pandemia, a “capacidade de decisão” foi percebida como pelo menos “algo capaz” (29,5%), “bastante capaz” (49,4%) e “muito capaz” (17,7%). A probabilidade esperada de ter ajuda nessa decisão concentrou-se nas respostas das categorias “alguma” (24,2%), “bastante” (41,1%) e “muita” (20,3%). A percepção de ajuda dos colegas para apoiarem no caso de dificuldades distribuiu-se principalmente pelas categorias “algumas vezes” (20,7%), “bastantes vezes” (42,2%) e “muitas vezes” (29,5%).

Já na percepção do encorajamento por parte das chefias observou-se uma tendência para maior concentra-

ção de respostas nas categorias “nunca” (19,4%), “raras vezes” (22,8%) e novamente na categoria “algumas vezes” (30,0%).

No que respeita à atenção e gentileza verificou-se que cerca de 80% referiram ter conseguido ser gentis com os colegas de trabalho “frequentemente” ou “sempre”, embora quase 50% considerem que conseguiram ser gentis consigo próprios, apenas “algumas vezes”.

Reorganização dos serviços

A maior parte dos profissionais referiu que existe um plano na sua unidade de saúde para a gestão de risco de contágio (86,0%), sendo as unidades de saúde familiares (USF) quem mais desenvolveu esse plano (60,2%), seguidas pelos ACeS (33,3%), serviços de saúde ocupacional (4,5%) e outros serviços (2,0%).

Em junho de 2020 havia mais disponibilidade de EPI (55,5%) nos serviços do que na segunda ou terceira semana de março (17,7%).

Segundo 63% dos inquiridos existe ou foi criado um serviço de apoio psicológico aos profissionais a exercerem atividade em contexto desta pandemia. Contudo, apenas um profissional referiu que utilizou este serviço, e fê-lo raras vezes.

A frequência da divulgação de orientações/informações científicas atualizadas sobre a pandemia de COVID-19 e dos respetivos procedimentos atualizados a desenvolver na USF mostraram uma distribuição positiva, com maior concentração de respostas nas categorias “frequentemente” e “sempre” (75,4% e 70,8%, respetivamente).

Envolvimento dos colaboradores

De um modo geral, os profissionais foram envolvidos (60,5%) nas tarefas necessárias à implementação do plano de contingência (“frequentemente” = 35,2%; “sempre” = 25,4%). O menor envolvimento foi detetado no grupo profissional dos secretários clínicos (“nunca” = 12,9%) e outros profissionais (“nunca” = 23,1% e “raras vezes” = 11,5%).

No que respeita à participação ativa em tarefas relativas ao plano de contingência implementado, a distribuição sugeriu uma perceção de participação ativa, embora quase 25% da amostra refira sentir-se apenas “algumas vezes”, “raramente” ou “nunca” envolvido.

Apoio aos profissionais

Em relação à perceção da presença das chefias na orientação e apoio dos profissionais em qualquer etapa do trabalho, 63,7% sentem-no “nunca”, “raras” ou “algumas vezes” e 36,3% sentem-no “frequentemente” ou “sempre”. A maioria (65%) sente que pode contar com os seus colegas se surgirem dificuldades e que houve espaço na sua unidade de saúde para falar sobre as suas preocupações (47,4%), sendo que 47,7% sente que teve apoio sempre

Tabela 1 – Características sociodemográficas e distribuição dos profissionais de saúde por ACeS

