

**PERFIL DE *STRESS* DOS ENFERMEIROS DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM
CONTEXTO COVID-19:
DETERMINANTES PROFISSIONAIS**

Nuno Duarte Pinto

Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Orientadora – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria – Professora Coordenadora

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Este trabalho de projeto inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Bragança, novembro de 2022

Pinto, N. D. (2022). Perfil de *Stress* dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19: determinantes profissionais. Trabalho de Projeto. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, Portugal.

A seguinte parte do presente trabalho de projeto foi submetido para publicação na Millenium- Revista do Instituto Politécnico de Viseu (IPV):

Pinto, N., Alves, V. H. V. & Veiga-Branco, M. A. R. (2022). Perfil de *Stress* dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19: determinantes sociodemográficos e profissionais. *Millenium*, Viseu, Portugal.

Para ser grande, sê inteiro:
Nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa.
Põe quanto és no mínimo que fazes
Assim, em cada lago a lua toda brilha,
porque alta vive.

Odes de Ricardo Reis. Fernando Pessoa. (Notas de João Gaspar Simões e Luiz de Montalvor.) Lisboa: Ática, 1946 (imp.1994).

AGRADECIMENTOS

Toda esta caminhada exigiu esforço, empenho e dedicação, a qual não seria possível sem o contributo de algumas pessoas, daí um agradecimento a todos que, direta ou indiretamente, cooperaram comigo neste percurso.

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, por toda a orientação, pelo incentivo, disponibilidade, sugestões sempre pertinentes e construtivas, pelo encorajamento e assertividade na discussão do percurso percorrido.

A todos os enfermeiros que se disponibilizaram participar no estudo, sem os quais o mesmo não teria sido possível.

Um agradecimento especial à minha esposa e filhos, por todo amparo, incentivo e compreensão pelas horas que lhes subtraí.

Muito obrigado!

RESUMO

Introdução: As evidências revelam que os enfermeiros de urgência/emergência desenvolveram problemas de saúde relacionados com o *Stress* em contexto de pandemia por COVID-19. Foram identificados riscos para estes profissionais de saúde, emergindo, assim, a necessidade *major* de prevenir níveis elevados de *Stress* que podem resultar em *Burnout*.

Objetivos: Estudar a relação entre o perfil de *Stress* dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19 e as variáveis de caracterização profissional.

Metodologia: Estudo transversal, quantitativo, descritivo-correlacional, através da aplicação da Escala de Perceção de *Stress* (EPS) de Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983), adaptada para a população portuguesa por Pais Ribeiro & Marques (2009), a uma amostra de 355 enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19 a nível nacional, maioritariamente (51,3%) com idades entre 36 e 50 anos, em funções no setor público (85,9%), com experiência profissional entre 11-20 anos (40,8%).

Resultados: O estudo da relação entre o perfil de *Stress* numa amostra de 355 enfermeiros portugueses de urgência/emergência em contexto COVID-19, com uma média de idades de $39,25 \pm 8,89$ anos e as variáveis de caracterização profissional, veio revelar que o título profissional, o serviço/unidade onde exercem funções e a localização geográfica do local de trabalho, apresentam efeito significativo no perfil de *Stress* percecionado ($p < 0,005$). Neste âmbito considerativo, os enfermeiros especialistas ($p = 0,005$) a exercerem funções nos SUP e BO ($p = 0,002$) da Região de Lisboa e Vale do Tejo ($p = 0,001$), foram aqueles onde a perceção de *Stress* é mais alta. Por outro lado, os enfermeiros generalistas ($p = 0,005$) a exercerem funções no INEM ($p = 0,002$) e que exercem na Região Autónoma da Madeira ($p = 0,001$), demonstraram um perfil de *Stress* mais baixo.

Conclusão: Os resultados devem ser analisados no sentido de ter este tipo de amostras laborais sob análise e atenção. Num primeiro momento recomendam-se consultas na Medicina de Trabalho anti-*Stress*, e num segundo momento, consideram-se essenciais a aplicação de formações para Treino de Gestão de *Stress*, no sentido de reduzir o *Stress*, promovendo estratégias adaptativas para o efeito. A avaliação do *Stress* no local de trabalho entre enfermeiros, em contexto de doente crítico, deve ser o foco de intervenção dos gestores e líderes institucionais.

Palavras-chave: *Stress*; Enfermeiros; Pandemia; COVID-19; Urgência/Emergência.

ABSTRACT

Introduction: The evidence shows that emergency nurses developed stress-related health problems in the context of the COVID-19 pandemic. Risks were identified for these health professionals, thus emerging the major need to prevent high levels of Stress that may result in Burnout.

Objectives: To study the relationship between the Stress Profile of emergency nurses in the context of COVID-19 and the variables of professional characterisation.

Methodology: Cross-sectional, quantitative, descriptive and correlational study, through the application of Cohen, Kamarck & Mermelstein's Stress Perception Scale (SPS) (1983), adapted for the Portuguese population by Pais Ribeiro & Marques (2009), to a sample of 355 nurses in an emergency room in a COVID-19 context at national level, mostly (51.3%) aged between 36 and 50 years, working in the public sector (85.9%), with professional experience between 11-20 years (40.8%).

Results: The study on the relationship between the Stress Profile in a sample of 355 Portuguese emergency nurses in COVID-19 context, with a mean age of 39.25 ± 8.89 years and the variables of professional characterisation revealed that the professional title, the service/unit where they work and the geographical location of their workplace had a significant effect on the perceived Stress Profile ($p < 0.005$). Within this scope, the specialist nurses ($p = 0.005$) working in the SUP and OR ($p = 0.002$) of the Lisbon and Tagus Valley Region ($p = 0.001$) were those with the highest perception of Stress. On the other hand, the generalist nurses ($p = 0.005$) working at the INEM ($p = 0.002$) and working in the Autonomous Region of Madeira ($p = 0.001$) showed a lower stress profile.

Conclusion: The results should be analysed in order to have this kind of work samples under analysis and attention. In a first stage, anti-stress consultations with Occupational Medicine are recommended, and in a second stage, the application of Stress Management Training is considered essential to reduce Stress, promoting adaptive strategies for this purpose. The assessment of Stress at the workplace among nurses in the context of critically ill patients should be the focus of intervention by managers and institutional leaders.

Keywords: Stress; Nurses; Pandemic; COVID-19; Urgency/Emergency.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH - Hormona adrenocorticotrópica

ANA - American Nurses Association

BO - Bloco operatório

CCT - Contrato Coletivo de Trabalho

CIT - Contrato individual de trabalho ou coletivo

cf. – Conforme

CRH - Hormona libertadora de corticotrofina

CTFP-TI - Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado

CTFP-TRC – Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Resolutivo Certo

DGS - Direção-Geral da Saúde

ESP - Emergência de Saúde Pública

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

EPS - Escala de Percepção de *Stress*

et al. - e outros autores

HPA - Eixo hipotálamo-pituitária-adrenal

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IRD - Instrumento de Recolha de Dados

MBI - *Maslach Burnout Inventory*

OBI - *Oldenburg Burnout Inventory*

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAM - Sistemas simpáticos adreno-medular

Vs. - *Versus*

SM-COVID 19 - Saúde Mental em Tempos de Pandemia

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SU-MC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

ÍNDICE

Introdução	13
Capítulo I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1 - <i>Stress</i> : definição concetual.....	19
2 - <i>Stress</i> vivenciado pelos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19...	20
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	31
2 – Metodologia.....	33
2.1 - Tipo de estudo	34
2.2 - População e Amostra	35
2.3 - Período de recolha de dados	35
2.4 - Instrumento de recolha de dados.....	35
2.5 - Consistência interna (fiabilidade) da EPS para o presente estudo	36
2.6 - Procedimentos de recolha de dados.....	37
2.7 - Variáveis do estudo	38
2.8 - Considerações éticas	39
2.9 - Procedimentos de análise dos dados	40
3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	42
3.1 - Caracterização profissional da amostra	43
3.2 - Perceção de <i>Stress</i> (EPS)	45
4 – DISCUSSÃO	50
5 - CONCLUSÕES DO ESTUDO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
Anexo I – Pedido de autorização para utilização de “Escala de percepção de <i>Stress</i> ” na versão adaptada (Pais Ribeiro & Marques, 2009), para a população portuguesa	67
Anexo II – Autorização de utilização de “Escala de percepção de <i>Stress</i> ” na versão adaptada (Pais Ribeiro & Marques, 2009), para a população portuguesa	71
Anexo III – Declaração de orientação	75
Anexo IV – Pedido de parecer da Comissão de ética do IPB.....	79
Anexo V – Parecer da Comissão de ética do IPB	83

Anexo VI – Pedido de Declaração de aceitação do tema do trabalho e orientador pelo órgão competente.....	87
Anexo VII – Declaração de aceitação do tema do trabalho e orientador pelo órgão competente.....	91
Anexo VIII – Pedido de Autorização de Divulgação do Estudo à Ordem dos Enfermeiros - Portugal.....	95
Anexo IX – Declaração de compromisso com a Ordem dos Enfermeiros	99
Anexo X – Instrumento de recolha de dados	103
Anexo XI – Publicação da investigação no site da Ordem dos Enfermeiros.....	111
Anexo XII – Instrumento de recolha de dados Google forms	115
Anexo XIII – Submissão de artigo científico: revista Millenium.....	127
Anexo XIV – Relatório de Estágio.....	131

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das respostas à escala de percepção de Stress (EPS).....	37
Tabela 2 - Operacionalização das variáveis profissionais.....	39
Tabela 3 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	41
Tabela 4 - Estatísticas relativas à idade	42
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra	43
Tabela 6 - Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional	43
Tabela 7 - Estatísticas relativas às horas de trabalho semanal	44
Tabela 8 - Caracterização profissional da amostra.....	45
Tabela 9 - Percepção de Stress (EPS).....	46
Tabela 10 - Apresentação dos valores descritivos relativos à variável EPS	47
Tabela 11 - Testes de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com o nível de percepção do Stress dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto de COVID-19...48	
Tabela 12 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com o nível de percepção do Stress dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto de COVID-19	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Apresentação esquemática das variáveis selecionadas, bem como a operacionalização da VD Perfil de Stress percebido, conforme é colocada em IRD	38
Figura 2 - Histograma da escala de percepção do stress, com curva de normalidade	40

INTRODUÇÃO

O fenómeno de *Stress* laboral em enfermeiros não é recente nem novo. A literatura científica expõe este fenómeno desde há longo tempo (Sabo, 2006, Sinclair & Hamill, 2007), de forma multifocal, sob todas as perspetivas. Atualmente o problema só aumentou (Righi, 2022) em todos os contextos laborais, nomeadamente, nos contextos de COVID-19, onde se verificou por exemplo sinais de coronafobia e intenção de rotatividade durante a pandemia (Fronza, 2022; Poon, 2022).

Neste ponto essencial, Botha (2015) identificou que os episódios de depressão, a redução da satisfação no trabalho, o sofrimento psicológico e as ruturas nos relacionamentos pessoais, são fenómenos consequenciais do *Stress* em profissões de saúde. E além disto, Botha (2015) também assumiu que estes fenómenos, são fatores que criam cenários de risco de dano ao paciente, e verificou que existem três efeitos principais do *Stress* nos enfermeiros: Burnout, depressão e violência lateral.

Tais evidências foram tornando essencial assumir o desenvolvimento e aplicação de programas específicos para cuidadores em geral, e para enfermeiros e estudantes de enfermagem, em particular, com a finalidade de promover estratégias de gestão de *Stress*. Nesta abordagem, surgiram por exemplo, o programa de seis Workshops de Treino de Gestão de *Stress* (SMTW), apresentado por Costeira et al., (2022), e o programa de bem-estar, durante a pandemia mundial, apresentado por Franco, et. al. (2022).

Em suma, todas as evidências foram tornando visível o efeito de morbilidade do desgaste pessoal por *Stress*, (Costeira et al. 2022), como também a necessidade de intervenções preventivas, bem como a avaliação e análise destas intervenções (Park et al., 2022; Perilli et. al., 2022; Righi, 2022; Pollock et al., 2022). Os autores, independentemente das diferenças de contextos e metodologias, confluem na necessidade de estudar o *Stress* e seus co-fatores, e de investir no estudo dos fatores que podem atuar como barreiras e facilitadores para a implementação de intervenções. Pollock et al. (2022) defendem o planeamento de pesquisas futuras e o desenvolvimento e aplicação das intervenções, mas executadas em ambientes locais. Além deste, Robins-Browne et al. (2022) na sua revisão e síntese de evidências, defendem mesmo que as intervenções devem ser personalizadas de forma a dar resposta às necessidades dos profissionais de saúde usando para isso, um co-design de experiência para saúde mental e bem-estar, assumindo que para tanto, é necessária avaliação de processos e resultados. Como exemplo de intervenção digital nesta matéria, Dominguez-Rodriguez et al. (2022) apresentam mesmo uma intervenção

psicológica multicompetente em formato online para profissionais de saúde no México durante o COVID-19.

Enfim, ficou claramente expressa a essencial pertinência de assumir o estudo do *Stress* laboral em enfermeiros, nomeadamente, em contextos pandémicos.

Este contexto, desenhou-se em Portugal, através do coronavírus, conhecido por COVID-19, foi identificado em dezembro de 2019 na China, na cidade de Wuhan, e a 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS), assumiu que este surto se tinha rapidamente transformado numa pandemia mundial (Hu et al., 2020; He et al., 2020). Assim, foi declarado que o mundo enfrentava uma pandemia causada pelo coronavírus – SARS-CoV-2, devido à sua propagação exponencial. O desenvolvimento da disseminação, originou que Portugal não fosse exceção, e as entidades competentes foram obrigadas a implementar medidas restritivas e de bloqueio, numa tentativa de achatar a curva do contágio, similarmente ao resto do mundo. Contudo, a 29 de junho de 2020 contabilizaram-se 216 países afetados por esta pandemia, com quase 10.000.000 milhões de pessoas infetadas e 500.000 mil mortes (OMS, 2020) revelando uma evolução dramática do vírus com um impacto severo na saúde pública e um extremo impacto na vida social, profissional, escolar e familiar em todo o mundo, associado a uma incerteza imensurável. Esta pandemia trouxe mudanças sem precedentes para o mundo, causando interrupções na vida quotidiana e profissional das populações.

Como se não fosse suficiente todo o exposto, o interesse por estudar a temática do perfil de *Stress* dos Enfermeiros portugueses de urgência/emergência em contexto COVID-19, e os seus determinantes sociodemográficos, emergiu também de outro estudo. De facto, também foi determinante o impacto do conhecimento dos resultados do estudo “Saúde Mental em Tempos de Pandemia (SM-COVID19)” (Almeida, et al., 2020), coordenado pelo Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em colaboração com o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. Este estudo, que analisou o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental e no bem-estar da população, em geral, e dos profissionais de saúde, em particular, aproximou significativa e geograficamente as morbidades desta pandemia, tendo em conta dimensões como ansiedade, depressão, *Stress* pós-traumático, *Burnout* e resiliência, entre outras. O estudo mostra que entre os profissionais de saúde, com destaque para os Enfermeiros, foram sobretudo os que estão a tratar doentes com COVID-19 que apresentam ansiedade moderada a grave (42%), sendo que é ainda neste grupo de indivíduos que os níveis de *Burnout* (exaustão física e emocional) são elevados (43%). Ficou

demonstrado também que apenas 40% do total de respondentes ao estudo SM-COVID19, se sentem otimistas em relação ao futuro.

A reforçar esta proximidade impactante de morbilidades e o seu referente a consequências patológicas, a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Ana Rita Cavaco, muito recentemente afirmou, em contextos de opinião pública, que os profissionais de saúde “estão hoje numa situação de rastos, nem é de exaustão”. (Miguel, 2021)

Face a tal perspetiva de realidade, objetiva-se chamar a atenção para os problemas de saúde mental com que os enfermeiros se confrontam durante a pandemia por COVID-19, face ao que tem sido o seu papel relevante na linha da frente, à sua clara importância no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e o seu essencial desempenho cuidativo. Assume-se que durante todo o processo de pandemia, foi não só, mas também – quiçá sobretudo - o seu empenho massivo na linha da frente, em ambientes de sobrecarga biológica, psicológica, social e espiritual, que cada enfermeiro, em setting cuidativo, assumiu a intervenção em cada doente, em cada dia, para a população poder recuperar a sua vida normal.

Os estudos já referidos, demonstraram que a nível nacional e internacional a pandemia por COVID-19 causou impacto na saúde e uma sobrecarga nos sistemas de saúde e nos profissionais, entre os quais os enfermeiros de urgência/emergência, com o *Burnout* a revelar-se um significativo obstáculo vivenciado por enfermeiros durante a pandemia. A pandemia exacerbou os fatores de *Stress* nos sistemas ou serviços de saúde, nos quais o esgotamento dos enfermeiros em resposta ao *Stress* no local de trabalho já é uma epidemia (Duarte et al., 2020). E tal como já se apresentou, está claro, que alguns profissionais de saúde, entre os quais os enfermeiros, em exercício interventivo, em contexto de urgência/emergência, desenvolveram sofrimento psicológico, fadiga e esgotamento, enquanto enfrentavam a pandemia por COVID-19 (Albott et al., 2020; Walton et al., 2020). Estes profissionais de saúde “enfrentam frequentemente sobrecarga de trabalho, disparidade de rácio Enfermeiro/doente, limitações de recursos e desequilíbrio entre o trabalho e a vida familiar, afetando a sua saúde mental” (Nunes, 2019 p. 30). Algumas investigações recentes, como a de Galanis et al. (2021), encontraram um elevado nível de *Burnout* em enfermeiros na linha de frente contra a COVID-19, associado a diferentes fatores ocupacionais e sociodemográficos. Em particular, os fatores ocupacionais associados positivamente ao *Burnout* que incluíram a carga de trabalho, *Stress* no trabalho, pressão e o apoio restrito por parte da organização de saúde.

Consubstanciados nestes pressupostos, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Quais as variáveis profissionais (tipo de gestão, localização geográfica, tempo profissional, vínculo, horário, regime de trabalho, horas semanais, serviço e título

profissional) com relação de influência, no nível/perfil de *Stress*, auto-percecionado, dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto de COVID-19?”,

Esta questão fundamenta o seguinte Objetivo Geral: “Estudar a relação entre o nível/perfil de *Stress* e as variáveis profissionais, tal como é auto-percecionado, pelos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19”.

Este Objetivo Geral desdobra-se nos seguintes Objetivos Específicos:

1. Conhecer a caracterização da amostra do ponto de vista das suas variáveis profissionais
2. Conhecer o nível/perfil de *Stress*, tal como é auto-percecionado, pelos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19.
3. Conhecer a relação estatística entre nível/perfil de *Stress* auto-percecionado pelos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19, e as variáveis profissionais estudadas.
4. Promover uma proposta de formação e implementação de estratégias de intervenção face ao *Stress* a que os enfermeiros estão sujeitos, tendo em conta a perturbação e as características profissionais dos enfermeiros em estudo.

Esta investigação encontra-se dividida em duas partes, sendo a Parte I o Enquadramento Teórico, onde serão abordados conceitos e evidência, que permitem contextualizar o estudo empírico. A Parte II diz respeito exatamente, à comprovação do necessário desenvolvimento da Competência de Investigação, na Enfermagem em geral e no Enfermeiro especialista em particular, tal como é preconizada legalmente pela OE (Regulamento n.º 429/2018). Assim, é a componente que diz respeito à investigação empírica, onde é definida e esquematizada a seleção da metodologia de investigação, a seleção de análise de dados – mediante os Objetivos formulados - e apresentados e discutidos os resultados obtidos. Por último, são apresentadas as principais conclusões, limitações e sugestões para investigações futuras, uma proposta esquemática breve, de formação e implementação de estratégias de intervenção face ao *Stress*, seguindo-se, as referências bibliográficas.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - **STRESS: DEFINIÇÃO CONCEPTUAL**

A palavra *Stress* implica uma experiência de emoções negativas que vem no seguimento da antecipação fisiológica, bioquímica, mudanças cognitivas e comportamentais que alteram a vida da pessoa. O *Stress* é um processo que coloca os sistemas corporais sob tensão de modo a fazer face às exigências ambientais, que provocam mudanças psicológicas e biológicas. O aspeto ambiental destaca a avaliação de situações ambientais que estejam em relação objetiva com as extensas exigências adaptativas. A avaliação subjetiva da capacidade de lidar com fatores de *Stress* está sob o domínio da perspetiva do *Stress* psicológico. A perspetiva biológica refere-se aos múltiplos sistemas corporais que são ativados e controlados, tanto psicológica como fisicamente face a situações exigentes (Khan & Khan, 2017).