	N.º		Idade				
	M	H	Média	DP	Mínima	Máxima	
ACeS Porto Ocidental	Médicos de MGF	28	5	43,09	12,55	30,00	68,00
	Internos FE	4	1	28,60	1,82	26,00	31,00
	Médicos de SP	1	0	59,00		59,00	59,00
	Enfermeiros	25	7	45,13	8,63	33,00	61,00
	Técnico SS	5	0	50,20	10,87	42,00	64,00
	SC/administrativos	15	1	46,69	8,80	29,00	63,00
	Outros	4	0	47,25	6,02	42,00	55,00
	Total	82	14	44,32	10,72	26,00	68,00
Sem dados	0		0				
ACeS Gaia	Médicos de MGF	11	4	46,13	9,34	30,00	65,00
	Internos FE	4	3	26,71	1,50	25,00	29,00
	Médicos de SP	1	1	48,00	21,21	33,00	63,00
	Enfermeiros	17	3	44,57	7,33	36,00	62,00
	Técnico SS	2	0	62,00	2,83	60,00	64,00
	SC/administrativos	8	3	41,55	9,31	18,00	52,00
	Outros	1	1	35,50	9,19	29,00	42,00
	Total	44	15	42,72	10,64	18,00	65,00
Sem dados	2		1				
ACeS Matosinhos	Médicos de MGF	27	4	42,84	10,33	29,00	65,00
	Internos FE	2	2	27,75	3,10	25,00	32,00
	Médicos de SP	2	0	65,00	0,00	65,00	65,00
	Enfermeiros	22	1	44,14	7,36	36,00	66,00
	Técnico SS	1	0	39,00		39,00	39,00
	SC/administrativos	11	1	47,50	4,80	41,00	55,00
	Outros	5	1	44,83	8,86	32,00	55,00
	Total	70	9	43,81	9,66	25,00	66,00
Sem dados	1		1				

MGF: Medicina Geral e Familiar; SP: Saúde Pública; FE: formação específica; SC: secretários clínicos; Técnico SS: técnico do Serviço Social

que expôs os seus problemas e preocupações “frequentemente” ou “sempre”. No entanto 81,3% dos inquiridos referem ter-se sentido “nunca”, “raramente” ou apenas “algumas vezes” encorajados a manter os contactos sociais e 70% referem que, “nunca”, “raramente” ou apenas “algumas vezes”, ter sido relembrado para se manter saudável para além do trabalho.

Relativamente às chefias, 46% referem que incentivaram “frequentemente” ou “sempre” os seus colaboradores a reconhecerem e discutirem as suas preocupações e cerca de 33% referiu ter incentivado os seus colaboradores a manter os contactos sociais “frequentemente” ou “sempre”.

Para a maior parte dos colaboradores não foi criado, nem existe na sua unidade de saúde, um espaço para relaxar/repousar (71%).

Apoio à formação e atualização

Mais de 50% revelou que o seguimento e atualização dos procedimentos relativos à pandemia foi feito “frequentemente” ou “sempre”. Relativamente à frequência com que os inquiridos se sentiram incentivados pelas chefias a procurar informação sobre a pandemia de COVID-19 foi “nunca”, “raramente” ou “algumas vezes” para 60,8% e “frequentemente” ou “sempre” para 39,2% dos inquiridos.

Carga de trabalho

A maioria dos inquiridos referiu que o seu trabalho exige muita concentração, como por exemplo, gerir e fazer muitas coisas ao mesmo tempo, esforço mental intenso, reter várias coisas ao mesmo tempo. A categoria de resposta “bastantes vezes” foi reportada por 35,0% dos inquiridos e a categoria “muitas vezes” por 54,9% dos inquiridos.

O cansaço/fadiga (“bastante”, 48,7%, “extremo”, 29,2%) assim como a pressão do tempo na realização das tarefas (“bastante”, 39,0%, “extremo”, 35,6%) foram as respostas mais frequentes nesta amostra.

Reuniões de serviço e formação

As atividades formativas no âmbito do desenvolvimento profissional de base/formação pós-graduada, no âmbito da pandemia de COVID-19 e as reuniões de serviço mantiveram-se, mas com frequência tendencialmente reduzida, apenas menos marcada no que respeita à primeira (formação pós-graduada). As respostas dos inquiridos concentraram-se mais na metade esquerda da escala, num total de respostas das categorias “não aplicável”, “nunca” e “raras vezes” de 68,4% (formação pós-graduada), 48,5% (formação COVID-19) e 57,8% (reuniões de serviço) de respostas.

Da análise entre as variáveis descritivas observou-se que níveis de cansaço/fadiga mais elevados (bastante/extremo) se associaram a proporções mais elevadas de respostas na categoria “muitas vezes”, relativamente à concentração exigida no trabalho ($p < 0,001$). Níveis de cansaço/fadiga mais elevados (“bastante/extremo”) também se associaram com pressão do tempo para a realização das tarefas, classificada como “extrema” ($p < 0,001$).

A regularidade do seguimento e atualização de procedimentos/protocolos de atualização associou-se de forma positiva com a regularidade das reuniões de serviço/clínicas ($p < 0,001$) e com a regularidade das atividades de formação e atualização no âmbito da pandemia de COVID-19 ($p < 0,001$).