Se o *Stress* for continuado ou prolongado pode resultar em efeitos adversos no sistema imunitário, cardiovascular, neuro endócrino e no sistema nervoso central. Quando o *Stress* é crónico pode resultar em problemas de saúde graves como insónias, sistema imunitário debilitado, tensão arterial elevada, ansiedade e mialgias. Pode também desempenhar um papel no desenvolvimento de doenças como depressão, doenças cardíacas e obesidade (Khan & Khan, 2017).

A evolução de *Stress* para doença mental pode ser entendida através da compreensão da fisiologia do *Stress*. Existem dois sistemas interligados que são envolvidos quando experimentam eventos *Stress* antes; os Sistemas Simpáticos Adreno-medular (SAM) e eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA). Na ativação do SAM, quando uma pessoa é confrontada com um estímulo que perturba a sua homeostase é rotulado como um fator de *Stress* pelo córtex cerebral. Esta informação vai para o hipotálamo que inicia o combate ou a resposta, o que estimula a medula adrenal para secretar a catecolamina (epinefrina e norepinefrina). O efeito combinado dos dois produz excitação no sistema corporal, ou seja, tensão arterial elevada, diaforese, palpitação, vasoconstricção, etc. Enquanto estiver em ativação HPA, o hipotálamo é conhecido por secretar a hormona libertadora de corticotrofina (CRH), suscitando a hipófise que, por sua vez liberta hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Isto estimula o córtex adrenal para secretar os glucocorticosteróides, sendo o cortisol o mais importante. Armazena hidratos de carbono, diminui a inflamação e ajuda o corpo a regressar ao seu estado normal antes do *Stress*. A ativação prolongada do HPA, devido ao *Stress* prolongado, está relacionada com o aparecimento de patologias. Vários investigadores propuseram que as consequências da ativação do HPA sobre a saúde são muito mais significativas do que a da excitação simpática (Khan & Khan, 2017).

Atualmente, o *Stress* é tema de investigação em várias áreas por ser um dos mais importantes fatores que causa problemas mentais, físicos e transtornos comportamentais (Pashib et al., 2015). Os mesmos autores definem o *Stress* como uma resposta física e emocional prejudicial que ocorre quando os requisitos do trabalho não são consistentes com as habilidades dos trabalhadores e suas necessidades. Alguns estudos recentes mostraram que cerca de 30% de trabalhadores sofrem de *Stress* e esse número é maior em países industrializados e em desenvolvimento (Nazari et al., 2016).

Segundo Vaz Serra (2011), o *Stress* consiste num padrão de reações que preparam o organismo para responder fisicamente a uma exigência externa – fatores ou fontes de *Stress*. Este inclui os denominadores comuns no padrão de resposta e adaptação de um organismo a uma variedade dessas fontes. O *Stress* consiste num conjunto de reações do organismo, que se encontra em situação de esforço físico e emocional, capaz de perturbar o equilíbrio interno ou de criar mecanismos disfuncionais na esfera cognitiva comportamental. O conceito de *Stress* relaciona-se com as dificuldades adaptativas, sugerindo o seu agravamento pode resultar em exaustão. A fase de alerta pode ser considerada como positiva, uma vez que os fatores de *Stress* podem ter como função motivar a pessoa para procurar soluções. No entanto, os fatores de *Stress* de longa duração ou muito intensos podem resultar em prejuízos para o indivíduo (Moretti & Hübner, 2017).

O *Stress* resulta, de acordo com Vaz Serra (2011), do desequilíbrio percebido entre as exigências do meio e as capacidades do sujeito para responder às mesmas e depende, essencialmente, da forma como cada indivíduo percebe as situações do dia-a-dia, como sente os problemas e como utiliza os seus recursos (internos e externos) para responder a essas mesmas exigências. O *Stress* é desencadeado pela inserção da pessoa em contexto laboral, no caso do presente estudo, em contexto da pandemia por COVID-19. Theme Filha, Costa e Guilam (2013) referem que a sobrecarga de trabalho, os conflitos no ambiente de trabalho, a ambiguidade no desenvolvimento das tarefas, a falta de reconhecimento das habilidades e de experiências em lidar com situações de emergência são fatores determinantes de *Stress* nos enfermeiros.

2 - STRESS VIVENCIADO PELOS ENFERMEIROS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM CONTEXTO COVID-19

Lazarus & Folkman citados por Dias & Pais Ribeiro (2019) pensaram no *Stress* como um processo interativo entre a pessoa e o seu ambiente, no qual a influência de eventos

Stress antes no bem-estar físico e psicológico é determinada pela capacidade de lidar com o *Stress*. A partir desta abordagem transacional amplamente aceita, enfrentar o *Stress* pode passar a ser definido pelos esforços cognitivos e comportamentais empregues em resposta às exigências externas ou internas que o indivíduo considera como sendo ameaças ao seu bem-estar.

Como já referido, no final de 2019, a OMS recebeu alertas de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, China. Foi o marco inicial de um surto originado por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença coronavírus (COVID-19), que desde então se espalhou com números crescentes de casos noutras regiões do mundo. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou uma Emergência de Saúde Pública (ESP) de importância internacional, e a 11 de março de 2020, a doença tornou-se uma pandemia (Harapan et al., 2020).

As ESP, embora evidenciando o papel fundamental do SNS na contenção da COVID-19, expôs as deficiências estruturais do sistema, em particular, a falta e/ou a distribuição desigual dos profissionais de saúde e de infraestruturas dos cuidados de média e alta complexidade. Assim, a interação entre o ambiente de trabalho e os fatores humanos parece ter desencadeado respostas físicas e emocionais aos profissionais de saúde, no caso concreto nos enfermeiros de urgência/emergência, que causaram uma diminuição da sua saúde mental e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

No ambiente de urgência/emergência, é comum encontrar-se diferentes *Stress ores complementares*. O *Stress* natural exigido aos enfermeiros para prestar cuidados à pessoa em situação crítica e seus familiares, com a complexidade que permeia as possibilidades de intervenção, pode tornar estes profissionais de saúde mais vulneráveis ao *Stress*. Os enfermeiros lidam quotidianamente com a dor e o sofrimento e estão sujeitos a ritmos intensos e longas horas de trabalho, relações humanas complexas, escassez de materiais e um número reduzido de profissionais (Teixeira et al., 2021).

A pandemia por COVID-19 chamou a atenção do mundo, especialmente em relação ao risco de *Stress*. A maioria dos enfermeiros vivencia níveis moderados a elevados de *Stress*, porque estes profissionais estão particularmente em risco de serem infetados com COVID-19 e pela sobrecarga do sistema de saúde. Os enfermeiros que estão na linha da frente, particularmente os que exercem em contexto de urgência/emergência, vivenciam uma sobrecarga de trabalho e *Stress* psicológico (Oktovin & Peni, 2021). As queixas, como a fadiga física e psicológica, são frequentemente sentidas devido ao elevado número de pessoas infetadas com COVID-19. Estes também se sentem preocupados por poderem ser infetados e transmitir o vírus à família. Estas preocupações fazem aumentar o nível de *Stress* (Joob & Wiwanitkit, 2020).

A corroborar, Temsah et al. (2020) referem que a pandemia levou a um fenómeno sem precedentes de *Stress* psicológico nos enfermeiros. As doenças infecciosas pandémicas, como o COVID-19, impõem um nível significativo de ansiedade e de *Stress* nos profissionais de saúde que cuidam de pessoas infetadas, cuja principal preocupação é o risco de transmitir a infeção aos seus familiares ou de adquiri-la eles próprios.

Os mesmos autores supracitados referem que os enfermeiros geralmente correm o risco de exposição a fatores patogénicos altamente infecciosos na prestação de cuidados ou pela exposição ao ambiente da pessoa infetada ou a amostras biológicas, falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o que os leva a experienciar elevados níveis de *Stress* psicológico. Estes também necessitam de lidar com a imprevisibilidade do seu horário de trabalho e maior carga laboral, o que os obriga a um maior ajustamento da sua vida privada e social. As consequências do *Stress* podem durar muito depois da pandemia e podem resultar em depressão ou transtorno de *Stress* pós-traumático (Temsah et al., 2020).

A enfermagem é o grupo de profissionais de saúde mais representativo, centrando-se o seu trabalho no cuidado ao ser humano, com uma ligação direta entre enfermeiro/doente e “a vivência de vários fatores, que poderão configurar-se com potenciais impactes negativos psicossociais e psicossomáticos, resultando na redução da produtividade e no aumento de acidentes de trabalho e numa assistência de enfermagem não tão eficaz” (Dal’Bosco et al., 2020, p. 2).

Os relatos dos meios de comunicação social documentam exaustão extrema, desconforto físico de longas horas de trabalho com máscaras faciais e outros EPI’s, medo do contágio e angústia em enfermeiros. Esta combinação de desgaste físico e emocional numa força de trabalho de enfermagem já *Stress ada* tornou-se uma marca da pandemia COVID-19 (Arnetz, et al., 2020).

As reações dos enfermeiros ao *Stress* da pandemia atual devem ser vistas de uma perspetiva de saúde e segurança ocupacional. O *Stress* e o *Burnout* foram reconhecidos internacionalmente como riscos de trabalho para os enfermeiros (Pérez-Fuentes et al., 2018) antes da pandemia.

Embora a pesquisa sugira que os fatores ocupacionais e de personalidade desempenham um papel no *Stress*, em 2019, a OMS declarou o *Stress* como um fenómeno ocupacional, para além de ser uma condição médica. O início da pandemia COVID-19 aumentou o *Stress* no trabalho entre um corpo de enfermagem já tenso, colocando a sua saúde mental e bem-estar em risco (Lai et al., 2019).

Pesquisas recentes realizadas na China (Liu et al., 2020) e em Itália (Rossi et al., 2019), dois países que vivenciaram a fase inicial da pandemia, descobriram que os enfermeiros diretamente envolvidos no cuidado de doentes com COVID-19 estavam em maior risco

de problemas de saúde mental em comparação com outros profissionais de saúde. Esses primeiros artigos sobre o impacto da pandemia nos profissionais de saúde apontaram a exposição de primeira linha com doentes com COVID-19 como um fator de risco principal, mas identificaram algumas outras variáveis que explicam os sintomas relatados de depressão, ansiedade, insônia, sofrimento psicológico e *Stress* traumático entre os enfermeiros. O estudo italiano de Rossi et al. (2019) com 1379 profissionais de saúde, dos quais 472 eram enfermeiros, mostra que ter um colega que foi hospitalizado ou colocado em quarentena estava associado a pior saúde mental.

Durante o período de 20 de março a 10 de abril de 2020, a *American Nurses Association* (ANA) realizou uma pesquisa nacional sobre as preocupações e experiências dos enfermeiros durante a fase inicial da pandemia nos Estados Unidos. Um total de 32.000 enfermeiros respondeu à pesquisa que questionava sobre as suas necessidades profissionais e preocupações relacionadas com o surto de COVID-19. Quase três quartos (74%) relataram que a sua principal preocupação era a falta de EPI's adequados e mais de dois terços (64%) estavam preocupados com a segurança das suas famílias e amigos. Mais de 85% expressaram medo de ir para o local de trabalho. Embora em grande escala, a pesquisa centrou-se nas preocupações e nas necessidades percebidas em relação à formação e às características sociodemográficas dos enfermeiros e não levantou questões sobre a saúde física e mental ou situações *Stress antes*.

Dois estudos qualitativos recentes exploraram as experiências de enfermeiros (Sun et al., 2020) e de enfermeiras e médicos (Liu et al., 2020) nos estádios iniciais da pandemia na China. Sun et al. (2020) concentraram-se nas respostas psicológicas de 20 enfermeiros, demonstrando que as emoções negativas iniciais evoluíram para uma mistura de emoções positivas e negativas. Esse estudo identificou fadiga, medo e ansiedade relacionados ao desconhecido como fontes de emoções negativas, mas não identificou outras causas específicas de *Stress*. Liu et al. (2020) entrevistaram nove enfermeiros e quatro médicos de uma província da China sobre as suas experiências no tratamento de doentes COVID-19. Esse estudo identificou três temas principais: sentimento de dever/responsabilidade, desafios relacionados com o trabalho e resiliência face aos desafios. No entanto, ambos os estudos são limitados devido ao reduzido tamanho da amostra de um único hospital e província, não permitindo, assim, a generalização dos resultados encontrados.

Embora as pesquisas sobre os efeitos da pandemia na saúde e no bem-estar dos enfermeiros ainda sejam escassas, vários editoriais recentes destacam uma série de fatores *Stress antes* que podem contribuir potencialmente para problemas de saúde mental. Estes incluem o medo da infeção para si mesmo e para seus entes queridos, as

elevadas taxas de transmissão de doenças e fatalidade, mas também medo do desconhecido (Ho et al., 2020; Jackson et al., 2020; Li et al., 2020; Wang et al., 2020; Wind et al., 2020).

Arnetz et al. (2020) realizaram um estudo transversal *online* com uma amostra de 695 enfermeiros americanos em maio de 2020. Os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo, no que se refere a uma pergunta aberta sobre as situações mais *Stress* antes que vivenciaram durante a pandemia, tendo emergido as seguintes categorias: autoexposição/infeção; doença/morte; ambiente de trabalho; falta de EPI's; opiniões/política. Dois subtemas diziam respeito às restrições associadas à pandemia e aos sentimentos de inadequação/impotência em relação aos doentes e seu tratamento. Mais da metade de todos os comentários dizia respeito ao *Stress* relacionado com problemas de resposta à pandemia no local de trabalho. Por conseguinte, os mesmos autores consideram que as instituições de saúde devem dar oportunidade para que os enfermeiros discutam o *Stress* que estão a enfrentar, para que se possam apoiar uns aos outros e para que possam sugerir para adaptações no local de trabalho durante esta pandemia.

Ali et al. (2020) realizaram um estudo transversal com o objetivo de investigar os principais *Stress* *ores* e estratégias de enfrentamento relatados por enfermeiros que trabalham diretamente com doentes potencialmente infetados no Alabama, Estados Unidos, durante a pandemia de COVID-19. O questionário foi respondido por 109 enfermeiros que trabalhavam em hospitais que tratavam de doentes com COVID-19. Cerca de 71% da equipa de enfermagem revelou aumento de *Stress* devido ao número excessivo de casos de doentes infetados a quem tinham de prestar cuidados e *Stress* relacionado com a carga de trabalho. O estudo revela que a maioria dos enfermeiros (82%) apresenta níveis elevados de *Stress* devido à possibilidade de contaminar os seus amigos e familiares. No geral, os enfermeiros mais jovens e menos experientes relataram mais níveis de *Stress* em comparação com os enfermeiros mais velhos. Os resultados sugerem uma falta de apoio organizacional, incluindo a assistência psiquiátrica, com nenhum enfermeiro a relatar ter procurado terapia psicológica. A pandemia de COVID-19 aumentou o nível de *Stress* da equipa de enfermagem estudada, resultante da sobrecarrega do sistema de saúde.

Os enfermeiros que lutam para equilibrar o seu bem-estar com o seu senso de tarefas profissionais podem sentir efeitos emocionais e psicológicos adicionais. De uma perspetiva ética, os enfermeiros podem sofrer trauma, pois devem equilibrar a sua responsabilidade percebida de salvaguardar o bem-estar do doente com o medo e a ansiedade de se arriscar a uma infeção e à propagação da infeção fora do ambiente hospitalar (Stovall et al., 2020; Maroufi & Razavi, 2021).

A literatura é unânime a fornecer evidências claras de que, durante uma pandemia, os profissionais da linha da frente, como os enfermeiros de urgência/emergência, vivenciam uma carga elevada de experiências e emoções negativas, suscitando necessidades de cuidados de saúde mental adequados (Ho et al., 2020; Li et al., 2020; Wang et al., 2020). Recentemente, diferentes organizações internacionais e nacionais revelaram quanto à importância e a importância dos cuidados em saúde mental na pandemia da COVID-19 (WHO, 2020; *European Centre for Disease Prevention and Control*, 2020; DGS, 2020).

Assim, face a esta nova realidade resultante da referida pandemia, os enfermeiros que estão à frente no combate da COVID-19, com enfoque naqueles que estão no cuidado direto aos doentes, podem vivenciar situações de elevado *Stress* e ansiedade. Além das múltiplas implicações que envolvem o processo de contenção e de controlo de um surto pandémico, é importante garantir aos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, assistência apropriada na gestão do *Stress*, englobando ações de empoderamento direcionadas à mitigação do sofrimento mental e um estado de ajustamento psicológico saudável.

Face a todas as emergências que estiveram implícitas durante a pandemia por COVID-19 e tendo em conta o nível de *Stress* que os enfermeiros apresentam decorrente das experiências vivenciadas, é importante apresentarem-se estratégias que possam minimizar ou mesmo prevenir essa perturbação. É muito importante para os enfermeiros continuarem a fazer o seu trabalho mantendo a sua saúde mental. Dada a situação específica, é necessário pensar em como reforçar a sua saúde mental e criar um sistema ativo para os apoiar. Para reduzir as perturbações psicológicas e reforçar a sua saúde mental, devem ser tomadas as medidas necessárias (Naeim et al., 2020).

Assim, para reduzir o *Stress*, como propõem Naeim et al. (2020), há estratégias que podem ser adotadas, nomeadamente: realizar atividade física (exercícios de alongamento, caminhar ao ar livre e exercícios de respiração profunda); recurso a atividades relaxantes e a atividades recreativas; recorrer a uma alimentação saudável e à ingestão hídrica adequada. É igualmente importante a verbalização de sentimentos/emoções; reforçar o trabalho de equipa e apoiarem-se mutuamente; não limitarem as suas conversas à crise, mas dialogarem sobre outros assuntos; pensarem positivamente e dar uns aos outros um *feedback* positivo, de modo a aumentarem a esperança em si próprios e nos outros. Caso sintam que estão sob muita pressão devido ao *Stress*, devem solicitar ajuda profissional ao nível da saúde mental (Naeim et al., 2020).

Assim, é importante que os enfermeiros possuam estratégias de *coping* que envolvam mecanismos cognitivos e comportamentais destinados a dar uma resposta ativa aos

fatores de *Stress*, alterando diretamente o problema (controle primário) ou as emoções negativas a ele associadas (controle secundário). Esta categoria inclui estratégias como o planejamento, a tomada de ações específicas, a procura de apoio (instrumental e emocional), a reavaliação positiva da situação ou a aceitação. As estratégias evasivas são aquelas que envolvem mecanismos cognitivos e comportamentais utilizados para evitar a situação *Stressante*, tais como a distração, negação e desejo (Freire et al., 2020). Com base nesta classificação, existe um amplo consenso de que as estratégias de *coping* estão relacionadas a um bom ajustamento físico e psicológico (Gustems-Carnicer et al., 2019), ao passo que as estratégias evasivas geralmente significam consequências mal-adaptadas (Skinner et al., 2016; Tran & Lumley, 2019). As estratégias de *coping* podem ser classificadas em dois tipos, consoante a sua função, o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema. As estratégias focadas na emoção atuam através dos processos cognitivos e comportamentais, com o objetivo de diminuir as consequências geradas por uma situação de *Stress* sem, todavia, atuarem diretamente sobre esta, sendo exemplos destas estratégias centradas na emoção, passear, relaxar ou ver um filme, ações que visam reduzir a sensação física desagradável do estado de *Stress*. As estratégias focadas no problema têm como objetivo analisar e definir a situação, de modo a encontrar formas ativas de enfrentar a fonte de *Stress*, no sentido da resolução dos problemas em causa e, assim, reduzir a percepção de ameaça (Pacheco, 2013).

Os enfermeiros que lutam para equilibrar o seu bem-estar com o seu senso de tarefas profissionais podem sentir efeitos emocionais e psicológicos adicionais. De uma perspectiva ética, os enfermeiros podem sofrer trauma, pois devem equilibrar a sua responsabilidade percebida de salvaguardar o bem-estar do doente com o medo e a ansiedade de se arriscar a uma infeção e à propagação da infeção fora do ambiente hospitalar (Stovall et al., 2020).

O *Stress* é um dos principais problemas profissionais entre os trabalhadores do setor da saúde e representam um grupo de alto risco para a infeção por COVID-19 do que a população mundial em geral (8,7% vs. 5,3%). Os enfermeiros desempenham um papel central em todos os níveis de prestação de cuidados. Salvaguardando elevados padrões de cuidados durante as crises de saúde pública, os enfermeiros enfrentam muitos desafios organizacionais e clínicos, o que lhes coloca uma enorme sobrecarga laboral e pode levar ao *Burnout* (Galanis et al., 2021).

Galanis et al. (2021) examinaram estudos que incluíam todas as categorias de enfermeiros que trabalham em contexto de urgência/emergência, que tratam doentes com COVID-19, tendo constatado que os enfermeiros apresentaram elevados níveis de

Stress. Os resultados mostraram um impacto generalizado e intenso na saúde mental dos enfermeiros à escala mundial.

Em contexto de pandemia por COVID-19, estão expostos a várias horas de trabalho por dia com doentes infetados, apresentando maior risco de contrair a infeção. Assim, os enfermeiros que lidam com COVID-19 estão expostos a um aumento de pressão psicológica e física. Além disso, no contexto de uma pandemia, os enfermeiros enfrentam vários problemas que levam ao esgotamento e ao colapso físico/psicológico, como a perceção da falta de recursos de proteção individual e ocupacional (Fernandez et al., 2020).

Têm sido identificados fatores individuais, como as características demográficas (idade, sexo, estado civil) e capacidades adaptativas. Fatores relacionados com o trabalho que incluem o *Stress* e a atitude perante o trabalho, a exposição a experiências *Stress antes*, o apoio social, a disponibilidade de EPI (Fernandez et al., 2020).

Algumas investigações recentes, como a de Galanis et al. (2021), encontraram um elevado nível de *Stress* em enfermeiros na linha de frente contra a COVID-19, associado a diferentes fatores ocupacionais e sociodemográficos. Em particular, os fatores ocupacionais associados positivamente ao *Stress* que incluíram a elevada carga de trabalho, *Stress* no trabalho, pressão e apoio restrito por parte da organização de saúde; pelo contrário, adequados EPI foram relatados como fator protetor contra o *Stres*.

A literatura recente focada nos riscos psicológicos dos profissionais de saúde relacionados com o surto de COVID-19 descreve elevados níveis de ansiedade, depressão, *Stress* e *Burnout* (Martinez-Lopez et al., 2021). Trabalhar em situações críticas e num ambiente de trabalho caracterizado por um contato contínuo com a dor e a morte aumenta o risco de esgotamento para os enfermeiros. Com base nestas premissas teóricas, Bellanti et al. (2021) realizaram um estudo transversal que teve como foco o nível de *Burnout* em enfermeiros que trabalhavam num Hospital Universitário italiano durante a primeira vaga da pandemia por COVID-19, com o objetivo de identificar os fatores associados. O questionário foi aplicado *online a uma amostra de* 293 enfermeiros, contendo questões de caracterização sociodemográfica e ocupacional, incluindo o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e o *Oldenburg Burnout Inventory* (OBI). De acordo com os resultados do MBI, apuraram níveis de exaustão emocional moderada/alta em 76,5% dos enfermeiros, despersonalização em 50,2% e realização pessoal em 54,6% dos participantes. O *Burnout* avaliado pelo OBI, relacionado com a COVID-19, resultou em médio/alto *Burnout* em 89,1% dos participantes. No que se refere às características sociodemográficas e fatores ocupacionais, uma análise de regressão multivariada identificou a falta de suporte

emocional, considerar deixar o emprego e a carga de trabalho como preditores de *Burnout* em enfermeiros.

Os enfermeiros, independentemente da idade e do gênero, apresentaram níveis moderados/altos de *Burnout*. Hu et al. (2020) estudaram uma amostra de enfermeiros que trabalhavam em dois hospitais de Wuhan e mais da metade relataram *Burnout* moderado a alto. Weilenmann et al. (2020) avaliaram o nível de *Burnout* em profissionais de saúde (857 médicos e 553 enfermeiros) na Suíça, mostrando que altos níveis de ansiedade, depressão e sintomas de *Burnout*. Os enfermeiros do gênero feminino foram os que mais tiveram interação direta com doentes com COVID-19 e relataram mais sintomas.

Segundo Horta et al. (2021), os enfermeiros encontram-se vulneráveis aos efeitos psicossociais da pandemia de COVID-19, tendo como fontes de *Stress* e de sobrecarga a natureza da infecção, testes insuficientes, falta de vacinas ou de um tratamento eficaz, evolução grave do estado de saúde de alguns doentes, falta de EPI e de suprimentos médicos, cargas de trabalho excessivas e prolongadas e condições inadequadas de repouso. Neste âmbito, Santos et al. (2021) salientam que os enfermeiros revelam maior predisposição para o sofrimento mental, destacando-se a depressão, o que se deve quer a natureza da atividade que exercem, diretamente relacionada com sofrimento físico e emocional das pessoas a quem prestam cuidados, quer às condições de trabalho e à falta de reconhecimento profissional. Os mesmos autores referem ainda outro impacto da atual pandemia, nomeadamente o distanciamento social, que resultou em alterações na maneira como as pessoas se relacionam.

Assim, tendo em conta a natureza de socialização do ser humano, que tem necessidade de interações, essenciais para a construção individual, desenvolvimento, aprendizagem e criação de vínculos, o distanciamento social configurou-se como um fator negativo na reestruturação psíquica, podendo resultar em estados ansiogénicos, medo, solidão, entre outros, desencadeando sofrimento mental (Santos et al., 2021).

Em conformidade com Lima e Cavalcante (2021), a pandemia por COVID-19 tem mostrado que os enfermeiros estão na linha de frente do sistema de saúde, impondo horas laborais exaustivas com resultados deletérios para a saúde física e mental destes profissionais. A incidência de níveis elevados de *Stress* torna-se, assim, um sério problema de saúde ocupacional, causando transtornos a nível psicológico, pessoal e profissional.

Clinton et al. (2020) realizaram um estudo com análises multidimensionais e unidimensionais Rasch de dados do *Burnout* recolhidos de uma amostra de conveniência de 457 enfermeiros a exercerem funções em urgência/emergência em

hospitais no Líbano após o início da pandemia por COVID-19. Os dados foram recolhidos em julho-outubro de 2020. A análise Multidimensional Rasch confirmou que o *Copenhagen Burnout Inventory* tem AS três escalas unidimensionais altamente correlacionadas que avaliam o *Burnout* pessoal, o *Burnout* relacionado com o trabalho e o *Burnout* relacionado com o cliente. Para cada dimensão, a os resultados confirmaram cinco níveis estatisticamente diferentes de *Burnout* em enfermeiros. A média das pontuações de *Burnout* pessoal e de *Burnout* relacionado com o trabalho (50,24, 51,11 respetivamente) não foram superiores às relatadas na literatura internacional. No entanto, a pontuação média de 50,3 de *Burnout* relacionado com o cliente foi mais elevada do que a registada em outros países. Os autores concluíram que é necessária uma ação urgente para reduzir os níveis de *Burnout* relacionados com os clientes em enfermagem.

O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde, entre os quais os enfermeiros de urgência/emergência, intensificou-se devido à propagação contínua do novo coronavírus, SRA-CoV-2. Consequentemente há uma necessidade emergente de atualização das políticas relativas à COVID-19 para prevenir resultados adversos na saúde mental, tais como exaustão emocional e angústia traumática associada a esta doença. Os enfermeiros em particular têm sido afetados pela pandemia (Ferreira & Gomes, 2021).

Embora o *Stress* seja um tema amplamente estudado, ainda há muito a aprender sobre esta síndrome durante uma crise pandémica como a provocada pela COVID-19. Além disso, e de acordo com a teoria *Job Demands-Resources* (JD-R), a relação entre recursos pessoais e o *Stress* e *Burnout* é ainda um tópico pouco estudado (Ferreira & Gomes, 2021). Neste sentido, os mesmos autores investigaram a influência da resiliência mental nas três dimensões do *Burnout* emocional, despersonalização e realização pessoal entre os profissionais de saúde quando expostos a uma situação pandémica. Foi realizado um estudo transversal baseado na administração de um inquérito em linha a uma amostra de 196 trabalhadores da saúde (enfermeiros e médicos) durante a segunda vaga da COVID-19 em Portugal. Os resultados mostram que, durante uma situação de pandemia, níveis mais elevados de resiliência associados tanto a níveis mais baixos de exaustão emocional (Exaustão Emocional: 0,17; 95% Intervalo de Confiança-CI: 0,38, 0,04), como de despersonalização (Despersonalização: 0,17; 95% CI: 0,31, 0,03), e níveis mais elevados de realização pessoal (Realização Pessoal: 0,50; 95% CI: 0,40, 0,61). A resiliência deve ser considerada um trunfo importante para reduzir os níveis de *Burnout* ao enfrentar situações de grande *Stress*.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

2 – METODOLOGIA

A segunda parte deste estudo diz respeito à investigação empírica a qual se inicia com as considerações metodológicas. Este capítulo, procura definir as estratégias necessárias para estudarmos o *Perfil de Stress de Urgência/Emergência em Contexto de COVID-19: Determinantes Profissionais*. Por conseguinte, definimos os procedimentos metodológicos que procurarão dar resposta às questões que formulámos. Descreve-se e explica-se o tipo de investigação, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, os procedimentos efetuados, bem como o respetivo tratamento estatístico que nos irá permitir tirar conclusões sobre a problemática em estudo.

Para Coutinho (2021, p. 24), o paradigma de investigação constitui “o sistema de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador terá de tomar no caminho que o conduzirá rumo às “respostas”. O “problema/questão” a investigar, isto é, “ao conhecimento”. Ainda segundo a mesma autora, a metodologia tem como finalidade “velar pelos métodos, analisar os seus limites e alcance, clarificar e valorizar os seus princípios, procedimentos e estratégias mais adequadas para a investigação”. Por conseguinte, a metodologia é, parafraseando Coutinho (2021, p. 24), “o plano de ação, processo e desenho da escolha e uso dos métodos”.

Este estudo apoia-se numa metodologia quantitativa, pois permite compreender plenamente um fenómeno, ao decompor os seus elementos constituintes e identificar as relações entre eles ao invés de considerá-lo na sua totalidade. Trata-se de um paradigma orientado para a generalização dos resultados obtidos (Fortin, 2009). Isto é, do ponto de vista conceptual, a pesquisa centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação em variáveis comportamentais e/ou socioafetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo de investigação empírica (Coutinho, 2021).

Enquadra-se num estudo descritivo analítico-correlacional, de cariz transversal, porque o mesmo tem por objetivo recolher dados que permitam descrever as relações entre as variáveis em estudo, sendo que o estabelecimento dessas mesmas relações entre as variáveis permite circunscrever/delimitar o fenómeno estudado (Mertens, 1994 cit. por Coutinho, 2021).

Assume-se também como transversal, na medida em que os dados serão recolhidos num só momento temporal, numa amostra da população de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses, que permitam descrever e detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2021). Saliencia-se que, no caso do estudo que se pretende desenvolver, corresponde apenas ao momento de preenchimento dos questionários.

Posto isto, o desenvolvimento da investigação será orientado no sentido de responder à seguinte questão: “Quais as variáveis profissionais (tipo de gestão, localização geográfica, tempo de exercício profissional, vínculo, horário, regime de trabalho, horas semanais, serviço e título profissional) com relação de influência, no nível/perfil de Stress, auto-percecionado, dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto de COVID-19?”.

Formulada a questão de investigação, foi delineado o objetivo geral deste estudo: “Estudar a relação entre o perfil de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em contexto de COVID-19 e as variáveis de caracterização profissional”.

Tendo em conta que os objetivos de investigação representam o que o investigador se propõe a fazer para responder à questão de investigação, este estudo será orientado no sentido de responder aos seguintes objetivos específicos:

1. Conhecer a caracterização da amostra do ponto de vista das suas variáveis profissionais
2. Conhecer o nível/perfil de *Stress*, tal como é auto-percecionado, pelos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19.
3. Conhecer a relação estatística entre nível/perfil de *Stress* auto-percecionado pelos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19, e as variáveis profissionais estudadas.
4. Promover uma proposta de formação e implementação de estratégias de intervenção face ao *Stress* a que os enfermeiros estão sujeitos, tendo em conta a perturbação e as características profissionais dos enfermeiros em estudo.

Na presente investigação a variáveis dependente é o Perfil de *Stress* Percecionado pelos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto de COVID-19. Sendo que as variáveis independentes são variáveis profissionais (tipo de gestão, localização geográfica, tempo de exercício profissional, vínculo, horário, regime de trabalho, horas semanais, serviço e título profissional).

2.1 - TIPO DE ESTUDO

Para se poder dar resposta ao objetivo delineado, optou-se por um estudo quantitativo, descritivo-correlacional com enfoque transversal. Este tipo de estudo “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal e qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, *explicar* ou ainda *explorar*” (Coutinho, 2021, p. 317).

2.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Assim, a amostra que integrou este estudo ficou constituída por 355 enfermeiros que exercem em urgência/emergência a nível nacional, inscritos na ordem dos enfermeiros.

A população consiste “no conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e quem partilham uma característica comum” (Coutinho, 2021, p. 89). No âmbito desta investigação, o plano amostral foi do tipo não probabilístico, acidental ou por conveniência. “A amostragem não probabilística é um procedimento de seleção, segundo o qual, cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Tuckman, 2002, p. 208). A amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e que estão presentes num determinado local, num momento preciso, sendo os sujeitos incluídos na amostra à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.

2.3 - PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados ocorreu entre 1 fevereiro 2021 a 28 fevereiro de 2021.

2.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados incluiu os seguintes instrumentos de medida: Questionário orientado para caracterização das variáveis profissionais (*ad hoc*) e a Escala de Perceção de *Stress* (EPS) de (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), adaptada para a população portuguesa por Pais Ribeiro & Marques (2009) (cf. Anexo II). A EPS é, segundo os autores, uma unidade de medida global de *Stress* que se propõe avaliar o grau em que um indivíduo aprecia as suas situações de vida como *Stress* antes (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). A escala EPS, validada para a população portuguesa, é uma escala direcional composta por 13 itens que operacionaliza a variável Perceção de *Stress* e que da forma como a amostra responde, cuja nota global resulta da soma dos valores atribuídos a cada um.

Uma nota mais elevada, corresponde a maior *Stress* percebido no último mês. Sendo que a pontuação máxima é 52 pontos. Não existem pontos de corte. Os itens 4,5,6,7, 9,10 e 12 são itens invertidos (Pais Ribeiro & Marques, 2009). Tal como pode ser verificado (cf. Anexo X), os autores da versão portuguesa sugeriram um procedimento para as questões adicionais (2.1 – 1 e 2; 3.1 – 1 e 2; 4.1 – 1 e 2; 5.1 – 1 e 2 e 6.1 – 1 e 2) usadas neste estudo.

2.5 - CONSISTÊNCIA INTERNA (FIABILIDADE) DA EPS PARA O PRESENTE ESTUDO

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade da escala EPS, foi efetuada o estudo da análise estatística consistência interna (homogeneidade dos itens). Na tabela 1 apresentam-se os respectivos valores de Alpha de Cronbach (tabela 1) obtidos para cada um dos itens, após a devida ordenação. Assim, constatou-se, pela análise das correlações do respectivo item com os restantes, que estas oscilam entre associações positivas muito fracas (0,024) e associações positivas baixas (0,329). Estes valores são aceitáveis, porque indicam que todos os itens contribuem mais ou menos de forma igual, homogênea e no mesmo sentido (correlações positivas) para o nível de percepção de *Stress*, como propõe Pestana e Gageiro (2020). Já pela análise dos valores de alpha de Cronbach, os valores obtidos são pouco satisfatórios (todos superiores a 0,274), o que nos indica que mesmo excluindo os itens um a um, os valores de fiabilidade interna (alpha) mantêm-se superiores a 0,274; o que significa que o nível de percepção de *Stress* não depende exclusivamente de um só item. Em termos gerais, o valor de alpha geral obtido (0,372) é considerado fraco.

Tabela 1 - Caracterização das respostas à escala de percepção de Stress (EPS)

Itens	ALPHA DE CRONBACH		
	Médias	Correlação entre itens	Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)
Item 1		0,300	0,288
Item 2	37,97	0,290	0,282
Item 3	38,26	0,329	0,274
Item 4	37,79	0,238	0,319
Item 5	37,97	0,216	0,321
Item 6	38,31	0,024	0,401
Item 7	37,95	0,124	0,427
Item 8	38,45	0,275	0,301
Item 9	37,98	0,081	0,414
Item 10	38,11	0,207	0,446
Item 11	38,46	0,304	0,290
Item 12	38,08	0,114	0,427
Item 13	38,30	0,192	0,329
Valor de Alpha global	38,70		0,372

2.6 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Após o trabalho de pesquisa realizado relativo à temática em estudo e selecionado o IRD, como atrás apresentou, para o estudo da variável dependente. Neste âmbito, foram desenvolvidas as seguintes ações:

- Num primeiro momento, foi apresentado o trabalho de projeto inicial, que foi aprovado através dos pareceres favoráveis da comissão científica do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica (cf. Anexo III) e da direção da Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB (cf. Anexo VI)
- Foi enviado o pedido de autorização para utilização e aplicação aos autores portugueses (Pais Ribeiro & Marques, 2009) responsáveis pela validação portuguesa da Escala de Percepção de Stress (EPS), com deferimento (cf. Anexo II)
- Foi apresentada solicitação de autorização à digníssima bastonária da Ordem dos Enfermeiros, para aplicação dos questionários, no site institucional e na *maillist* da OE e divulgação do *link online* do Google Forms (cf. Anexo XI), entre o período compreendido de 01 de fevereiro de 2021 a 28 de fevereiro de 2021.

2.7 - VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis selecionadas, operacionalizadas e utilizadas nesta investigação emergiu das questões de investigação, dos objetivos do estudo e, naturalmente, não puderam resultar, e como assume Coutinho, (2021) de uma escolha livre e arbitrária do investigador. As variáveis selecionadas foram assumidas como qualidades, propriedades ou características, relativas às pessoas em estudo e de situações contextuais estudadas na investigação (Coutinho, 2021). Na presente investigação serão consideradas:

1. A variável dependente – Perfil de *Stress*;
2. As variáveis independentes – aqui assumidas como características que segundo outros estudos poderiam eventualmente, assumir efeito de modificabilidade do conjunto de valores que caracterizará a variável dependente em estudo (variáveis profissionais).

O conjunto de operacionalização destas variáveis apresenta-se representado esquematicamente na figura 1, onde figuram as variáveis consideradas para o estudo (variáveis independentes *versus* variável dependente).

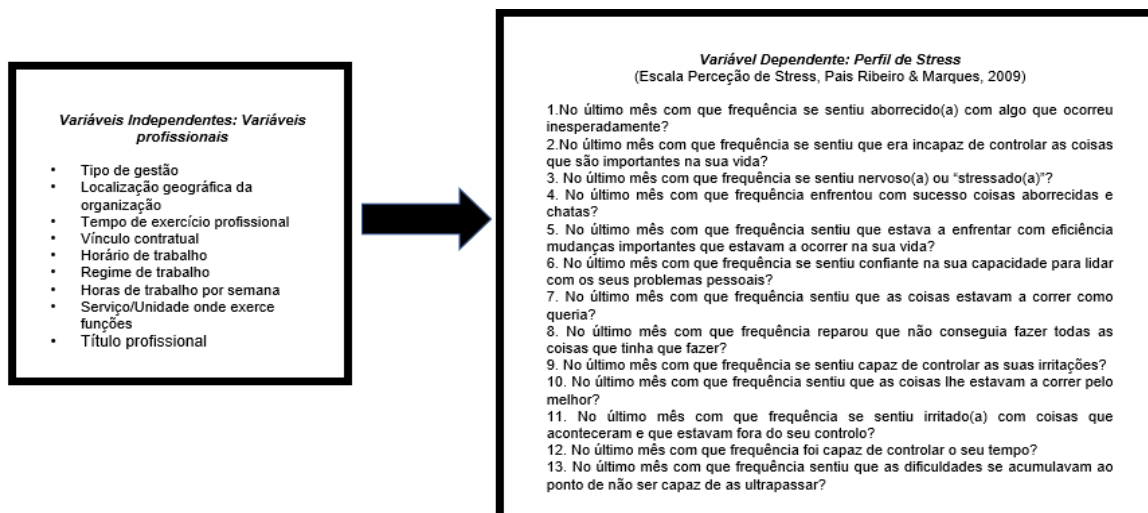


Figura 1 - Apresentação esquemática das variáveis selecionadas, bem como a operacionalização da VD Perfil de Stress percebido, conforme é colocada em IRD

A tabela 2 apresenta as variáveis independentes (profissionais) e sua operacionalização.