A regularidade do seguimento e atualização de procedimentos/protocolos de atualização associou-se de forma positiva com a regularidade das reuniões de serviço/clínicas ($p < 0,001$) e com a regularidade das atividades de formação e atualização no âmbito da pandemia de COVID-19 ($p < 0,001$).

Ansiedade e depressão

Identificou-se uma prevalência de 29,5% de ansiedade *borderline* e 30,0% de ansiedade anormal. Quanto à depressão, a sua prevalência foi de 27,4% (*borderline*) e 19,8% (anormal).

Nas Tabelas 2 e 3 são apresentados os resultados das associações entre as diferentes variáveis estudadas e ansiedade e depressão, respetivamente.

Quando comparado com “inexistente”/“pouca”/“alguma”, uma pressão de tempo “bastante”/“extrema” para realização de tarefas associou-se positivamente com ansiedade (normal *versus borderline*, OR = 2,80, IC 95%: 1,34 - 5,86;

Tabela 2 – Regressões logísticas multivariáveis para ansiedade (normal *versus borderline*/anormal)

	Normal vs Borderline			Normal vs Anormal		
	OR*	p-valor	IC 95%	OR*	p-valor	IC 95%
Pressão do tempo para a realização das tarefas						
Inexistente / Pouca / Alguma	1			1		
Bastante / Extrema	2,80	< 0,01	1,34 - 5,86	3,68 [†]	< 0,01	1,48 - 9,16
O trabalho exige muita concentração						
Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	-	-	-	1		
Muitas vezes / Sempre	-	-	-	2,31 [†]	0,03	1,07 - 5,00
Chefias presentes na orientação e apoio dos profissionais						
Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	-	-	-	1		
Frequentemente ou sempre	-	-	-	0,69	0,40	0,29 - 1,62
Incentivo aos colaboradores no reconhecimento e discussão de preocupações						
Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	-	-	-	1		
Frequentemente / Sempre	-	-	-	0,56	0,14	0,26 - 1,20
Espaço para falar dos problemas que o preocupam na sua unidade de saúde						
Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	-	-	-	1		
Frequentemente / Sempre	-	-	-	0,54	0,16	0,23 - 1,28
Apoio sentido quanto a problemas e preocupações						
Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	1			1		
Frequentemente / Sempre	0,46	0,02	0,24 - 0,88	0,60	0,23	0,26 - 1,38
Foi criado um espaço onde possa relaxar na sua unidade de saúde						
Não / Desconheço	-	-	-	1		
Sim	-	-	-	0,30 [†]	0,04	0,10 - 0,94

*: OR ajustados para as variáveis apresentadas na tabela, de acordo com significância estatística ($p < 0,05$) obtida na análise univariada de cada variável independente com ansiedade (normal *versus borderline* ou normal *versus anormal*); NA: não aplicável; [†]: $p < 0,05$

normal *versus* anormal, OR = 3,68, IC 95%: 1,48 - 9,16) e com depressão (normal *versus* anormal, OR = 3,17, IC 95%: 1,16 - 8,72).

Sentir “frequentemente”/“sempre” apoio quanto a problemas ou preocupações, quando comparado com “nunca”/“raras vezes”/“algumas vezes”, associou-se negativamente com ansiedade (normal *versus* *borderline*, OR = 0,46, IC 95%: 0,24 - 0,88).

A existência de um espaço para relaxar na unidade de saúde associou-se de forma negativa com ansiedade (normal *versus* anormal, OR = 0,30, IC 95%: 0,10 - 0,94).

A existência de um espaço para falar dos problemas associou-se negativamente com depressão (normal *versus* *borderline*, OR = 0,18, IC 95%: 0,07 - 0,44).

DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o processo de adaptação dos serviços de CSP à realidade pandémica, bem como o impacto desta adaptação nos níveis de ansiedade e depressão dos seus profissionais. Revelou-se assim como uma ferramenta de apoio à governação clínica em contexto de mudanças forçadas e profundas na orgânica dos

Tabela 3 – Regressões logísticas multivariáveis para depressão (normal *versus* *borderline*/anormal)

	Normal vs <i>Borderline</i>			Normal vs Anormal		
	OR*	p-valor	IC 95%	OR*	p-valor	IC 95%
Pressão do tempo para a realização das tarefas						
Inexistente / Pouca / Alguma	-	-	-	1		
Bastante / Extrema	-	-	-	3,17†	0,025	1,16 - 8,72
Chefias presentes na orientação e apoio dos profissionais						
NA / Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	-	-	-	1		
Frequentemente ou sempre	-	-	-	0,93	0,89	0,33 - 2,66
Espaço para falar dos problemas que o preocupam na sua unidade de saúde						
Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	1			1		
Frequentemente / Sempre	0,18†	< 0,001	0,07 - 0,44	0,57	0,27	0,21 - 1,55
Apoio sentido quanto a problemas e preocupações						
NA / Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	-	-	-	1		
Frequentemente / Sempre	-	-	-	0,44	0,09	0,17 - 1,14
Relembrado para a necessidade de se manter saudável						
Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	-	-	-	1		
Frequentemente / Sempre	-	-	-	0,57	0,34	0,18 - 1,82
Foi criado um espaço onde possa relaxar na sua unidade de saúde						
Não / Desconheço	-	-	-	1		
Sim	-	-	-	0,41	0,12	0,13 - 1,26
Disponibilidade de EPIs na 2ª e 3ª semana de março de 2020						
Completamente disponível / Bastante disponível / Disponível	-	-	-	1		
Pouco disponível / Indisponível	-	-	-	2,46	0,06	0,97 - 6,23
Disponibilidade de EPIs atualmente						
Completamente disponível / Bastante disponível / Disponível	-	-	-	1		
Pouco disponível / Indisponível	-	-	-	1,34	0,61	0,43 - 4,18
Envolvimento nas tarefas do plano de contingência						
NA / Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	-	-	-	1		
Frequentemente / Sempre	-	-	-	1,55	0,44	0,51 - 4,69
Participação ativa nas tarefas do plano de contingência						
NA / Nunca / Raras vezes / Algumas vezes	-	-	-	1		
Frequentemente / Sempre	-	-	-	0,50	0,22	0,17 - 1,50

*: OR ajustados para as variáveis apresentadas na tabela, de acordo com significância estatística ($p < 0,05$) obtida na análise univariada de cada variável independente com depressão (normal *versus* *borderline* ou normal *versus* anormal); NA: não aplicável; †: $p < 0,05$

serviços.

O estudo foi baseado numa amostra de conveniência que englobou exclusivamente ACeS do Grande Porto, que poderá não ser inteiramente representativa da realidade do país. Para maximizar a representatividade da amostra, incluíram-se todos os profissionais a exercer funções nos três ACeS envolvidos. No entanto, os resultados podem não espelhar a realidade de outros ACeS.

O estudo utilizou um questionário elaborado pelos autores, com base nas recomendações de grupos de consenso da OMS,¹² que não está, no entanto, validado. Não obstante, o questionário foi alvo de análise independente e sequencial por cinco investigadores, com decisão final baseada em consenso. O questionário foi baseado em ocorrências passadas, introduzindo assim a possibilidade de ocorrência de viés de memória. O facto das questões mais remotas se reportarem ao início da pandemia, momento marcante na vida dos profissionais de saúde, poderá minimizar esse viés neste caso específico.

Na amostra estudada, cerca de 40% dos respondentes foi mobilizado para trabalhar em ADC-C e cerca de metade realizou tarefas relacionadas com utentes suspeitos/infetados com o vírus SARS-CoV2, traduzindo uma grande alocação de recursos humanos para estas tarefas, o que poderá ter negligenciado outras e demonstra o grande impacto das alterações na atividade dos profissionais dos CSP, tal como aconteceu noutros países.¹⁸⁻²⁰ Evidência anterior mostra que os trabalhadores da linha da frente têm, de facto, maior risco de desenvolver ansiedade e depressão,^{8,21} ao contrário do que se revelou no nosso estudo, sendo que na nossa amostra os médicos foram os que mais assumiram tarefas em ADC-C, traduzindo o tipo de tarefas adstritas a estes centros de atendimento clínico.²²

A maioria dos serviços elaborou um plano de gestão do risco nos primeiros três meses após a declaração do estado de emergência em Portugal. As USF, seguidas pelos ACeS, foram as estruturas mais ativas, sendo que as primeiras o fizeram em mais de metade dos casos (60,2%). Os profissionais sentiram que foram chamados a participar ativamente (53,3%) nas tarefas relativas ao plano de contingência implementado nas suas unidades de saúde, sendo envolvidos nas atividades para a sua implementação (60,6%). Menor envolvimento foi sentido pelo grupo dos secretários clínicos. Estes dados salientam a autonomia, dinâmica de trabalho com ênfase no trabalho em equipa e a capacidade de resposta das USF e dos órgãos de gestão locais.²³