Tabela 2 - Operacionalização das variáveis profissionais

Nome	Tipo variável	Categorias da variável
Tipo de gestão	Qualitativa nominal	Pública Privada Público-Privada
Localização geográfica da organização	Qualitativa nominal	Norte Centro Lisboa e Vale do Tejo Alentejo Algarve Madeira Açores
Tempo de exercício profissional	Quantitativa discreta	Anos completos
Vínculo contratual	Qualitativa nominal	Contrato de Trabalho em Função Pública Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo
Horário de trabalho	Qualitativa nominal	Tempo Completo Tempo Parcial
Regime de trabalho	Qualitativa nominal	Fixo <i>Roulement</i> /Rotativo
Horas de trabalho por semana	Quantitativa contínua	≤ 34 Horas 35 Horas ≥ 36 Horas
Serviço/unidade onde exerce funções	Qualitativa nominal	Serviço de Urgência Básica - SUB Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica - SUMC Serviço de Urgência Polivalente - SUP Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente - UCIP Unidade de Cuidados Intensivos Coronários - UCIC Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM Bloco Operatório - BO Outro Serviço
Título profissional	Qualitativa nominal	Enfermeiro(a) Enfermeiro(a) especialista

2.8 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste âmbito, e para os devidos efeitos, foi apresentada a solicitação de autorização ao Conselho de Ética da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança, tendo sido apresentado parecer deferido relativamente à temática do estudo de investigação (cf. Anexo V). Seguiram-se as normas de conduta próprias inerentes a um trabalho de investigação, o que implicou a providência de determinadas diligências preliminares, com a finalidade de proteger o direito e a liberdade dos participantes. Neste estudo respeitaram-se

os princípios de definidos pela declaração de Helsínquia, assegurando-se o anonimato, a participação voluntária, a confidencialidade dos dados e o consentimento informado, bem como os princípios da convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano de Oviedo.

2.9 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central, nomeadamente as médias e as medidas dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão.

Para a análise inferencial, foi realizado, em primeiro lugar, o teste da normalidade, nomeadamente o teste *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors* (cf. tabela 3), que aqui se aplicou porque, nesta amostra, com uma dimensão superior a 30 observações, permitiu verificar que a distribuição de dados referente à variável dependente (Perceção do *Stress*) encontra-se enquadrada na normalidade ($p < 0,05$). Visto isto, e pela análise da figura 2, assumiu-se a existência de uma distribuição normal ou próximo do normal.

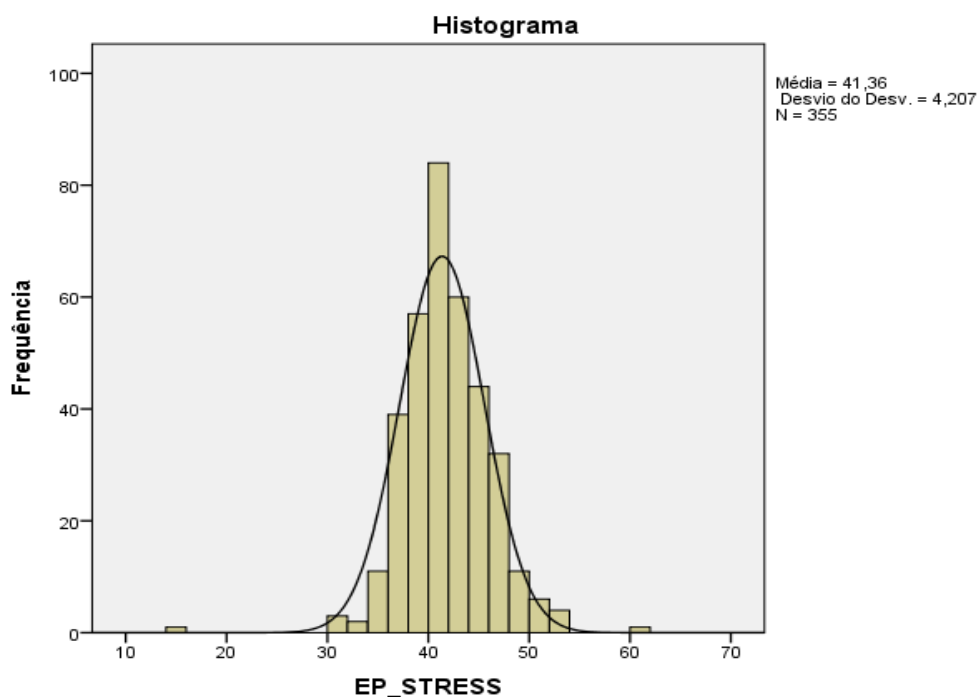


Figura 2 - Histograma da escala de percepção do stress, com curva de normalidade

Tabela 3 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
	Estatísticas	p
Escola de Percepção do Stress	0,089	0,000***
	*p<0,05	**p<0,01
		***p<0,001

Na estatística inferencial, recorreu-se a testes não paramétricos, mormente:

- teste de hipóteses não paramétrico de U Mann Whitney, para estudar as diferenças entre as amostras independentes apresentadas em estudo, relativas às variáveis independentes;
- teste não paramétrico de Kruskal Wallis, para testar a partir da análise das variâncias, se as amostras em estudo se correspondem, e para poder comparar as duas ou mais amostras independentes de tamanhos iguais ou diferentes, que se formarem, nos estudos de relação entre e inter variáveis dependente e independentes.

As questões de investigação foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Os critérios de decisão para os testes baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a questão de investigação se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor. Utilizaram-se os seguintes níveis de significância:

- ◆ $p \geq 0.05$ – não significativo
- ◆ $p < 0.05$ – significativo
- ◆ $p < 0.01$ – bastante significativo
- ◆ $p < 0.001$ – altamente significativo

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 26.0 para Windows.

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Serão apresentados todos os resultados, de forma sequencial, da análise descritiva da caracterização profissional dos enfermeiros. Serão ainda apresentados os resultados sobre a percepção que os enfermeiros têm sobre o *Stress* em tempo de pandemia por COVID-19. Foi realizada a análise estatística descritiva e inferencial dos dados recolhidos.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Pela análise da tabela 4, as estatísticas revelam que os inquiridos apresentam uma idade mínima de 22 anos e uma máxima de 80 anos, ao que corresponde uma idade média de 39,25 anos com um desvio padrão de 8,89 anos. Já pelo coeficiente de variação, constatamos uma dispersão moderada (de 15% a 30%) dos dados em torno da média.

Tabela 4 - Estatísticas relativas à idade

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Idade	22	80	39,25	8,89	22,65

Na tabela 5, encontram-se os resultados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra. Assim, refere-se que a maioria dos enfermeiros tem 36-50 anos (51,3%), seguidos dos que possuem menos de 35 anos (36,3%). Apenas 1 elemento da amostra tem mais de 66 anos. Maioritariamente trata-se de uma amostra feminina (51,0%), prevalecendo os participantes casados (48,7%). No que se refere às habilitações académicas, a maioria possui a licenciatura (38,9%), seguidos dos pós-graduados (31,8%).

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Total	
	Nº (355)	% (100.0)
Idade		
≤35 anos	129	36,3
36-50 anos	182	51,3
51-65 anos	43	12,1
66-80 anos	1	0,3
Género		
Feminino	181	51,0
Masculino	174	49,0
Estado civil		
Solteiro	100	28,2
Casado	173	48,7
União de facto	59	16,6
Divorciado	19	5,4
Viúvo	4	1,1
Habilitações literárias		
Bacharelato	7	2,0
Licenciatura	138	38,9
Pós-graduação	113	31,8
Mestrado	90	25,4
Doutoramento	7	2,0

3.1 - CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DA AMOSTRA

As estatísticas revelam que os inquiridos apresentam um tempo de exercício profissional mínimo de (0) anos e um máximo de 40 anos, ao que corresponde um tempo de exercício profissional médio de 15,29 anos com um desvio padrão de 8,92 anos. Já pelo coeficiente de variação, constata-se uma dispersão elevada (> a 30%) dos dados em torno da média (cf. tabela 6).

Tabela 6 - Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Tempo de exercício profissional	0	40	15,29	8,92	58,34

As estatísticas mostram que os participantes apresentam um tempo de trabalho semanal mínimo de 20 horas e um máximo de 80 horas, ao que corresponde um tempo semanal médio de 37,39 horas com um desvio padrão de 6,08 horas. Já pelo coeficiente de variação, constatamos uma dispersão moderada (de 15% a 30%) dos dados em torno da média (cf. tabela 7).

Tabela 7 - Estatísticas relativas às horas de trabalho semanal

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Horas trabalho semanal	20	80	37,39	6,08	16,26

A maioria dos elementos da amostra exerce funções no setor público (85,9%), na zona norte (35,8%), seguindo-se os que exercem funções na região centro (32,1%) e em Lisboa e Vale do Tejo (23,9%). Apenas 4 enfermeiros exercem funções profissionais nos Açores e 3 na Madeira.

Relativamente ao tempo de experiência profissional, a maioria dos enfermeiros tem 11-20 anos (40,8%), secundados pelos que possuem entre 0-10 anos (31,8%), com 5,6% dos elementos da amostra a possuir mais de 30 anos de experiência profissional.

No que se refere ao vínculo laboral, dominam os que possuem um CTFP-TI com 58,6%; seguidos dos que possuem CIT com uma representatividade de 36,6%. Apenas 7 possuem um CTFP-TRC e 6 outro tipo de vínculo laboral.

Em relação ao tipo de horário, a maioria dos participantes tem um horário rotativo (86,8%), prevalecendo também os cujo regime de trabalho e o tempo completo (98,9%). Relativamente ao número de horas semanais, prevalecem os enfermeiros com ≤ 35 horas/semana (75,2%). Apenas 3,9% dos elementos da amostra possuem mais de 50 horas de trabalho semanal.

Quanto ao serviço/unidade onde exercem, para além dos serviços não designados (22,3%), dominam os que exercem no SU-MC e no INEM (21,4%; 18,6%, respetivamente), com 3,9% a exercerem funções no bloco operatório (BO). Prevalecem os participantes com a categoria profissional de “enfermeiro” (59,4%) (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização profissional da amostra

Variáveis	Total		
	Nº (355)	% (100.0)	
Tipo de gestão	Pública	305	85,9
	Privada	19	5,4
	Parceria P-P	31	8,7
Localização geográfica	Norte	127	35,8
	Centro	114	32,1
	Lisboa e Vale do Tejo	85	23,9
	Alentejo	10	2,8
	Algarve	12	3,4
	Açores	4	1,1
	Madeira	3	0,8
Tempo de exercício profissional	0-10 anos	113	31,8
	11-20 anos	145	40,8
	21-30 anos	77	21,7
	31-40 anos	20	5,6
Vínculo laboral	CIT	130	36,6
	CCT	4	1,1
	CTFP-TI	208	58,6
	CTFP-TRC	7	2,0
	Outro	6	1,7
Horário de trabalho	Fixo	46	13,0
	Rotativo	308	86,8
	Ambos	1	0,3
Regime de trabalho	Tempo completo	351	98,9
	Tempo parcial	4	1,1
Horas semanais	≤35 horas	267	75,2
	36-50 horas	74	20,8
	>50 horas	14	3,9
Serviço/Unidade	BO	14	3,9
	INEM	66	18,6
	SUB	44	12,4
	SU-MC	76	21,4
	SUP	50	14,1
	UCIP	26	7,3
	Outro	79	22,3
Título profissional	Enfermeiro	211	59,4
	Enfermeiro especialista	144	40,6

3.2 - PERCEÇÃO DE STRESS (EPS)

Pela análise da tabela 9, e no que se refere ao valor das respostas dadas à Escala de Perceção do Stress (EPS), salienta-se que em todos os 13 itens dominam as respostas “Às

Vezes” com uma pontuação de 3. “Nunca”, foram as respostas menos referidas nos 12 primeiros itens. Já para o 13º item, a resposta que obteve menor frequência de respostas foi o “Muitas Vezes”.

Tabela 9 - Percepção de Stress (EPS)

Itens	Respostas				
	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às Vezes (2)	Com Muita Frequência (3)	Muitas Vezes (4)
<i>Item 1 - No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?</i>	7	48	160	78	62
<i>Item 2 - No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?</i>	30	77	125	73	50
<i>Item 3 - No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”?</i>	5	48	123	98	81
<i>Item 4 - No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?</i>	7	25	185	99	39
<i>Item 5 - No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?</i>	21	68	167	69	30
<i>Item 6 - No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?</i>	5	45	155	101	49
<i>Item 7 - No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?</i>	13	97	166	65	14
<i>Item 8 - No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?</i>	4	55	146	103	47
<i>Item 9 - No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?</i>	4	52	179	90	30
<i>Item 10 - No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?</i>	10	96	181	54	14
<i>Item 11 - No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?</i>	9	59	148	101	38
<i>Item 12 - No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo</i>	6	91	160	72	26
<i>Item 13 - No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?</i>	39	119	138	43	16

Em termos teóricos, e sendo a escala EPS constituída por 13 itens, e cada item com 5 possibilidades de resposta (que variam de 0 ponto até 4 pontos); o score final total poderá variar entre um mínimo de 0 pontos e um máximo de 52 pontos.

Pela análise da tabela 10, as estatísticas revelam que os inquiridos apresentam um score EPS mínimo de 2 pontos e um máximo de 48 pontos, ao que corresponde um score EPS médio de 28,36 pontos com um desvio padrão de 4,21 pontos. Já pelo coeficiente de variação, constatamos uma dispersão baixa (< a 15%) dos dados em torno da média. (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Apresentação dos valores descritivos relativos à variável EPS

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Score EPS	2	48	28,36	4,21	14,84

Com a finalidade de se saber quais as variáveis profissionais que influenciam o nível de percepção do *Stress* dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto de COVID-19, formulou-se a questão que se segue, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa: **“Quais as variáveis profissionais (tipo de gestão, localização geográfica, tempo profissional, vínculo, horário, regime de trabalho, horas semanais, serviço e título profissional) que influenciam o perfil de *Stress* dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto de COVID-19?”**

Com o objetivo de se saber a influência do tipo de gestão do local de serviço no nível de percepção de *Stress*, aplicou-se um teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados indicam um maior nível de *Stress* por parte dos enfermeiros que exercem no setor privado, sendo os que exercem numa instituição de parceria público-privada aqueles que manifestam menor percepção de *Stress*. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$). Quanto à localização geográfica *versus* a percepção de *Stress* em contexto de COVID-19, efetuou-se um teste de Kruskal-Wallis, de onde se verifica um maior nível de *Stress* por parte dos enfermeiros que exercem funções em Lisboa e Vale do Tejo. Os enfermeiros que exercem funções nas Região Autónoma da Madeira são os que manifestam menor percepção de *Stress*, com diferenças estatísticas bastante significativas ($p = 0,001$).

Já para a influência do tempo de exercício profissional, aplicou-se um teste de Kruskal-Wallis, cujos dados indicam um maior nível de percepção de *Stress* por parte dos enfermeiros com mais tempo de exercício profissional, seguidos dos que possuem entre 21-30 anos e pelos

que têm entre 11-20 anos de serviço. Os que têm menos tempo de serviço são os que manifestam menor percepção de *Stress*. Porém, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).

Por fim, e no que se refere ao vínculo laboral, efetuou-se um teste de Kruskal-Wallis, de onde se salienta um maior nível de percepção de *Stress* por parte dos enfermeiros com um CIT; seguidos pelos que possuem CTFP-TRC e um CCT. Os que possuem outro tipo de vínculo laboral manifestam menor percepção de *Stress*. Todavia, também aqui, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).

Tabela 11 - Testes de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com o nível de percepção do *Stress* dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto de COVID-19

Variáveis	Percepção do nível de <i>Stress</i>		Teste
	Ordenação média		
Tipo de gestão			
	Pública	180,22	Kruskal-Wallis
	Privadas	184,95	
	Parceria P-P	151,89	
	(p)	0,324	
Localização geográfica			
	Norte	155,69	Kruskal-Wallis
	Centro	182,20	
	LVT	215,12	
	Alentejo	186,35	
	Algarve	121,29	
	Açores	173,63	
	Madeira	116,17	
	(p)	0,001**	
Tempo profissional			
	0-10 anos	173,35	Kruskal-Wallis
	11-20 anos	176,41	
	21-30 anos	180,31	
	31-40 anos	206,95	
	(p)	0,591	
Vínculo			
	CIT	195,31	Kruskal-Wallis
	CCT	182,88	
	CTFP-TI	168,03	
	CTFP-TRC	186,14	
	Outro	136,00	
	(p)	0,149	
	* $p<0,05$	** $p<0,01$	*** $p<0,001$

Para sabermos a influência do tipo de horário no nível de percepção de *Stress*, efetuámos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos maior nível de *Stress* nos enfermeiros com horário fixo. Os inquiridos que possuem ambos os tipos de horário são os que manifestam menor percepção de *Stress*. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$). Já para a influência do regime de trabalho, os resultados do Teste U de Mann-

Whitney mostram que os enfermeiros com tempo completo apresentam uma percepção de *Stress* mais elevada. Contudo, também aqui, com ausência de significado estatístico ($p > 0,05$). Quanto ao número de horas semanais *versus* a percepção de *Stress* em contexto de COVID-19, através da aplicação de um teste de Kruskal-Wallis, registamos maior nível de *Stress* mais elevado nos enfermeiros com 36-50 horas/semanais; seguidos pelos que têm horário inferior ou igual a 35 horas/semanais. Os de mais de 50 horas/semanais são os que manifestam menor percepção de *Stress*. Porém, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$). Relativamente ao serviço/unidade *versus* a percepção de *Stress*, efetuámos um teste de Kruskal-Wallis, cujos dados indicam maior nível de *Stress* nos inquiridos do SUP; seguidos dos que exercem no BO. Os enfermeiros com funções no INEM são os que manifestam menor percepção de *Stress*, com diferenças estatísticas significativas ($p = 0,002$). Por fim, e no que se refere ao título profissional, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que nos enfermeiros especialistas a percepção de *Stress* é mais elevada, com diferenças estatísticas significativas ($p = 0,005$).

Tabela 12 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com o nível de percepção do *Stress* dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto de COVID-19

Variáveis	Perceção do nível de <i>Stress</i>		Teste
	Ordenação média		
Horário	Fixo	197,09	Kruskal-Wallis
	Rotativo	175,51	
	Ambos	68,00	
	(p)	0,230	
Regime de trabalho	Tempo completo	178,75	Mann-Whitney
	Tempo parcial	111,88	
	(p)	0,193	
Horas semanais	≤35 horas	176,39	Kruskal-Wallis
	36-50 horas	189,23	
	>50 horas	149,39	
	(p)	0,358	
Serviço/Unidade	BO	196,61	Kruskal-Wallis
	INEM	127,31	
	SUB	194,61	
	SU-MC	191,58	
	SUP	197,10	
	UCIP	184,04	
	Outro	180,66	
	(p)	0,002**	
Título profissional	Enfermeiro	165,50	Mann-Whitney
	Enfermeiro especialista	196,32	
	(p)	0,005***	

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,00$

4 – DISCUSSÃO

O perfil profissional de uma amostra de 355 enfermeiros portugueses a exercerem funções em urgência/emergência indica um tempo profissional médio de $15,29 \pm 8,92$ anos e um tempo de trabalho semanal médio de $37,39 \pm 6,08$ horas. A maioria dos participantes exerce funções no setor público (85,9%), na zona norte (35,8%), seguindo-se os que exercem funções na região centro (32,1%) e em Lisboa e Vale do Tejo (23,9%). Destacam-se os que apresentam tempo de experiência profissional entre 11-20 anos (40,8%), que possuem um CTFP-TI com 58,6%, a praticar um horário rotativo (86,8%), com ≤ 35 horas/semana (75,2%). Quanto ao serviço/unidade onde exercem, para além dos serviços não designados (22,3%), sobressaem os que exercem no SU-MC e no INEM (21,4%; 18,6%, respetivamente) e com a categoria profissional de “enfermeiro” (59,4%). Estes dados, na maioria, corroboram o perfil profissional de uma amostra de 453 enfermeiros que participaram no estudo de Cui et al. (2021), onde havia uma média de tempo de experiência profissional ($M=11,33 \pm 9,25$ anos) em comparação com os enfermeiros do presente estudo. No referido estudo, também foi registada um tempo de trabalho semanal médio de $37,29 \pm 6,01$ horas, resultados corroborados no presente estudo. Tendo em conta o objetivo para estudar as variáveis profissionais com valor de influência no nível de perceção do *Stress* dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto de COVID-19, constatou-se que a localização geográfica onde estes exercem funções apresentou relação positiva estatisticamente significativa com perceção de *Stress*: os enfermeiros que exercem funções em Lisboa e Vale do Tejo percecionam sentir maior nível de stress. Os enfermeiros que exercem funções nas Região Autónoma da Madeira manifestaram menor perceção de *Stress*, com diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,001$). Não foram registadas diferenças estatisticamente significativas, no que se refere ao tipo de gestão do local de serviço, tempo de exercício profissional e vínculo laboral. Todavia, os valores de ordenação média indicam um maior nível de *Stress* por parte dos enfermeiros que exercem no setor privado, com mais tempo de exercício profissional, seguidos dos que possuem entre 21-30 anos e pelos que têm entre 11-20 anos de serviço e por parte dos enfermeiros com um Contrato Individual de Trabalho (CIT). Seguidamente, verifica-se, pese embora sem significância estatística, que o grupo amostral com Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado (CTFP-TI) e com Convenção Coletiva de Trabalho (CCT), apresentaram perceção de menor nível de stress.

Nos estudos encontrados, foram os enfermeiros com menos tempo de exercício profissional aqueles que manifestaram um nível mais elevado de perceção de *Stress* (Jijun et al., 2020; Fernandez et al., 2020), o que não foi corroborado por esta amostra. Os referidos estudos

referem que os enfermeiros com menor experiência profissional não possuíam ainda tempo suficiente para formular estratégias efetivas de *coping* para lidar com o *Stress* ocupacional e, por conseguinte, estariam – segundo os autores - mais vulneráveis aos contextos de urgência e pressão laboral.

De acordo com Urzal et al. (2021), a percentagem de enfermeiros com sintomas de ansiedade, *Stress*, depressão e perturbação pós-*Stress* traumático em enfermeiros portugueses durante a pandemia por COVID-19 (20,4%) aproxima-se de estudos realizados na China em fevereiro (27,39%) e junho (20,87%) de 2020 (Huang, et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Pandilha e Silva (2020) referem que a pandemia esteve na origem de transformações no exercício profissional e na vida pessoal dos enfermeiros, tendo mesmo alguns deles de mudar de residência durante a pandemia, afastando-os da sua vida familiar, o que é corroborado no presente estudo, onde foram os enfermeiros casados ou em união facto que apresentaram maior probabilidade de desenvolver níveis mais elevados de *Stress*. As manifestações psicológicas mais evidenciadas na literatura em enfermeiros, durante a pandemia, foram os níveis mais elevados de *Stress*, exaustão e humor depressivo, fortes efeitos psicológicos e dificuldade de enfrentamento da situação, níveis elevados de ansiedade, medo e sofrimento psicológico (Fernandez et al., 2020; Zerbini et al., 2020; Aksoy & Koçak, 2020). Face aos dados evidenciados e corroborados pelos estudos apresentados, o facto de não ter de ser utilizado o mesmo IRD em todos eles, dificultou a realização de uma comparação entre estes últimos e a presente investigação, o mais imparcial e profícua possível assumindo-se, assim, como a principal limitação deste estudo de investigação.

No entanto, toda a incomensurabilidade pandémica provocada pela COVID-19, não deixou margem de manobra, uma vez que despoletou alterações profundas a variadíssimos níveis como, por exemplo, nos métodos e metodologias de trabalho dos enfermeiros, bem como na maneira de viver e de se relacionar quer a nível laboral, familiar ou em comunidade. Em todo o caso, de acordo com os resultados das variáveis em análise, todas estas alterações/mudanças provocadas pela pandemia por COVID-19 potenciaram o desenvolvimento do nível de perceção de *Stress* dos Enfermeiros de Urgência/Emergência.

5 - CONCLUSÕES DO ESTUDO

A investigação sobre as consequências psicológicas decorrentes da pandemia por COVID-19 nos enfermeiros demonstrou associações significativas entre os sustos pandémicos com os problemas de saúde mental, aumento do *Stress*, desejo de deixar o trabalho e problemas psicológicos como a ansiedade, depressão e hostilidade (Elhadi et al., 2020). Além disso, está

documentado na literatura científica que os enfermeiros de urgência/emergência experimentaram medo e nervosismo e *Stress* pós-traumático (Azoulay et al., 2020).

Os objetivos de investigação formulados encontraram pertinência na evidencia científica apresentada, de desenvolvimento de sintomatologia de stress em contexto de doente crítico em geral e do pandémico em particular. Em pertinência paralela, mas não de menor intensidade, estão as memórias de experiências, observações e constatações das problemáticas vividas por mim e por todos os profissionais de enfermagem, desde as primeiras horas, até ao pico da pandemia por COVID-19 em Portugal. Assim, e porque todos os elementos são agora importantes, serão apresentados os elementos dos respetivos resultados aos objetivos em estudo e a partir da sua análise e interpretação, já apresentadas. Numa amostra de 355 enfermeiros portugueses a exercerem funções em urgência/emergência, com uma idade média de $39,25 \pm 8,89$ anos, as evidências encontradas permitiram dar resposta à questão de investigação, tendo-se concluído:

- O nível de perceção de *Stress* dos elementos da amostra varia entre 2 e 48, com um nível médio de $28,36 \pm 4,21$;

- O nível de stress não foi percecionado de forma homogénea, pese embora as diferenças se apresentem estatisticamente significativas, o facto é que a localização geográfica, o serviço/unidade onde exercem funções e o título profissional se distribuem diferentemente. Por exemplo, estas últimas influenciaram o nível de perceção do *Stress* dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto de COVID-19, sendo maior o nível de *Stress* por parte dos enfermeiros especialistas que exercem funções em Lisboa e Vale do Tejo nos serviços/unidades – Serviço de Urgência Polivalente e Bloco Operatório. Concluiu-se também, a título adicional, um maior nível de *Stress* por parte dos enfermeiros que exercem no setor privado, com mais tempo de exercício profissional, seguidos dos que possuem entre 21-30 anos e, por último, os que detêm 11-20 anos de serviço. Quanto ao vínculo contratual, os enfermeiros com um CIT possuem maior nível de perceção de *Stress*, seguidos pelos que possuem CTFP-TRC e um contrato CCT, ainda que sem relevância estatisticamente significativa.

Em jeito de finalizar, resgatam-se as palavras de apelo e aconselhamento, de todos os investigadores, apresentados em constructo, e aqui de alguma forma corroborados! Tal como nos estudos apresentados, a variável *Stress* esteve, está e continuará presente na vida dos enfermeiros. Urge intervir.

Segundo todos os artigos apresentados, os efeitos psicológicos da situação pandémica nos enfermeiros devem ser urgentemente avaliados, compreendidos e controlados. A compreensão e avaliação dos seus efeitos são essenciais para a promoção e proteção do

bem-estar e resiliência emocional dos enfermeiros, uma vez que podem afetar diretamente a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Todavia, e apesar das evidências científicas crescentes acerca dos profissionais de saúde acometidos por níveis elevados de *Stress* que foram aumentando significativamente durante a pandemia, observou-se uma relativa escassez na literatura sobre a temática abordada em enfermeiros de urgência/emergência, o que resultou na principal limitação deste estudo. Portanto, sugere-se a replicação deste estudo para se perceber o modo como estes profissionais se adaptaram ao *Stress* laboral durante uma pandemia, sendo também interessante investigar-se a sua resposta cognitiva para elaboração de medidas de prevenção do desenvolvimento de níveis mais elevados de *Stress* e ajudar no seu enfrentamento. Acresce ainda a necessidade de criação em paralelismo com os outros departamentos de medicina do trabalho em cada unidade de saúde, de equipas de profissionais com competências na prevenção do *Stress*, mais significativamente na prevenção do Burnout e do absentismo laboral. Ao nível das organizações, os conselhos de administração/responsáveis/coordenadores clínicos deveriam criar condições e promover o investimento em unidades formativas que conduzissem ao empoderamento e capacitação dos profissionais de saúde, no enfrentamento de situações adversas que, diariamente e de forma continuada, são alvo na sua prática de cuidados e realidade envolvente.

Urge assim a necessidade, da criação de estratégias facilitadoras que possam contribuir para a redução do nível de *Stress* nos profissionais de saúde, quer a nível individual ou coletivo. Mediante a implementação e dinamização de cursos de desenvolvimento pessoal como, por exemplo: promoção e desenvolvimento de práticas de meditação, sessões de *Coaching*, sessões de Hipnose, técnicas de relaxamento e de controlo da respiração na presença de situações *Stressoras* ou adversas assim como, a realização de reuniões semanais/mensais entre todos os elementos da equipa de saúde, para determinar o que pode ser feito de forma diferente contribuir-se-á, com maior eficácia, para a mitigação dos riscos de exposição a níveis de *Stress* elevados potenciando, concomitantemente, o processo de tomada de decisão do Enfermeiro, tornando-o mais consciente, preciso, concreto, eficiente e em tempo útil, uma vez que, o profissional de saúde ao possuir um entendimento mais preciso da sua perceção pessoal e da realidade envolvente conseguirá mais facilmente “combater” este incrível flagelo que facilmente, como vimos, consegue apoderar-se do nosso quotidiano.

A gestão do *Stress* deve ser encarada, todos os dias, por todos nós, como um processo sério e uma forma de, simultaneamente, melhorarmos a nossa condição de saúde e prosperarmos a nossa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aksoy, Y. E., & Koçak, V. (2020). *Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. Archives of Psychiatric Nursing.* doi:10.1016/j.apnu.2020.07.011
- Albott, C.S., Wozniak, J.R., McGlinch, B., Wall, M.H., Gold, B.S., & Vinogradov, S. (2020). Battle buddies: rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the COVID-19 pandemic. *Anesth Analg.*; 131(1), 43–54.
- Ali, H., Cole, A., Ahmed, A., Hamasha, S., & Panos, G. (2020). Major Stressors and Coping Strategies of Frontline Nursing Staff During the Outbreak of Coronavirus Disease 2020 (COVID-19) in Alabama. *J Multidiscip Healthc.*; 13, 2057-2068. doi: 10.2147/JMDH.S285933.
- Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., . . . Vicente, A. (2020). *Saúde mental em tempos de pandemia - SM-COVID-19: relatório final.* Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Obtido em 30 de janeiro de 2021, de <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7245>
- American Nurses Association More than 32k Nurses Share Experiences from the Front Lines. Acedido em: <https://anamichigan.nursingnetwork.com/nursing-news/179188-more-than-32k-nurses-share-experience-from-the-front-lines> .
- Antunes, A. P. (2019). Stress , Bem-estar físico e mental e Resultados académicos dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior. (*Dissertação de Mestrado*). Universidade da Beira Interior. Obtido de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8756/1/6896_14698.pdf
- Arnetz, J. E., Goetz, C. M., Arnetz, B. B., & Arble, E. (2020). Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8126. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218126>
- Azoulay, E., De Waele, J., Ferrer, R., Staudinger, T., Borkowska, M., Povoas, P., et al. (2020). Symptoms of Burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann. Intensive Care* 10:110. doi: 10.1186/s13613-020-00722-3
- Bellanti, F., Lo Buglio, A., Capuano, E., Dobrakowski, M., Kasperczyk, A., Kasperczyk, S., Ventriglio, A., & Vendemiale, G. (2021). Factors Related to Nurses' Burnout during the

- First Wave of Coronavirus Disease-19 in a University Hospital in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5051. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105051>
- Botha, E., Gwin, T., & Purpora, C. (2015). The effectiveness of mindfulness based programs in reducing Stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(10), 21–29. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2380>
- Çınar, D., Kılıç Akça, N., Zorba Bahçeli, P., & Bağ, Y. (2021). Perceived Stress and affecting factors related to COVID-19 pandemic of emergency nurses in Turkey. *Journal of nursing management*, 29(7), 1916–1923. <https://doi.org/10.1111/jonm.13329>
- Clinton, J., Cohen, J., Lapinski, J., & Trussler, M. (2020). *Partisan pandemic: How partisanship and public health concerns affect individuals' social mobility during COVID-19*. *Science Advances*, 7(2), eabd7204. doi:10.1126/sciadv.abd7204
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived Stress in a probability sample of the United States. S. Spacapan & S. Oskamp (Editors). *The social psychology of health* (pp. 31-67). Newbury Park: Sage
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Costeira, C., Ventura, F., Pais, N., Santos-Costa, P., Dixe, M. A., Querido, A., & Laranjeira, C. (2022). Workplace Stress in Portuguese Oncology Nurses Delivering Palliative Care: A Pilot Study. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 12(3), 597–609. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030059>
- Dal’Bosco, E.B., Floriano, L.S.M., & Skupien, S.V. (2020). A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. *Rev Bras Enferm.*; 73(Suppl 2). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434> e20200434
- Dias, E. N., Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*; vol.11, no.2. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Direção-Geral da Saúde (2020). Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Norma 007/2020. Acedido em

- https://www.spci.pt/media/COVID-19/Norma_007_2020_DGS_Covid19.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2020). COVID-19: fase de mitigação - Saúde Mental. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112020-de-18042020-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. *Orientação 03/2020 - Prevenção e Controlo de Infeção por novo Coronavírus (2019-nCoV)*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0032020-de30012020-pdf.aspx>.
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L. *et al.* (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*; 18(5), 2.10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Dominguez-Rodriguez, A., Martínez-Arriaga, R. J., Herdoiza-Arroyo, P. E., Bautista-Valerio, E., de la Rosa-Gómez, A., Castellanos Vargas, R. O., Lacomba-Trejo, L., Mateu-Mollá, J., Lupercio Ramírez, M. J., Figueroa González, J. A., & Ramírez Martínez, F. R. (2022). E-Health Psychological Intervention for COVID-19 Healthcare Workers: Protocol for its Implementation and Evaluation. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12749. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912749>
- Elhadi, M., Msherghi, A., Elgzairi, M., Alhashimi, A., Bouhuwaish, A., Biala, M., et al. (2020). Psychological status of healthcare workers during the civil war and COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *J. Psychosom. Res.* 137:110221. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110221
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19 – second update. Acedido em <http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-social-distancing-measuresg-guide-second-update.pdf>
- Fernandez R, Lord H, Halcomb E, Moxham L, Middleton R, Alananzeh I, & Ellwood L. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *Int J Nurs Stud*;111:103637. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103637.
- Ferreira-Gomes, M., Kruglov, A., Durek, P., Heinrich, F., Tizian, C., Heinz, G.A., Pascual-Reguant, A., Du, W., Mothes, R., Fan, C., Frischbutter, S., Habenicht, K., Budzinski, L., Ninnemann, J., Jani, P., K., Guerra, G. M., Lehmann, K., Matz, M., Ostendorf, L.,

- Heiberger, L., ... (2021). SARS-CoV-2 in severe COVID-19 induces a TGF- β -dominated chronic immune response that does not target itself. *Nature Communications*, 12(1). doi:10.1038/s41467-021-22210-3
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franco, H., Veersart, A., & Chapman, K. (2022). Development of a Wellness Program for Nursing Students During the Pandemic. *Nursing education perspectives*, 43(5), 333–334. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000001016>
- Freire C, Ferradás MdM, Regueiro B, Rodríguez S, Valle A and Núñez JC (2020) Coping Strategies and Self-Efficacy in University Students: A Person-Centered Approach. *Front. Psychol.* 11:841. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00841
- Fronza, D. C., & Labrague, L. J. (2022). Turnover intention and coronaphobia among frontline nurses during the second surge of COVID-19: The mediating role of social support and coping skills. *Journal of nursing management*, 30(3), 612–621. <https://doi.org/10.1111/jonm.13542>
- Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies and associated factors in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Infect.*; 108, 120-134. doi: 10.1016/j.jhin.2020.11.008.
- Gustems-Carnicer, J., Calderón, C., and Calderón-Garrido, D. (2019). *Stress, coping strategies and academic achievement in teacher education students*. *Eur. J. Teach. Educ.* 42, 375–390. doi: 10.1080/02619768.2019.1576629
- Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H, Megawati D, Hayati Z, Wagner AL, Mudatsir M. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *J Infect Public Health.*;13(5):667-673. doi: 10.1016/j.jiph.2020.03.019
- He, F., Deng, Y., & Li, W. (2020). Coronavirus disease 2019: What we know?. *Journal of medical virology*, 92(7), 719-725.
- Ho, C., Chee, C., & Ho, R. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Annals Academy Medical of Singapore*, 49(3), 1-3. Acedido em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32200399/>
- Horta, R.L., Camargo, E.G., Barbosa, M.L.L., Lantin, P.J.S. et al. (2021). O eStress e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID19 em hospital geral. *J. bras. Psiquiatr.*; 70(1), 30-38. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000316>

- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H.-G., & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' Burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A largescale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
- Jackson D., Bradbury-Jones C., Baptiste D., Gelling L., Morin K., Neville S., Smith G.D. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *J. Clin. Nurs.* 2020;29:2041–2043. doi: 10.1111/jocn.15257.
- Joob, B., & Wiwanitkit, V. (2020). SARS-CoV-2 and HIV. *Journal of Medical Virology*. doi:10.1002/jmv.25782
- Khan, S., & Khan, R.A. (2017) Chronic Stress Leads to Anxiety and Depression. *Ann Psychiatry Ment Health* 5(1): 1091.
- 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), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z.-H., Zhao, Y.-J., Zhang, Q., ... Xiang, Y.-T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1732-1738. <http://doi.org/10.7150/ijbs.45120>
- Lima, E.S., & Cavalcante, R.S. (2021). Síndrome de Burnout no profissional enfermeiro durante a pandemia de COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba; Vol. 4, 4, 15023-15029. DOI:10.34119/bjhrv4n4-052.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y.-T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17–e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Maroufi, K., & Razavi, R. (2021). Nurses' mental health and COVID-19 pandemic: Is there any approach?. *Nurs Open*; 8:2004–2006. <https://doi.org/10.1002/nop2.930>
- Martinez-Lopez, J.A., Lazaro-Perez, C., & Gomez-Galan, J. (2021). Burnout among Direct-Care Workers in Nursing Homes during the COVID-19 Pandemic in Spain: A Preventive and Educational Focus for Sustainable Workplaces. *Sustainability*, 13, 2782.

- Miguel, I. P. (21 de Janeiro de 2021). "enfermeiros estão hoje numa situação de rastos, nem é de exaustão", alerta bastonária. *Jornal Económico*. Obtido de <https://jornaleconomico.pt/noticias/enfermeiros-estao-hoje-numa-situacao-de-rastos-nem-e-de-exaustao-alerta-bastonaria-691226>
- Moretti, F.A., & Hubner, M.M.C. (2017). O eStress e a máquina de moer alunos do ensino superior: vamos repensar nossa política educacional?. *Rev. psicopedag.* [online]; Vol.34, 105, 258-267. ISSN 0103-8486.
- Naeim, M., Rezaeisharif, A., & Bagvand, S. G. (2020). *Strategies to reduce the anxiety and depression of nurses in the special wards of COVID-19. Archives of Psychiatric Nursing, 34(6), 529–530.* doi:10.1016/j.apnu.2020.07.028
- Nazari, H., Jariani, M., Beiranvand, S., Saki, M., Aghajeri, N., & Ebrahimzadeh, F. (2016). The prevalence of job Stress and its relationship with Burnout syndrome among the academic members of Lorestan University of Medical Sciences. *J Caring Sci., 5, 75-84.*
- Nunes, T.M.M. (2019). *Determinantes de Burnout em enfermeiros do pré-hospitalar.* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5547>
- Oktovin, B. M., & Peni, M. R. (2021). Psychological Stress of Nurses During the COVID-19 Pandemic. *KnE Life Sciences, 6(1), 256-267.* <https://doi.org/10.18502/kls.v6i1.8613>
- Pacheco, A.C.C.L. (2013). *Ansiedade, depressão, Stress, estratégias de coping e suporte social em enfermeiros que trabalham por turnos e em horário fixo diurno.* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Acedido em <https://recil.ensinulusofona.pt/bitstream/10437/4996/1/ANACAROLINACOELHOLEITEPACHECO1.pdf>
- Padilha, S.C. dos, & Silva, R. P. (2020). Impacte da pandemia por COVID-19 nos enfermeiros de reabilitação portugueses. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 3(2), 102–107.* <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.15.5842>
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde.* Coimbra: Quarteto.