Relativamente ao apoio sentido pelos profissionais e assumido pelas chefias parece ter sido dada maior ênfase à discussão das preocupações e problemas do que ao incentivo na manutenção dos contactos sociais e ao incentivo para se manter saudável. Este facto pode estar relacionado com o contexto pandémico em si, que não era

facilitador dos contactos sociais e de atividades de lazer. No entanto, a evidência mostra que intervenções que se focam no suporte pela família e suporte social e a escuta ativa dos colaboradores são importantes na prevenção da patologia mental associada à COVID-19 e à manutenção do bem-estar global dos indivíduos.²⁴⁻²⁷ Por outro lado, o isolamento social associa-se a pior prognóstico, pelo que as intervenções futuras deverão focar-se também no bem-estar dos profissionais fora do ambiente laboral.^{27,28}

Os dados mostram que os serviços divulgaram frequentemente orientações e informações científicas atualizadas sobre a pandemia de COVID-19 aos seus profissionais, bem como procedimentos atualizados a aplicar na própria unidade de saúde. Evidência anterior mostra que a existência de protocolos de atuação bem definidos aumenta a confiança e a satisfação dos profissionais, reduzindo o risco de desenvolver patologia mental.⁸ No entanto, no presente estudo não se verificaram associações estatisticamente significativas entre estas variáveis e o desenvolvimento de ansiedade ou depressão. Este achado poderá estar relacionado com o facto de inicialmente terem sido, na maioria dos casos, as próprias unidades de saúde a elaborarem os seus planos de contingência.

Foi percecionado que as chefias incentivaram os seus colaboradores a manterem-se atualizados relativamente à pandemia. Por outro lado, observou-se uma redução na frequência das reuniões de serviço e de formação no âmbito do desenvolvimento profissional de base/formação pós-graduada. Parece, assim, terem sido encontradas formas alternativas de atualização relativas à pandemia, provavelmente utilizando canais como o *e-mail*, plataformas de saúde, formações *online*, etc.²⁹⁻³¹ Verificou-se ainda uma associação entre a regularidade das reuniões de serviço e a regularidade das atividades de formação e atualização no âmbito da pandemia de COVID-19 com a atualização de procedimentos neste âmbito, demonstrando que provavelmente muitos desses momentos de reunião foram utilizados em prol da pandemia. Esta realidade foi, certamente, fruto da necessidade premente de fazer frente aos desafios impostos pela situação pandémica, mas poderá ter prejudicado a formação global dos profissionais.^{29,31,32}

No que respeita aos profissionais e ao modo como lidaram com a situação vemos que a carga de trabalho globalmente foi alta, exigindo muita concentração, e a realização de várias tarefas em simultâneo, com esforço mental intenso. Uma revisão sistemática aponta a grande carga de trabalho como um fator predisponente de patologia mental.^{6,26} Os nossos resultados corroboram esta informação ao demonstrarem uma associação positiva entre a pressão do tempo para a realização das tarefas diárias e o maior risco de desenvolver ansiedade e depressão.^{27,33-35} No entanto, a capacidade de tomar decisões de trabalho rápidas parece não ter sido afetada pelo contexto de pandemia

passados três meses da sua instalação, o que poderá traduzir a adaptabilidade dos profissionais.

Identificámos uma prevalência de 30,0% de ansiedade e de 19,8% de depressão em profissionais de saúde, prevalências superiores à da população portuguesa geral (16,5% para ansiedade; 6,8% para as perturbações depressivas *major*, em 2013).³⁶ Estes valores encontram-se dentro dos intervalos relatados em outros estudos em contextos pandémicos que, no entanto, relatam prevalências muito dispares consoante o contexto geográfico e a população incluída.^{8,29,37}

No nosso estudo, a prevalência da ansiedade é maior que a da depressão, o que vai ao encontro dos resultados de outros estudos.³⁸

Maior risco de ansiedade foi associado a pressão do tempo para a realização das tarefas diárias. Por outro lado, foram identificados como fatores protetores de ansiedade anormal a existência na USF de um espaço para relaxar e o apoio sentido perante a exposição a problemas e preocupações. Relativamente à depressão, demonstrou-se maior risco quanto à pressão do tempo para realização de tarefas. Estes resultados estão de acordo com os encontrados em estudos anteriores que mostraram que a existência de um local para relaxar³³ e o apoio dos pares³⁹⁻⁴¹ são fatores protetores relativamente ao desenvolvimento de patologia mental. Num ambiente hostil, quer em termos de carga de trabalho, quer de carga emocional, o suporte laboral e as relações pessoais e sociais são também determinantes na manutenção da saúde mental.^{8,26,27}

CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 levou a grandes alterações na dinâmica dos CSP. A pressão do tempo para realização de tarefas e a concentração exigida associaram-se a maior risco de desenvolvimento de patologia mental. O apoio sentido pelos profissionais perante os seus problemas e preocupações, e a existência de espaços para relaxar nas USF foram identificados como fatores protetores. Interven-

ções futuras nesta área devem, assim, ter em conta estas dimensões, focando-se no bem-estar profissional e pessoal dos profissionais de saúde para os melhor preparar para situações de emergência.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer aos ACeS envolvidos que aceitaram colaborar divulgando o questionário a todos os seus profissionais através da sua *mailing list*.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

CO: Conceção e desenho do estudo. Coordenação do estudo. Articulação da divulgação dos questionários para recolha de dados. Análise de dados. Redação inicial do manuscrito e revisão do manuscrito final.

RB, JCG, LA, AMC: Conceção e desenho do estudo. Análise de dados. Redação do manuscrito inicial, revisão do manuscrito final.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Report of the WHOChina joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). 2020. [consultado 2020 mar 14]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
- Haines A, de Barros EF, Berlin A, Heymann DL, Harris MJ. National UK programme of community health workers for COVID-19 response. *Lancet*. 2020;395:1173-5.
- Direção Geral da Saúde. Plano nacional de preparação e resposta para a doença pelo novo coronavírus – COVID-19. [consultado 2020 mar 03]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx2020>.
- Macedo M. Gestão da emergência. Proteger 2016. Estoril: Associação Portuguesa de Segurança; 2016.
- Seidler A, Thinschmid M, Deckert S, Then F, Hegewald J, Nieuwenhuijsen K, et al. The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review. *J Occup Med Toxicol*. 2014;9:10.
- Edwards A, Cooper A, Joseph-Williams N, Lewis R, Law RJ. Rapid review on the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of health and social care workers within the UK. Report: RR00002. Wales COVID-19 Evidence Centre. July 2021. [consultado 2022 mai 02]. Disponível em: http://www.primecentre.wales/resources/RR/Clean/RR00002_Wales_Covid-19_Evidence_Centre-Rapid_Review_Mental_Health_Keyworkers_21-July-2021.
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). COVID-19 – strategies adaptable from healthcare to public health settings to support the mental health and resilience of the workforce during the COVID-19 pandemic recovery. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2021. [consultado 2022 mai 01]. Disponível