- Pais Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). Avaliação do *Stress*: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de *Stress*. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 2009, 10 (2), 237-248. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/262782842_A_avaliacao_do_Stress_a_proposito_de_um_estudo_de_adaptacao_da_escala_de_percepcao_de_Stress/link/53e737990cf25d674ea58806/download
- Park, J. H., Jung, S. E., Ha, D. J., Lee, B., Kim, M. S., Sim, K. L., Choi, Y. H., & Kwon, C. Y. (2022). The effectiveness of e-healthcare interventions for mental health of nurses: A PRISMA-compliant systematic review of randomized controlled trials. *Medicine*, 101(25), e29125. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029125>
- Pashib, M., Seyedmoharrami, I., Mohammadi, S., & Maryam, T. (2015). *Stress management group therapy on job satisfaction and general health in nurses. J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci.*, 3, 1-7.
- Pérez-Fuentes, M.C., Molero-Jurado, M.M., Gázquez-Linares, J.J., & Simón-Márquez, M.M. (2018). Analysis of Burnout predictors in nursing: Risk and protective psychological factors. *Eur. J. Psychol. Appl. Leg.*; 11:33–40. doi: 10.5093/ejpalc2018a13
- Perilli, E., Perazzini, M., Bontempo, D., Ranieri, F., Di Giacomo, D., Crosti, C., Marcotullio, S., & Cobianchi, S. (2022). Reduced Anxiety Associated to Adaptive and Mindful Coping Strategies in General Practitioners Compared With Hospital Nurses in Response to COVID-19 Pandemic Primary Care Reorganization. *Frontiers in psychology*, 13, 891470. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.891470>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2020). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS (6ª ed.)*. Lisboa. Edições Silabo.
- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C., & Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD013779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>
- Poon, Y. R., Lin, Y. P., Griffiths, P., Yong, K. K., Seah, B., & Liaw, S. Y. (2022). A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future directions. *Human resources for health*, 20(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00764-7>

- Portugal. (16 de julho de 2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Regulamento n.º 429/2018*. Diário da República Eletrónico. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Righi, L., Ramacciani Isemann, C., Rosati, M., Pallassini, M., & Pozza, A. (2022). Coping strategies at the frontline of care: Comparisons between COVID-19 and non-COVID-19 units' nurses and the role of moderator variables. *Nursing forum*, 57(4), 545–557. <https://doi.org/10.1111/nuf.12715>
- Robins-Browne, K., Lewis, M., Burchill, L. J., Gilbert, C., Johnson, C., O'Donnell, M., Kotevski, A., Poonian, J., & Palmer, V. J. (2022). Interventions to support the mental health and well-being of front-line healthcare workers in hospitals during pandemics: an evidence review and synthesis. *BMJ open*, 12(11), e061317. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061317>
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marci, A., Siracusano, A., & Rossi, A. (2020). Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Netw. Open*; 3:e2020185. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
- Sabo B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work?. *International journal of nursing practice*, 12(3), 136–142. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x>
- Santos, K.M.R., Galvão, M.H.R., Gomes, S.M., Souza, T.A., Medeiros, A.A., & Barbosa, I.R. (2021). Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19. *Esc. Anna. Nery* 25 (spe), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>
- Sinclair, H. A., & Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 11(4), 348–356. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.02.007>
- Skinner, E. A., Pitzer, J. R., and Steele, J. S. (2016). Can student engagement serve as a motivational resource for academic coping, persistence, and learning during late elementary and early middle school? *Dev. Psychol.* 52, 2099–2117. doi: 10.1037/dev0000232

- Sommerstein, R., Fux, C. A., Vuichard-Gysin, D., Abbas, M., Marschall, J., ... Widmer, A. (2020). *Risk of SARS-CoV-2 transmission by aerosols, the rational use of masks, and protection of healthcare workers from COVID-19. Antimicrobial Resistance & Infection Control, 9(1)*. doi:10.1186/s13756-020-00763-0
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A review. *Asian Journal of Psychiatry, 51*, 102119. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Stovall M, Hansen L, van Ryn M. A critical review: moral injury in nurses in the aftermath of a patient safety incident. *J Nurs Scholarsh. 2020;52(3):320–328*. doi:10.1111/jnu.12551
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jio, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., & You, Y. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am. J. Infect. 2020;48:592–598*. doi: 10.1016/j.ajic.2020.03.018.
- Teixeira AL, Krause TM, Ghosh L, Shahani L, Machado-Vieira R, Lane SD, Boerwinkle E, & Soares JC. (2021). Analysis of COVID-19 Infection and Mortality Among Patients With Psychiatric Disorders, 2020. *JAMA Netw Open; 4(11):e2134969*. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.34969.
- Temsah, M. H., Al-Sohime, F., Alamro, N., Al-Eyadhy, A., Al-Hasan, K., Jamal, A., Al-Maglouth, I., Aljamaan, F., Al Amri, M., Barry, M., Al-Subaie, S., & Somily, A. M. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers in a MERS-CoV endemic country. *Journal of infection and public health, 13(6)*, 877–882. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.05.021>
- Theme Filha, M.M., Costa, M.A.S., & Guilam, M.C.R. (2013). Estresse e ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem; 21(2)*, 2-9. www.eerp.usp.br/rlae
- Tran, A. W. Y., & Lumley, M. N. (2019). Internalized stigma and student wellbeing: the role of adaptive and maladaptive coping. *Soc. Work Ment. Health 17*, 408–425. doi: 10.1080/15332985.2018.1563023
- Tuckman, B. W. (2002). *Manual de Investigação em Educação: Metodologia para conceber e realizar o processo de Investigação Científica* (4a ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz Serra, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*; 9(3), 241–247.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet Psychiatric*, 395, 470-473. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9).
- Weilenmann, S., Ernst, J., Petry, H., Pfaltz, M.C., Szapinar, O., Gehrke, S., Francesca, P., Känel, R., & Spiller, T.R. (2020). Health care Worker's mental health during the first weeks of the Sars-CoV-2 pandemic in Switzerland: a cross-sectional study. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/pdf/ijerph-17-01729.pdf>.
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- World Health Organisation (WHO). *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 2020*. Consultado a 13 de outubro de 2020 em <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
- World Health Organization (WHO). *Coronavirus disease 2019. Country & Technical Guidance - Coronavirus disease (COVID-19)*.
- Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M., & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger Med Sci.*; 18:Doc05. doi: 10.3205/000281.
- Zhang, Y., & Ma, Z.F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*; 17(7):2381. doi: 10.3390/ijerph17072381.

ANEXOS

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE “ESCALA DE PERCEÇÃO DE STRESS” NA VERSÃO ADAPTADA (PAIS RIBEIRO & MARQUES, 2009), PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

SOLICITAÇÃO

Ex.mo Senhor Professor Doutor
José Luis Pais Ribeiro

Nuno Duarte Pinto, estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança, a trabalhar no INEM, Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) Moimenta da Beira, e, a desenvolver o trabalho de investigação: *"Perfis de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19"* – em Anexo - com o Objetivo Geral: *"Identificar os perfis de stress dos Enfermeiros a cuidar doentes críticos, em contexto laboral COVID-19, em Unidades de Urgência/ Emergência"*, sob orientação da Professora Doutora Maria Augusta Romão de Veiga Branco, Professora Coordenadora do IPB, vem junto de V. Ex.^a, solicitar autorização para aplicar a "Escala de Percepção de Stress" na versão adaptada (Pais Ribeiro, & Marques, 2009), cf http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000200008&lng=pt&tlng=pt.

Mais informo, que a Escala, não sofrerá quaisquer alterações estruturais, gramaticais ou semânticas, a não ser, e exclusivamente, a introdução de questões, de resposta abertas – que na apresentação textual do IRD, terão o estatuto de perguntas não obrigatórias - se os respondentes, entenderem esclarecer ou explicar o sentido cronológico da respetiva resposta.

Em Anexo:

- Projeto de Investigação - *"Perfis de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19"*

Agradecendo desde já a atenção dispensada, permite-me esperar a sua resposta.
Atenciosamente,

IPB, Bragança, 25 outubro 2020

Nuno Duarte Pinto

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE “ESCALA DE PERCEÇÃO DE STRESS ”
NA VERSÃO ADAPTADA (PAIS RIBEIRO & MARQUES, 2009), PARA A POPULAÇÃO
PORTUGUESA

04/12/2020

Gmail - Pedido de Autorização para Utilização da Escala de Percepção de Stress - Enf. Nuno Pinto & Professora Doutora Maria A...



Nuno Duarte Pinto <nunoduartepinto@gmail.com>

Pedido de Autorização para Utilização da Escala de Percepção de Stress - Enf. Nuno Pinto & Professora Doutora Maria Augusta Veiga-Branco

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

25 de outubro de 2020 às 17:08

Para: Nuno Duarte Pinto <nunoduartepinto@gmail.com>

Caro Nuno

Autorizo o uso da versão da "ESCALA DE PERCEPÇÃO DE STRESS" que desenvolvemos para uso com a população portuguesa.

Quanto ao uso das questões que acrescenta, pode sempre fazê-lo mas não entra para a cotação do questionário.

Terá que desenvolver um procedimento para considerar essas questões adicionais.

Cordialmente

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Publons- <https://publons.com/researcher/1853344/jose-luis-pais-ribeiro/>

De: Nuno Duarte Pinto [nunoduartepinto@gmail.com]

Enviado: domingo, 25 de Outubro de 2020 10:20

Para: José Luis Pais Ribeiro; Augusta Branco

Assunto: Pedido de Autorização para Utilização da Escala de Percepção de Stress - Enf. Nuno Pinto & Professora Doutora Maria Augusta Veiga-Branco

[Citação ocultada]

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara, que o Projeto de Investigação: "Perfil de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19", com o objetivo geral de identificar o perfil de stress dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19, e respetivo Instrumento de Recolha de Dados, se encontram de acordo com a respetiva Orientação Científica, sob responsabilidade da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, da ESSA, IPB.

Por ser verdade e ter sido pedido pelo mestrando Nuno Duarte Pinto (N.º41344), estudante do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, mais se declara que os documentos referidos, se aprovam com o propósito de solicitar à Ordem dos Enfermeiros a necessária colaboração para aplicação do Instrumento de Recolha de Dados relativo ao Projeto de Investigação / Estudo a desenvolver.

Bragança, 02 de dezembro de 2020

P^a Orientação Científica



Maria Augusta Romão da Veiga Branco
Professora Coordenadora
auba@ipb.pt

ANEXO IV – PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPB



Nuno Duarte Pinto <nunoduartepinto@gmail.com>

Pedido de parecer à Comissão de Ética do IPB sobre o Projeto de Investigação / Estudo "Perfil de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19"- Instrumento de Recolha de Dados

nunoduartepinto@gmail.com <nunoduartepinto@gmail.com>

4 de dezembro de 2020 às 15:51

Para: ipb@ipb.pt

Cc: eubne@ipb.pt

Ex.mo Senhor Presidente do Instituto Politécnico de Bragança

Orlando Isidoro Afonso Rodrigues

Eu, Nuno Duarte Pinto, estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança, a trabalhar no INEM, Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) Molimanta da Beira, e, a desenvolver o trabalho de investigação: "Perfil de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19" – em Anexo - com o Objetivo Geral: "Identificar os perfis de stress dos Enfermeiros e cuidar doentes críticos, em contexto laboral COVID-19, em Unidades de Urgência/Emergência", sob orientação da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, Professora Coordenadora do IPB, venho junto de V. Ex.ª, solicitar parecer à Comissão de Ética do IPB para aplicar o Instrumento de Recolha de Dados – em Anexo.





Aguardo deferimento com a maior brevidade possível para poder aplicar o IRD dentro do prazo definido para a realizar o trabalho de investigação acima referido.

Com os melhores cumprimentos.

Nuno Pinto

Telm. 965337633

4 anexos

-  PROJETO Nuno Pinto stress COVID19.pdf
435K
-  IRD stress _ covid_ enfermeiros.pdf
213K
-  Declaração de Nuno Pinto p IRD e Comissão de ética.pdf
132K
-  Declaração de Nuno Pinto - Permissão para aplicação de IRD.pdf
138K

ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPB

Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança

PARECER N. 28 /2020

Sobre o processo: Título do assunto: Estudo sobre "Perfil de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto de Covid-19". Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Número: ---- (recebido por email)

A - Questões com eventuais implicações éticas.

B - Conclusões

1 Face ao exposto a Comissão de Ética do IPB decide emitir Parecer:

- Deferido
- Indeferido
- Condicional

Aprovado em reunião do dia 11/12/2020 , por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética do IPB

Assinado por: **Teresa Inês Gomes Correia**
Num. de identificação: 8105920982
Data: 2020.12.15 09:18:26 Hora padrão de GMT



ANEXO VI – PEDIDO DE DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO TEMA DO TRABALHO E
ORIENTADOR PELO ÓRGÃO COMPETENTE

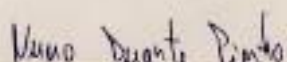
Ex.ma Senhora Presidente da Escola Superior de Saúde de Bragança
Professora Doutora Adília Maria Pires Silva

Assunto: Pedido de Declaração

Eu, Nuno Duarte Pinto, estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança, N.º a41344, a desenvolver o trabalho de investigação: ***"Perfis de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19"***, com o Objetivo Geral: ***"Identificar os perfis de stress dos Enfermeiros a cuidar doentes críticos, em contexto laboral COVID-19, em Unidades de Urgência/ Emergência"***, sob orientação da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, Professora Coordenadora do IPB, venho junto de V. Ex.ª, solicitar declaração dessa instituição de ensino onde conste que o Projeto de Investigação e respetivo orientador foram aprovados pelo órgão competente.

Atenciosamente,

IPB, Bragança, 08 janeiro 2021



(Nuno Duarte Pinto)

ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO TEMA DO TRABALHO E ORIENTADOR
PELO ÓRGÃO COMPETENTE

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o **Nuno Duarte Pinto**, com o número 41344 aluno do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica no âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Projeto, encontra-se a desenvolver o trabalho de investigação "*Perfis de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19*", sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Por ser verdade e ter sido pedida se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o carimbo em uso nesta Instituição

Escola Superior de Saúde de Bragança, 11 de janeiro de 2021.

A diretora



(Professora Doutora Adília Fernandes)

ANEXO VIII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DO ESTUDO À ORDEM DOS
ENFERMEIROS - PORTUGAL

**Exma. Sr.ª Digníssima Bastonária da Ordem dos
Enfermeiros, Enf.ª Ana Rita Cavaco**

Pedido de Autorização de Divulgação do Estudo à Ordem dos Enfermeiros - Portugal

Nuno Duarte Pinto, membro da OE nº 84555, Enfermeiro de Cuidados Gerais, a exercer funções na Ambulância de Suporte Imediato de Vida – INEM, que se localiza no Serviço de Urgência Básico de Moimenta da Beira, Portugal.

Atualmente, encontro-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médica Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Bragança e o estudo que pretendo desenvolver tem como tema "Perfil de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19" e possui como objetivo principal: "Identificar o perfil de stress dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19".

O estudo está sob a orientação da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco (aubra@ipb.pt).

O estudo será de carácter quantitativo, sob a forma de questionário, e pretende-se que o mesmo seja respondido pelo maior número de enfermeiros, a exercer em Portugal. Neste sentido, optou-se por tentar chegar ao maior número de enfermeiros, a nível Nacional, através de órgãos reguladores da profissão, pelo que gostaríamos de recorrer à Ordem dos Enfermeiros à qual V.ª Ex.ª preside.

Assim, a colaboração que se pretende de V.ª Ex.ª, é a divulgação de um link, divulgado na página Web da OE e através do envio de um e-mail para a vossa Mail List atualizada, ou seja, para todos os enfermeiros que tenham à data, e-mail atualizado na vossa base de dados, por forma a responderem a um questionário que será objeto do meu estudo.

Estará salvaguardada a proteção de dados e o anonimato dos enfermeiros, não terei acesso ao endereço de e-mail, só terei acesso às suas respostas, pois serão imediatamente enviadas, para uma plataforma onde é atribuída um número de forma automática, não podendo de qualquer forma saber a identidade dos enfermeiros que responderam ao questionário.

O link que deverá ser divulgado é <https://forms.gle/qYdnN7MTv98YnimP7> e peço que o mesmo estivesse disponível para acesso, na página Web durante o maior tempo possível. Pretende-se com este período alargado, o máximo de participantes no estudo.

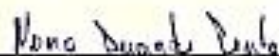
Em anexo, envio Projeto de Investigação previamente aprovado pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Bragança, com Informação Favorável por parte do orientador do estudo após Defesa do Plano de Investigação e Declaração de compromisso com a OE.

Certa da melhor atenção da sua parte, fico ao incondicional dispor, para qualquer esclarecimento adicional,

Com os melhores cumprimentos,

Nuno Duarte Pinto

Bragança, 15 de dezembro de 2020



Nuno Duarte Pinto

E-mail: nunoduarteapinto@gmail.com

Tm +351 965237633

Rua do Canadá, N.º 28, Oliveira de Balsemão, Viseu, Portugal

ANEXO IX – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO COM A ORDEM DOS ENFERMEIROS

DECLARAÇÃO

Serve a presente declaração, para atestar que eu, Nuno Duarte Pinto, Enfermeiro, membro da OE n.º 84555, enquanto investigador principal do estudo "Perfil de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19", realizado no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, Portugal, comprometo-me a:

- a) não introduzir qualquer alteração ao projeto apresentado para apreciação;
- b) respeitar todos os pressupostos éticos e científicos inerentes à investigação;
- c) disponibilizar os resultados obtidos no estudo à Ordem dos Enfermeiros;
- d) publicar posteriormente os resultados obtidos no estudo;
- e) referenciar oportunamente, no meu estudo ou em qualquer outra publicação, a colaboração por parte da Ordem dos Enfermeiros na realização deste trabalho.

Bragança, 15 de dezembro de 2020



Nuno Duarte Pinto

E-mail: nunoduartepinto@gmail.com

Tlm +351 965337633

Rua do Canedo, N.º 28, Oliveira de Bateiros, Viseu, Portugal

ANEXO X – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

(Não preencher estes quadrados)

Nº Instrumento de Recolha de Dados

--	--	--	--	--

Ex.^{ma} Senhora Enfermeira/ Ex.^{mo} Senhor Enfermeiro

Cara/o Colega,

O meu nome é Nuno Duarte Pinto, sou Enfermeiro e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde. Nesse âmbito, pretendo desenvolver o estudo "Perfil de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19".

Este estudo tem como objetivo geral: identificar o perfil de stress dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19.

Neste sentido, sintá-se convidado a participar neste estudo, preenchendo os questionários e escala anexos. O seu contributo, ainda que voluntário, é imprescindível para a continuidade deste estudo.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Nuno Duarte Pinto

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois será consagrada a obrigação e dever do sigilo profissional. Os dados serão tratados através do global da amostra apenas para efeitos estatísticos e discussão científica suportada em evidências. Pode desistir a qualquer momento da sua participação no estudo.

Declaro ter lido e compreendido esta informação. Tomei conhecimento dos objetivos, procedimentos, modo de participação, anonimato e confidencialidade dos dados.

Fui informado(a) que tenho o direito de desistir a qualquer momento da minha participação no estudo.

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário e permitindo a utilização dos dados que voluntariamente faculto.

SIM

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Parte I

Questionário de dados sociodemográficos e Socioprofissionais

1 - Idade _____ (anos)

2 - Sexo

- Masculino
- Feminino

3 - Estado Civil

- Solteiro União de facto
- Casado Viúvo
- Divorciado

4 - Habilitações Académicas

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento

5 – Tipo de gestão da organização onde trabalha

- Pública
- Privada
- Parceria Público-Privada

6 – Localização geográfica da organização onde trabalha

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Madeira
- Açores

7 – Tempo de Exercício Profissional _____ (anos completos)

8 – Vínculo Contratual

- Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Termo Indeterminado
- Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Resolutivo Certo
- Contrato Individual de Trabalho
- Contrato Coletivo de Trabalho
- Outro

Se respondeu Outro, refira especificamente qual o seu vínculo contratual.

9 – Horário de trabalho

- Fixo
- Roulement/ Rotativo

10 – Regime de trabalho

- Tempo Completo
- Tempo Parcial

11 – Horas de trabalho por semana _____

12 – Serviço/ Unidade onde exerce funções

- Serviço de Urgência Básico (SUB)
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)
- Serviço de Urgência Polivalente (SUP)
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)
- Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)
- Bloco Operatório
- Outro Serviço

Se respondeu Outro Serviço, refira especificamente qual o serviço/unidade.

13 – Título profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

Parte II

Escala de Percepção de Stress (EPS), adaptada para a população por portuguesa por Pais Ribeiro & Marques (2009)

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada uma pedimos para indicar com que frequência você se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso assinale a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável. As alternativas que pode escolher são: "Nunca"; "Quase Nunca", "Algumas vezes"; "Com muita frequência"; e "Muitas Vezes".

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Com muita frequência	Muitas vezes
1. No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?	A	B	C	D	E
2. No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?	A	B	C	D	E
2.1. Refira duas dessas "coisas"	1. _____ 2. _____				
3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou "stressedo"?	A	B	C	D	E
3.1. Descreva duas experiências de stress	1. _____ 2. _____				
4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?	A	B	C	D	E
4.1. Apresente duas estratégias de enfrentamento	1. _____ 2. _____				

5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?	A	B	C	D	E
5.1. Refira duas dessas "mudanças"	1. _____ 2. _____				
6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	A	B	C	D	E
6.1.) Refira dois exemplos	1. _____ 2. _____				
7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	A	B	C	D	E
8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?	A	B	C	D	E
9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?	A	B	C	D	E
10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?	A	B	C	D	E
11. No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?	A	B	C	D	E
12. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo	A	B	C	D	E
13. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?	A	B	C	D	E

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO XI – PUBLICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO NO SITE DA ORDEM DOS ENFERMEIROS



Nuno Duarte Pinto <nunoduartepinto@gmail.com>

SAI-OE/2020/11253 - Pedido de Parecer para Participação dos Enfermeiros da Ordem dos Enfermeiros num Estudo Científico - Enfermeiro Nuno Duarte Pinto (N.º OE 84555)

Gabinete de Investigação e Desenvolvimento <gid@ordemenfermeiros.pt>
Para: "nunoduartepinto@gmail.com" <nunoduartepinto@gmail.com>
Cc: Gabinete de Investigação e Desenvolvimento <gid@ordemenfermeiros.pt>

1 de fevereiro de 2021 às 13:30

Boa tarde Sr. Enfermeiro Nuno Pinto.

Cumpre-nos em nome do Sr. Enf. Luís Filipe Barreira, Vice-presidente da Ordem dos Enfermeiros (OE) e responsável pela área da formação, informar que a notícia relativa ao seu projecto de investigação já está publicada no site da Ordem dos Enfermeiros.

Poderá ter acesso à mesma através do link <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/estudo-sobre-o-perfil-de-stress-dos-enfermeiros-de-urg%C3%A2nciaemerg%C3%A2ncia-em-contexto-covid-19/>

Encontramo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento.

[Citação ocultada]

ANEXO XII – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS GOOGLE FORMS

Perfil de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19

Ex.ma Senhora Enfermeira/ Ex.mo Senhor Enfermeiro
Cara/o Colega,

O meu nome é Nuno Duarte Pinto, sou Enfermeiro e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde.

Nesse âmbito, pretendo desenvolver o estudo "Perfil de Stress dos Enfermeiros de Urgência/Emergência em Contexto Covid-19". Este estudo tem como objetivo geral identificar o perfil de stress dos enfermeiros de urgência/emergência em contexto COVID-19.

O estudo está sob a orientação Científica da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco (maubra@ipb.pt), Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança.

Neste sentido, sinto-se convidado a participar neste estudo, preenchendo os questionários e escala anexos. O seu contributo, ainda que voluntário, é imprescindível para a continuidade deste estudo.

Qualquer esclarecimento adicional por favor contacte: nunoduartepinto@gmail.com

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Nuno Duarte Pinto

*Obrigatório

Declaração de
Consentimento
Informado ao
Participante

Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois será consagrada a obrigação e dever do sigilo profissional. Os dados serão tratados através do global da amostra apenas para efeitos estatísticos e discussão científica suportada em evidências. Pode desistir a qualquer momento da sua participação no estudo.

Declaro ter lido e compreendido esta informação. Tomei conhecimento dos objetivos, procedimentos, modo de participação, anonimato e confidencialidade dos dados.

Fui informado(a) que tenho o direito de desistir a qualquer momento da minha participação no estudo.

1. Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário e permitindo a utilização dos dados que voluntariamente faculto. *

Marcar apenas uma oval.

SIM

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

PARTE 1 - Questionário Ad hoc de Dados Sociodemográficos, Académicos e Profissionais

2. Idade (anos) *

3. Sexo *

Marcar tudo o que for aplicável.

Masculino

Feminino

4. Estado Civil *

Marcar tudo o que for aplicável.

Solteiro

Casado

Divorciado

União de facto

Viúvo

5. *Habilitações Académicas* *

Selecione todas as habilitações académicas que detém.

Marcar tudo o que for aplicável.

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento

6. *Tipo de gestão da organização onde trabalha* *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Pública
- Privada
- Parceria Público-Privada

7. *Localização geográfica da organização onde trabalha* *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Madeira
- Açores

8. *Tempo de Exercício Profissional (anos completos)* *

9. Vínculo Contratual *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado
- Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Resolutivo Certo
- Contrato Individual de Trabalho
- Contrato Coletivo de Trabalho
- Outro

10. Se respondeu Outro, refira especificamente qual o seu vínculo contratual.

11. Horário de Trabalho *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Fixo
- Roulement/Rotativo

12. Regime de Trabalho *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Tempo Completo
- Tempo Parcial

13. Horas de trabalho por semana *

14. Serviço/Unidade onde exerce funções *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Serviço de Urgência Básico (SUB)
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC)
- Serviço de Urgência Polivalente (SUP)
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)
- Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC)
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)
- Bloco Operatório
- Outro

15. Se respondeu Outro, refira especificamente qual o serviço/unidade.

16. Título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

Parte II -
Escala de
Perceção
de Stress
(EPS),
adaptada
para a
população
portuguesa
por Pais
Ribeiro &
Marques
(2009)

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada uma pedimos para indicar com que frequência você se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso assinale a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável. As alternativas que pode escolher são: "Nunca", "Quase Nunca", "Algumas vezes", "Com muita frequência", e "Muitas vezes".

Escala de Perceção de Stress (EPS), adaptada para a população por portuguesa por Pais Ribeiro & Marques (2009)

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Com muita frequência	Muitas vezes

17. 1. No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
 B - Quase nunca
 C - Algumas vezes
 D - Com muita frequência
 E - Muitas vezes

18. 2. No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
 B - Quase nunca
 C - Algumas vezes
 D - Com muita frequência
 E - Muitas vezes

19. 2.1. Refira duas dessas "coisas".

20. 3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou "stressado"? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
- B - Quase nunca
- C - Algumas vezes
- D - Com muita frequência
- E - Muitas vezes

21. 3.1. Descreva duas experiências de stress.

22. 4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
- B - Quase nunca
- C - Algumas vezes
- D - Com muita frequência
- E - Muitas vezes

23. 4.1. Apresente duas estratégias de enfrentamento.

24. 5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
- B - Quase nunca
- C - Algumas vezes
- D - Com muita frequência
- E - Muitas vezes

25. 5.1. Refira duas dessas "mudanças".

26. 6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
- B - Quase nunca
- C - Algumas vezes
- D - Com muita frequência
- E - Muitas vezes

27. 6.1. Refira dois exemplos.

28. 7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria? ⁺

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
 B - Quase nunca
 C - Algumas vezes
 D - Com muita frequência
 E - Muitas vezes

29. 8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer? ⁺

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
 B - Quase nunca
 C - Algumas vezes
 D - Com muita frequência
 E - Muitas vezes

30. 9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações? ⁺

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
 B - Quase nunca
 C - Algumas vezes
 D - Com muita frequência
 E - Muitas vezes

31. 10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor? ⁺

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
 B - Quase nunca
 C - Algumas vezes
 D - Com muita frequência
 E - Muitas vezes

32. 11. No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
 B - Quase nunca
 C - Algumas vezes
 D - Com muita frequência
 E - Muitas vezes

33. 12. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
 B - Quase nunca
 C - Algumas vezes
 D - Com muita frequência
 E - Muitas vezes

34. 13. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- A - Nunca
 B - Quase nunca
 C - Algumas vezes
 D - Com muita frequência
 E - Muitas vezes

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXO XIII – SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO: REVISTA MILLENIUM



Declaração

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Nuno Duarte Pinto** é autor do artigo "*PERFIL DE STRESS DOS ENFERMEIROS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM CONTEXTO COVID-19: DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS.*", sendo que o mesmo artigo foi submetido à *Revista Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, encontrando-se em avaliação cega pelos Revisores.

Mais se declara serem co-autores do presente artigo – **Vítor Hugo Nunes Valente** e **Maria Augusta Veiga -Branco**.

Por ser verdade e para que conste se passa a presente declaração que vai ser assinada e autenticada com o carimbo da Millenium.

Viseu, 3 de outubro de 2022

Editor Chefe
millenium
D. Helena Cunha Nunes

ANEXO XIV – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Nuno Duarte Pinto

**Relatório de Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-
Cirúrgica**

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Supervisor – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria – Professora Adjunta

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

março de 2020

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Nuno Duarte Pinto

**Relatório de Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança**

Supervisor - Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria - Professora Adjunta

Afiliação - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Orientador – Mestre Hugo Teixeira

Categoria - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Afiliação - Serviço de Urgência Polivalente do CHTMAD – Vila Real

Orientador – Mestre Ana Gomes e Mestre Paula Machado

Categoria - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Afiliação - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do CHTV – Viseu

Orientador – Mestre Carla Manuel e Mestre Daniela Ferreira

Categoria - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Afiliação – Bloco Operatório do CHTV - Viseu

março de 2020

Os problemas significativos que enfrentamos não podem ser resolvidos no mesmo nível de pensamento em que estávamos quando os criámos.

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

No finalizar deste trabalho, quero expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização. Citar nomes seria algo difícil de ser feito sem cometer a injustiça da omissão, pois foram muitas as pessoas que colaboraram comigo.

À minha família no geral pelo incentivo, motivação e pela convicção de que era capaz.

Em especial à minha esposa pela compreensão, carinho, motivação, coragem e colaboração prestada ao longo do desenvolver do projeto; aos meus filhos pela privação de atenção e carinho merecidos.

Às instituições de saúde que me permitiram a realização dos estágios. Aos enfermeiros tutores, assim como restante equipa multidisciplinar, por todas as oportunidades de aprendizagem que proporcionaram, permitindo-me o desenvolvimento das competências agora adquiridas.

A todos o meu muito e sincero OBRIGADO

RESUMO

O presente relatório tem como finalidade demonstrar a aquisição de competências ao nível da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, confrontando a prática das ações desempenhadas com o conhecimento já adquirido.

Descrevo o trabalho desenvolvido e as reflexões referentes aos estágios que decorreram no Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Bloco Operatório.

O estágio no Serviço de Urgência facultou-me aprendizagens no processo de triagem de Manchester, no papel do enfermeiro na assistência na Sala de Emergência, permitindo desenvolver competências no contexto da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, interagindo de forma holística com a pessoa/família em situação crítica.

No estágio realizado no Bloco Operatório desenvolvi competências relativas à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, tendo sido um campo de estágio de grande importância para o meu processo de aprendizagem como futuro enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Nos turnos realizados na Viatura Médica de Emergência e Reanimação, desenvolvi habilidades ao nível do papel desempenhado pelo enfermeiro na Equipa Médica de Intervenção Rápida, aprofundando conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de doença súbita ou de trauma.

Palavras-chave: Enfermeiro, especialista, doente crítico, cuidados de enfermagem; intra e extra-hospitalar.

ABSTRACT

The purpose of this report is to demonstrate the acquisition of skills at the level of Specialization in Medical-Surgical Nursing, comparing the practice of the actions performed with the knowledge already acquired.

I describe the work developed and the reflections related to the internships that took place in the Emergency Department, Multipurpose Intensive Care Unit and Operating Room.

The internship in the Emergency Department provided me with lessons in the Manchester screening process, in the role of the nurse in the assistance in the Emergency Room, allowing to develop skills in the context of the In-Hospital Medical Emergency Team, interacting holistically with the person / critical family.

In the internship performed in the Operating Room, I developed skills related to the quality of nursing care provided, having been an internship field of great importance for my learning process as a future specialist nurse in nursing for people in critical situations.

In the shifts carried out in the Emergency Medical Car and Resuscitation, I developed skills in terms of the role played by the nurse in the Medical Team for Rapid Intervention, deepening knowledge about nursing care for the person suffering from sudden illness or trauma.

Keywords: Nurse, specialist, critical patient, nursing care; intra and prehospital.

ABREVIATURAS E/OU SIGLA

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BO - Bloco Operatório

CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

CODU - Centro de Orientação de Utentes Urgentes

CVC – Cateter Venoso Central

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP - Edema Agudo do Pulmão

EEMIH - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LA – Linha Arterial

O₂ - Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAM – Pressão Arterial Média

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

PV - Prótese Ventilatória

PVC - Pressão Venosa Central

SAV - Suporte Avançado de Vida

SU - Serviço de Urgência

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	136
RESUMO.....	137
ABSTRACT.....	138
ABREVIATURAS E/OU SIGLA.....	139
Índice.....	140
INTRODUÇÃO.....	8
I. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	10
I.1. Estágio no Serviço de Urgências.....	10
I.2. Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	11
I.3. Estágio no Bloco Operatório.....	12
II. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS..	14
II.1. Estágio no Serviço de Urgências.....	14
II.2. Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	17
II.3. Estágio no Bloco Operatório.....	21
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
ANEXOS.....	30
Anexo I - Procedimento Cateteres Totalmente Implantados – Administração Terapêutica.....	31
Anexo II - Procedimento Cateteres Totalmente Implantados – Heparinização e Deseparinização.....	38
Anexo III – Formação em Serviço – Cuidados Pré-operatórios: Prática Baseada na Evidência.....	45
Anexo IV - Procedimento Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico.....	57

INTRODUÇÃO

A excelência do exercício profissional em Enfermagem impõe aos enfermeiros uma procura constante do desenvolvimento de habilidades científicas, técnicas, ético-deontológicas e relacionais para uma assistência às populações de elevada qualidade, o que exige uma atualização e desenvolvimento de competências que se pretende que sejam especializadas.

Neste sentido, o presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, no referente ano letivo 2019/2020. O curso propõe-se dotar os profissionais de enfermagem de competências comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para os Enfermeiros Especialistas e de competências específicas para os Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação.

O primeiro estágio decorreu no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD), tendo início no dia 16 de setembro de 2019 e terminado a 31 de outubro de 2019. Ressalva-se que também se realizaram dois turnos de doze horas na VMER, tendo dado resposta a 9 ocorrências. O segundo estágio teve lugar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, com data de início a 4 de novembro de 2019 e *terminus* a 30 de dezembro. O terceiro estágio decorreu no Bloco Operatório do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, tendo iniciado a 6 de janeiro de 2020 e terminado em 21 de fevereiro de 2020, sendo este o Estágio de Opção, cuja seleção se deve ao facto de considerar que este seria aquele que mais interesse tinha para a minha atividade profissional indo ao encontro dos conhecimentos aprofundados na Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. De salientar que trabalhando na área de urgência e emergência, considereei que o mesmo seria uma mais-valia para a minha vida profissional.

Deste modo, o presente Relatório corresponde à descrição das aprendizagens desenvolvidas ao longo dos estágios para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem em Médico-Cirúrgica na vertente da assistência ao doente em situação crítica.

No contexto atual, face às alterações e mudanças sociais, tecnológicas e científicas que se têm vindo a verificar na sociedade e na área da saúde, impera a complexidade e a imprevisibilidade nos cuidados de enfermagem, exigindo dos enfermeiros para além de uma sólida formação de base e uma aprendizagem contínua a capacidade de agirem com competência perante as situações que surgem nos diferentes contextos da prática.

Na perspetiva de Le Boterf (2005), as competências têm subentendidas várias dimensões; a pessoa com conhecimentos, capacidades, comportamentos e a sua experiência de vida;

dependem de um projeto de ação, onde se mobilizam recursos/potencialidades; sistemas de referência e experiência profissional; o contexto onde se mobilizam a performance, o desenvolvimento e/ou transformação do conhecimento.

O modelo de aquisição de competências de Dreyfus aplicado à enfermagem (Benner, 2005) classifica o desenvolvimento de competências em enfermagem como sendo um processo multidimensional que requer, da parte do enfermeiro, a valorização e a atribuição de significado à experiência profissional. Neste sentido as competências clínicas especializadas necessárias à prática na área da enfermagem médico-cirúrgica integram o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crônica e paliativa.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018). A abordagem da enfermagem ao doente em situação crítica requer um nível de conhecimentos e competências específicas que o enfermeiro especialista nesta área deve possuir. Através da prestação de cuidados qualificados, o enfermeiro contribui para a manutenção das funções básicas de vida, previne complicações e limita incapacidades, visando a recuperação total do doente, cuja abordagem requer uma equipa multidisciplinar que atue com conhecimento e competência (Silva & Lage, 2010).

Foram delineados objetivos gerais e específicos com o objetivo de orientar as competências a desenvolver nos referidos estágios. Assim, para atingir os objetivos a que me propus para cada um, fui desenvolvendo as atividades delineadas nos projetos de estágios apresentados no início da componente prática da especialização, tendo em vista o fator tempo e as oportunidades surgidas, assim como as competências preconizadas a desenvolver.

I. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

I.1. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIAS

Foi definido como campo de estágio para a prática clínica o Serviço de Urgência Geral da Unidade de Vila Real do CHTMAD, que decorreu no período de 16 de setembro de 2019 a 31 de outubro de 2019, com duração de 168 horas. O estágio decorreu sob a tutela e orientação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este Serviço assenta em cinco pilares essenciais na abordagem do doente urgente e emergente: extra-hospitalar, triagem de prioridades, implementação das vias-verdes, sala de emergência e sala de observações com monitorização intensiva. É, ainda, apoiado por duas bases VMER sediadas na Unidade de Vila Real e Chaves.

O Serviço de Urgência (SU) encontra-se no piso -1 do bloco central do CHTMAD sendo ladeado pelo serviço de Urgência Pediátrica de um lado e do outro pelo Serviço de Radiologia.

Este SU está integrado no Departamento de Urgência/Emergência do CHTMAD- Unidade Hospitalar de Vila Real recebe doentes de todo o distrito de Vila Real e referenciados pelo centro de orientação de doentes urgentes (CODU) de vários outros distritos. Os doentes dão entrada no SU vindos do exterior, por meio próprio ou acompanhados quer pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) quer pelos bombeiros, referenciados dos vários Centros de Saúde ou de outras Unidades Hospitalares.

O SU é um serviço hospitalar diferente de todos os outros, pelas características dos doentes que aqui são tratados. Recebe e presta cuidados a doentes urgentes (com necessidade de avaliação e/ou intervenção em curto espaço de tempo), emergentes (quando existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção imediata) e a doentes que apresentam uma situação agudizada, mas que não requerem intervenção num curto espaço de tempo (doentes pouco urgentes, não urgentes e outros casos).

A equipa do SU é uma equipa interdisciplinar onde todos os seus elementos interagem entre si, de forma a proporcionar cuidados de qualidade ao utente, tendo sempre presente a sua perspetiva biopsicossocial.

No SU existem atualmente em funcionamento quatro vias verdes: Via Verde de Sépsis, Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Via Verde de Trauma. Cada uma obedece a critérios próprios de ativação, e permitem que os doentes possam ser atendidos precocemente reduzindo a morbilidade e/ou mortalidade. De salientar que este serviço é uma das referências em trauma no interior norte do país.

O delineamento de objetivos específicos para este ensino clínico, além de se basear nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, incidiu também naquilo que foram as minhas expectativas para o mesmo. Deste modo, o desenvolvimento de competências fez-se na área de prestação de cuidados ao doente crítico, gestão de protocolos terapêuticos (vias verdes) e em termos de liderança e gestão de recursos humanos, apresentando-os de seguida:

- Conhecer a estrutura e dinâmica física, organizacional e funcional do SU do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
- Adquirir conhecimentos sobre a funcionalidade do processo de triagem na Urgência
- Prestar cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica na Sala de Emergência
- Interagir com a pessoa/família em situação crítica

I.2. ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O segundo estágio realizado decorreu na UCIP do Centro Hospitalar Tondela – Viseu (CHTV), entre o dia 4 de novembro ao dia 30 de dezembro de 2019, com um total de 168 horas.

A UCIP, onde decorreu o estágio, situa-se no 3.º piso do hospital e é um serviço autónomo com regulamento próprio. Tem lotação de oito unidades (para oito utentes), quatro em sala aberta, duas em quartos de isolamento com possibilidade de pressão negativa/positiva e duas em sala com videovigilância. A UCIP tem a particularidade de ter acesso direto ao Bloco Operatório (BO).

Os doentes desta unidade são provenientes do SU, do BO ou de qualquer serviço de internamento, cuja situação clínica se agravou e cujos critérios permitem a sua admissão. Estes critérios de admissão, definidos na UCIP do CHTV, regem-se pelo modelo de diagnóstico médico, nomeadamente sistema respiratório, sistema neurológico, sistema cardiovascular, pós-operatório, intoxicação exógena, sistema gastrointestinal, sistema endócrino, outros (choque séptico, síndrome *hells*, outras situações clínicas com grave instabilidade hemodinâmica).