- em: https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2021/08/covid-19-public-health-workforce-recovery.pdf?sc_lang=en.
8. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, et al. COVID-19-related mental health effects in the workplace: a narrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:7857.
 9. Grange E, Neil E, Stoffel M, Singh AP, Tseng E, Resco-Summers K, et al. Responding to COVID-19: the UW medicine information technology services experience. *App Clin Inform*. 2020;11:26575.
 10. Williams R, Murray E, Neal A, Kemp V. The top ten messages for supporting healthcare staff during the COVID-19 pandemic. A discussion document. London: Royal College of Psychiatrists; 2020.
 11. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 2020. [consultado 2020 mar 03]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/mental-health-and-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak>.
 12. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. 2020. [consultado 2020 mar 14]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health).
 13. Conselho Nacional das Escolas Médicas Portuguesas. Comunicado do Conselho Nacional das Escolas Médicas Portuguesas (CEMP) de 25 de Março de 2020. [consultado 2020 abr 15]. Disponível em: <https://www.cemp.pt/2020/03/25/comunicado-25-de-marco-2020/>.
 14. Ordem dos Farmacêuticos. Plano contingência covid-19 farmácia. CEDIME. 2020 Março. [consultado 2020 abr 15]. Disponível em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/plano_de_contingencia_da_farmacia_para_o_covid_19_5774390585e60fd3b28fbc.pdf.
 15. Ordem dos Enfermeiros. Prioridades para vencer o combate ao COVID-19. 2020. [consultado 2020 abr 15]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/prioridades-para-vencer-o-combate-ao-covid-19/>.
 16. Ordem dos Médicos. Colégio de Especialidade de Medicina Geral e Familiar. Reorganização dos serviços em Medicina Geral e Familiar no contexto de exceção no combate à COVID-19. 2020. [consultado 2020 abr 25]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/reorganizacao-de-servicos-em-medicina-geral-e-familiar-no-contexto-de-excecao-do-combate-a-covid-19/>.
 17. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2007;12:225-35; quiz 35-7.
 18. Mash R, Goliath C, Perez G. Re-organising primary health care to respond to the Coronavirus epidemic in Cape Town, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020;12:e1-4.
 19. Marques NP, Silveira DM, Marques NC, Martelli DR, Oliveira EA, Martelli-Junior H. Cancer diagnosis in Brazil in the COVID-19 era. *Semin Oncol*. 2021;48:156-9.
 20. Dumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite ID, Brasil P, Greco DB, et al. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: limits and possibilities for fighting COVID-19. *Cad Saude Publica*. 2020;36:e00104120.
 21. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et al. Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:8358.
 22. Direção Geral da Saúde. Normas de Orientação. Norma nº 004/2020 de 23/03/2020 atualizada a 19/04/2020, COVID-19: Abordagem do doente com suspeita ou confirmação de COVID-19. 2020. [consultado 2020 abr 25]. Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Norma_004_2020_act_19_04_2021.pdf.
 23. Portugal. Decreto-Lei n.º 298/2007. Diário da República, I Série, n.º 161 (2007/08/22). p.5587-96.
 24. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in china. *Psychother Psychosom*. 2020;89:242-50.
 25. Xiao Y, Bian Y, Zhang L. Mental health of chinese online networkers under COVID-19: a sociological analysis of survey data. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:8843.
 26. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: a systematic review. *J Diabetes Metab Disord*. 2020:1-12.
 27. Heath C, Sommerfield A, von Ungern-Sternberg BS. Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*. 2020;75:1364-71.
 28. Peng R, Zhou W, Zhou D, Chu M, Ling L. The mediating role of fatigue between mental health and its associated factors: evidence from Chinese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12:665992.
 29. Li L, Xv Q, Yan J. COVID-19: the need for continuous medical education and training. *Lancet Respir Med*. 2020;8:e23.
 30. Antonello VS, Panzenhagen AC, Balanza-Martinez V, Shansis FM. Virtual meetings and social isolation in COVID-19 times: transposable barriers. *Trends Psychiatry Psychother*. 2020;42:221-2.
 31. Shah S, Diwan S, Kohan L, Rosenblum D, Gharibo C, Soin A, et al. The technological impact of COVID-19 on the future of education and health care delivery. *Pain Physician*. 2020;23:S367-80.
 32. Ahmed H, Allaf M, Elghazaly H. COVID-19 and medical education. *Lancet Infect Dis*. 2020;20:777-8.
 33. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2020;288:112936.
 34. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-7.
 35. Baptista S, Teixeira A, Castro L, Cunha M, Serrao C, Rodrigues A, et al. Physician burnout in primary care during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Portugal. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:21501327211008437.
 36. Caldas de Almeida JM, Xavier M, Cardoso G, Gonçalves Pereira M, Gusmão R, Corrêa B, et al. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 2013.
 37. Busch IM, Moretti F, Mazzi M, Wu AW, Rimondini M. What we have learned from two decades of epidemics and pandemics: a systematic review and meta-analysis of the psychological burden of frontline healthcare workers. *Psychother Psychosom* 2021;90:178-90.
 38. Fiest KM, Parsons Leigh J, Krewulak KD, Plotnikoff KM, Kemp LG, Ng-Kamstra J, et al. Experiences and management of physician psychological symptoms during infectious disease outbreaks: a rapid review. *BMC Psychiatry*. 2021;21:91.
 39. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2020;323:2133-4.
 40. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental health strategies to combat the psychological impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singap*. 2020;49:155-60.
 41. Chan AO, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med*. 2004;54:190-6.