Segundo o livro de registos de admissões na unidade, os diagnósticos de internamento mais comuns são a Paragem Cardiorrespiratória, Pneumonia, Trauma e Pós-operatórios.

São critérios de exclusão de internamento a doença crónica em fase terminal, a doença aguda em doente com comorbilidades graves e/ou irreversíveis, a doença aguda em fase irreversível e doentes sem necessidade atual ou iminente de terapia/vigilância intensiva.

Deste serviço não são dadas altas diretamente para o domicílio, mas sim para outros serviços hospitalares (da mesma instituição ou para outras instituições hospitalares da área de residência do utente). No entanto, existe uma preocupação com a continuidade dos cuidados, com a preparação contínua e cuidada da família para a possibilidade de uma alta breve e com a marcação de uma consulta de *follow up*, o que revela um cuidado mais pessoal e que agrada ao utente e família que se sentem apoiados.

A realização deste estágio permitiu adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais de acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Para este estágio delineei objetivos específicos que tiveram como referência as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, incidindo igualmente no que foram as motivações pessoais:

- Desenvolver competências na administração de protocolos terapêuticos complexos em uso na UCIP
- Desenvolver competências no cuidar do doente submetido a ventilação mecânica invasiva
- Adquirir conhecimentos e habilidades para cuidar do doente com monitorização hemodinâmica invasiva.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, na prestação de cuidados especializados ao doente crítico internado em UCIP
- Conhecer o papel do enfermeiro especialista na prevenção das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde
- Colaborar no transporte intra-hospitalar do doente crítico
- Conhecer o papel do enfermeiro especialista na gestão de recursos humanos e materiais da UCIP

I.3. ESTÁGIO NO BLOCO OPERATÓRIO

O terceiro estágio decorreu no BO do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, tendo iniciado a 6 de janeiro de 2020 e terminado em 21 de fevereiro de 2020, num total de 168 horas. Este foi o Estágio de Opção, tal como já referenciado.

O BO do Centro Hospitalar Tondela-Viseu divide-se em duas secções, autossuficientes no que se refere aos componentes básicos de apoio, com uma zona de receção e recobro. A secção 1 tem 6 suites operatórias e a secção 2 tem 5.

Os doentes programados são transportados para o BO em camas limpas das salas de cuidados intermédios do respetivo serviço, as quais, depois de desinfetadas, recebem o doente operado, quer este se destine à área de recobro ou à sala de cuidados intermédios do respetivo serviço. Caso o destino do doente seja a UCIP, o doente será transportado no tampo operatório através da comunicação interna entre BO e esta unidade, sendo colocado numa cama deste serviço entretanto preparada para o efeito. Deste modo, é reduzido ao mínimo o número de vezes em que o doente é mudado de cama.

A zona operatória está organizada em conjunto de 2 salas de operações com a sala de anestesia comum.

No que se refere à composição do BO, é uma área funcional que, para além dos habituais utilizadores, tem uma dotação própria de pessoal constituída por enfermeiros, administrativos e técnicos auxiliares de saúde.

No que diz respeito ao funcionamento do BO, as suas salas são tendencialmente distribuídas por serviço de utilizador, devendo, contudo, estar presente que o BO funciona unitariamente. Deste modo, cada sala de operações pode ser instintivamente utilizada por qualquer serviço cirúrgico, sem prejuízo da especialização de alguma delas.

Como objetivos para o estágio opcional em Bloco Operatório, defini:

- Implementar estratégias de investigação de saúde tendo em vista a melhoria do nível de saúde em geral e em especial no BO
- Planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem especializados ao doente em estado crítico no BO.

II. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

II.1. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIAS

Este estágio permitiu uma apropriação ativa do saber científico integrado ao saber da experiência e possibilitou momentos de aprendizagem e partilha intensa, o que me permitiu atingir os objetivos propostos, concretizar as atividades planeadas e desta forma tornou possível a aquisição de competências intrínsecas a este estágio. Tendo presentes estas considerações, entende-se como pertinente, abordar as atividades desenvolvidas para prossecução dos objetivos traçados.

Devido a grande afluência de utentes ao SU, questionei-me como seria a privacidade destes aquando a prestação de cuidados, pois sabendo que este serviço tem uma estrutura física completamente diferente do meu local de trabalho e ser um serviço completamente diferente de um serviço de internamento, penso que, quer a privacidade quer o respeito pelo pudor, devem estar sempre respeitados e garantidos em qualquer cuidado prestado. Assim sendo, ao longo do estágio constatei com a prática diária, que esta questão era uma preocupação constante por parte da equipa de enfermagem aquando da prestação dos cuidados, onde os doentes eram encaminhados para as boxes da sala aberta ou para o WC, sendo apenas expostos quando as cortinas/portas estivessem fechadas, sendo esta a minha conduta na prestação de cuidados.

Na admissão de pacientes no SU, realizei triagem Manchester, através da avaliação do seu estado clínico e na identificação de sintomas. Neste âmbito, colaborei ativamente na ativação das vias verdes implementadas no SU – Via Verde de Sépsis, Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Via Verde de Trauma e respetivo encaminhamento dos utentes.

Apesar de trabalhar num SU, o único contacto que tinha com a triagem Manchester foi apenas em dois turnos durante a minha integração no serviço, em que basicamente observava a realização desta. Assim sendo, posso afirmar que os conhecimentos que tinha acerca da Triagem de Manchester eram os básicos, aproveitando o ensino clínico para aprofundar os meus conhecimentos nesta área.

Durante o ensino clínico, os dias em que estive neste posto, pude conhecer como se processa a triagem de Manchester, consultar o manual, identificar os fluxogramas (identificando a queixa inicial), colaborar na realização da triagem e seguir o respetivo fluxograma.

A escolha do fluxograma era realizada tendo por base os motivos que levaram à pessoa a recorrer ao serviço (sinais e sintomas) bem como a sua duração e os antecedentes pessoais.

O Sistema de Triagem de Manchester possui cinco categorias ou níveis. Para cada categoria é atribuída uma cor e tempo-alvo desejável até o primeiro atendimento médico (Santos Filho, 2013). Ao colaborar e realizar a triagem, consegui ver como a correta identificação das queixas do utente são fundamentais para a ativação dos diversos fluxogramas e, conseqüentemente, a atribuição de prioridades. Para tal, o juízo crítico, baseado em conhecimento científico, foi de extrema importância. Isto porque o conhecimento é um meio de obter competências no agir.

No que diz respeito à ativação das Vias Verdes, tive a oportunidade de triar utentes em que foram ativadas todas as Vias Verdes. As Vias Verdes são sistemas de resposta rápida que consistem em algoritmos clínicos de avaliação e de tratamento de patologias frequentes em que o tempo de atuação é determinante para o resultado terapêutico. Ainda neste âmbito, constatei que as Vias Verdes eram ativadas na triagem, mas na maioria das situações estas já vinha referenciadas do extra-hospitalar, dando entrada direta na sala de Emergência. Nas que não vinham referenciadas pelo extra-hospitalar e só eram ativadas na triagem, o utente era encaminhado para a Sala de Emergência ou para o gabinete médico, para observação imediata, dependendo da sua gravidade.

De modo a poder prestar cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica na Sala de Emergência, foi fundamental detetar e prevenir focos de instabilidade, procurando prestar cuidados de enfermagem especializados a utentes em situação crítica.

Adquiri conhecimentos/competências na manipulação de materiais de imobilização de pessoas vítimas de trauma, bem como desenvolvi conhecimentos e habilidades em SAV em caso de paragem cardiorrespiratória, enfarte agudo do miocárdio, Edema Agudo do Pulmão (EAP), insuficiência respiratória aguda.

Colaborei igualmente com a equipa em caso de reanimação e na estabilização do utente, bem como na realização de procedimentos invasivos. Identifiquei os principais focos de atenção de enfermagem (avaliação primária/secundária) no utente em paragem cardiorrespiratória.

A minha participação foi gradualmente tornando-se cada vez mais ativa nesta sala. À medida que o tempo passava, a minha confiança e capacidade de realização das atividades foi crescendo, o que também teve como fator chave o facto de a equipa de enfermagem me ter acolhido como mais um elemento da equipa de trabalho.

Apesar de ser uma mais valia trabalhar num SU e a Sala de Emergência não ser um ambiente desconhecido para mim, uma vez que cada ambiente tem a sua forma de organização e estruturação, numa fase inicial, nos momentos menos movimentados, tive o cuidado de observar, confirmar e manusear o material da sala, assim como todo o

equipamento presente, de forma a que em situações de mais movimento já me sentisse familiarizada esse ambiente.

Ao longo do estágio pude aperceber-me que a Sala de Emergência é um dos setores mais complexos e de grande sentido de perícia/responsabilidade. A rapidez e o saber agir em segurança são as chaves para a excelência nos cuidados de saúde neste setor de cuidados (Bhat, Reed & Steelman, 2011). Os enfermeiros que exercem funções nesta área devem ter um conjunto de conhecimentos teóricos, técnico-práticos de forma a responder às situações de elevada gravidade e de situação de risco de morte para a vítima.

Durante o estágio, tive a oportunidade de lidar com uma grande variedade de situações na Sala de Emergência.

Em várias situações tive a oportunidade de prestar cuidados ao utente com AVC, com enfarte agudo do miocárdio, assim como a sua preparação para a hemodinâmica, prestação de cuidados ao utente em fim de vida, EAP, utente com mal epilético, entre outros.

Tive também a oportunidade de acompanhar o utente crítico durante o transporte intra-hospitalar, para a realização de exames complementares de diagnóstico e transferências para o BO, hemodinâmica, UCIP e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, certificando-me que todas as orientações do protocolo de segurança de transporte intra-hospitalar estivessem cumpridas.

Tive a oportunidade de prestar cuidados ao utente em paragem cardiorrespiratória, assim como aplicação de SAV em contexto de Sala de Emergência. Assisti e colaborei ativamente em situações de paragem cardiorrespiratória durante o acompanhamento da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH).

Todas estas situações experienciadas em contexto de Sala de Emergência permitiram a aquisição de competências na prestação de cuidados ao utente crítico e família, despertando a necessidade de refletir sobre a minha intervenção e discutindo com o Enfermeiro Tutor e alguns elementos da equipa as situações, de forma a promover a reflexão sobre a ação, identificando pontos fortes e necessidades de melhoria. Assim, considero que desenvolvi competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Uma das competências o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica é a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, demonstrando conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo, vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e conhecimentos e estratégias facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de

luto, assim como desenvolver o estabelecimento da comunicação interpessoal e relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica. Neste seguimento, para poder interagir com a pessoa/família em situação crítica, observei como era a gestão de visitas nas diversas salas do SU, de modo a poder proporcionar apoio psico-emocional ao utente/família perante situações críticas e inesperadas.

Desenvolvi uma relação terapêutica com o utente/família em situação crítica, respeitando as suas crenças e cultura. Identifiquei as principais estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais de saúde no contacto com a pessoa e respetiva família. Esclareci dúvidas, medos e anseios do utente/família, procurando sempre desenvolver habilidades comunicacionais em situações de stresse e perante a transmissão de “más notícias”.

Segundo Sá, Botelho e Henriques (2015), a família do utente apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional quando deparados com uma situação crítica. As dimensões culturais, psicológicas e religiosas envolvidas no processo de cuidar de um utente crítico e sua família não podem ser subestimadas.

II.2. ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

No que se refere à prestação de cuidados de Enfermagem numa UCIP, por se tratar de um ambiente complexo onde as mais avançadas intervenções se conjugam na luta contra a doença que ameaça a vida, a intervenção do enfermeiro revela-se como um elemento chave, tendo em conta a sua presença junto do doente, permitindo-lhe exercer uma vigilância contínua do seu estado clínico, na maioria das vezes instável (Vinagre, 2012).

É neste cenário intensivo que se desenvolve a prestação de cuidados de enfermagem minuciosos e qualificados prestados continuamente, ao longo das 24 horas, à pessoa em situação crítica com uma ou mais funções vitais em risco imediato ou potencial, como resposta às necessidades afetadas, mantendo as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades (Aleixo, 2014).

Neste âmbito, ao longo do estágio consultei, conheci e apliquei na prática protocolos terapêuticos na abordagem ao doente em situação crítica. Segundo a OE (Regulamento n.º 429/2018), na abordagem ao doente crítico, o enfermeiro identifica, o mais rápido possível, os problemas do doente, devendo gerir, adequadamente, protocolos de terapêutica complexos.

A este nível verifiquei que a UCIP do CHTV é constituída por uma equipa de enfermagem com vastos conhecimentos científicos e atuais na abordagem ao doente crítico, desenvolvendo uma resposta eficaz, baseando a prática nas evidências científicas o que se constitui como uma mais-valia para os doentes internados nessa unidade.

Num dos turnos realizados, tive a oportunidade de prestar cuidados a um doente em morte cerebral. Assim sendo, após a realização dos segundos testes de morte cerebral, nos quais tive a oportunidade de colaborar ativamente com a equipa médica, o doente foi declarado oficialmente em morte cerebral. Perante esta situação prontifiquei-me na prestação de cuidados ao utente dador de órgão a nível de monitorização hemodinâmica e gestão de protocolos terapêuticos, especificamente o da ventilação invasiva, o das aminas e o de controlo de diureses.

As dimensões do cuidado dos enfermeiros ao potencial doador de órgãos dão indícios de uma prática centrada na manutenção hemodinâmica, estando presente igualmente o conflito entre assistir ao doente em morte cerebral ou a outros com possibilidades de sobrevida.

O cuidado de enfermagem ao potencial doador de órgãos configura-se como um processo complexo e que requer qualificação e maturidade emocional (Cavalcante, Ramos, Araújo, Alves & Braga, 2014). Os mesmos autores referem que o cuidado a doentes com morte cerebral é uma atividade complexa, implementada pela equipa multiprofissional que atua na UCIP. Destaca-se, nessa atuação, o papel do enfermeiro responsável por prestar o cuidado direto ao potencial doador de órgãos e seus familiares, assumindo grande importância na forma como se gerem as repercussões fisiopatológicas próprias da morte cerebral, na monitorização hemodinâmica e na prestação de cuidados individualizados. O sucesso do transplante está intimamente relacionado com a manutenção ideal desse potencial doador (Cavalcante et al., 2014).

Durante o estágio monitorizei complicações e implementei medidas de prevenção/correção de complicações associadas a ventilação mecânica, nomeadamente saber identificar se doente está bem conectado à prótese ventilatória (PV), conhecer modos de desmame ventilatórios, identificar parâmetros ventilatórios e compreender necessidade de realização de gasometria quando alterados modos.

Consultei e conheci os procedimentos do serviço relativos ao cuidar do doente com tubo ET, do doente com traqueostomia, aspiração de secreções e o protocolo de aspiração de secreções em circuito fechado, assim como aprofundei conhecimentos e prestei cuidados a utente traqueostomizado.

Após uma análise dos cuidados prestados ao doente com ventilação mecânica, destaco que o conhecimento técnico-científico deve acompanhar a modernidade, uma vez que a evolução da tecnologia para manutenção da vida é contínua. Assim, foi necessário o meu aprimoramento e atualização para que o atendimento ao doente fosse adequado, ou seja, de modo a ir ao encontro das suas necessidades e antecipando situações de instabilidade.

Este tipo de suporte é necessário em doentes com alterações da função respiratória, que incapacitem a realização das trocas gasosas e o fornecimento de oxigénio (O₂) para a perfusão tecidual e ocorrência das reações celulares (Melo et al., 2014).

A participação direta na prestação de cuidados ao doente com ventilação mecânica invasiva, utilizando todos os procedimentos inerentes a esta técnica e mediante a pesquisa bibliográfica sobre a temática, foi um decisivo momento de aprendizagem, contribuindo para a aquisição de conhecimentos nesta área dos cuidados intensivos, de forma a integrar as competências necessárias, com fundamentação e rigor.

Assim adquirei competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica identificando precocemente focos de instabilidade, implementando respostas de enfermagem apropriadas às complicações.

Tive a possibilidade de cuidar de doentes com monitorização hemodinâmica invasiva em que destaco alguns dos cuidados que implementei: calibração dos dispositivos como LA, realização de leituras de Pressão Venosa Central (PVC) e gasometrias, interpretando valores e garantindo a assepsia e princípios de manipulação em todos os cuidados prestados.

Fiz também a avaliação dos parâmetros vitais através de monitorização invasiva, correlacionando valores com estado clínico e objetivos terapêuticos para o doente, bem como identifiquei diagnósticos de enfermagem e planeei/executei intervenções relativas aos focos de intervenção relacionados com os dispositivos invasivos de monitorização.

Um dos doentes a quem tive a oportunidade de implementar estas intervenções tinha como diagnóstico médico sépsis, apresentando instabilidade hemodinâmica. Neste caso verifiquei a real importância da monitorização invasiva, na medida em que, permitiu a vigilância contínua dos parâmetros vitais, contribuindo para ajustar protocolos terapêuticos, pois neste caso em concreto, o doente apresentava grande instabilidade hemodinâmica com hipotensões severas, com pressões arteriais médias (PAM) de cerca de 45mmHg, sendo por isso necessário implementar e ajustar o protocolo da noradrenalina de forma a manter as PAM dentro dos valores pretendidos (entre 65 – 70 mmHg). A monitorização hemodinâmica invasiva, permitiu assim dar uma resposta antecipatória aos focos de instabilidade.

Segundo Azeredo e Oliveira (2013), a monitorização hemodinâmica invasiva contribui para o diagnóstico dos doentes e orientar o tratamento mais adequado. Todavia, deve ter-se em conta que esses parâmetros invasivos só resultarão em benefícios visíveis se os dados forem fidedignos.

Tendo em consideração todos os aspetos mencionados anteriormente, posso afirmar que adquiri competências diferenciadas na gestão da monitorização hemodinâmica invasiva com vista à implementação de intervenções especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Assim, para que fosse capaz de desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, na prestação de cuidados especializados ao doente crítico internado em UCIP, prestei cuidados de enfermagem, consultei protocolos e bibliografia adequada às necessidades sentidas, bem como bibliografia sobre a farmacologia específica deste serviço. Colaborei ativamente em novas experiências e situações de aprendizagem, o que consistiu numa estratégia que me proporcionou adquirir competências técnicas e mobilizar conhecimentos e competências já adquiridas.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), o que implicou igualmente que conhecesse os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão no doente crítico. Deste modo, verifiquei quais os procedimentos e circuitos de prevenção e controlo da infeção implementados na UCIP em relação ao doente crítico.

As infeções associadas a cuidados de saúde ocorrem em todos os níveis de prestação de cuidados, são amplamente propagadas, assumindo-se cada vez mais como problema de saúde pública, com elevadas repercussões clínicas e económicas. Estas são atualmente uma epidemia silenciosa, sendo o seu evento adverso mais frequente ao nível da prestação de cuidados de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Atendendo ao exposto, considero que um dos desafios lançados ao enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica consiste em tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, no âmbito do desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada à pessoa em situação crítica, bem como desenvolver competências profissionais inerentes à enfermagem especializada, sendo este um contributo para a segurança dos doentes. As atividades desenvolvidas neste âmbito foram um importante contributo para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências específicos na área da prevenção das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde. A sua realização possibilitou-me significativamente repensar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, compreender a importância das infeções associadas aos cuidados de saúde, através da análise e reflexão na prática e sobre a prática clínica, tendo, assim, promovido a minha mudança de comportamento e de atitude, como pessoa e profissional.

Como forma de conhecer o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na gestão de recursos humanos e materiais da UCIP, observei, apreciei e

colaborei com o Enfermeiro Chefe aquando do desempenho das funções relacionadas com a gestão de recursos humanos e materiais, assim como observei a interligação com outros serviços (farmácia, armazém, internamentos, administrativa...).

De igual modo, observei a articulação entre o responsável de equipa e o chefe da unidade (ex. recados nas passagens de turno, dar a conhecer situações específicas relativas a algum utente, informações relativas a recursos materiais em falta...).

A possibilidade de desenvolvimento de competências na UCIP no cuidar da pessoa em situação crítica foi muito positiva, pela diversidade de conhecimentos e competências adquiridas, as quais serão uma mais-valia para a minha prática de cuidados, nomeadamente no que se refere à prática baseada em evidência e ao aperfeiçoamento do pensamento crítico, que considero dois pilares fundamentais para a prática de enfermagem.

Como complemento e para valorização da minha aprendizagem, realizei e implementei dois procedimentos no sistema da gestão da qualidade, sobre o cateter venoso central (CVC) totalmente implantado (implantofix), heparinização vs. desheparinização e administração de terapêutica (anexo I e anexo II).

II.3. ESTÁGIO NO BLOCO OPERATÓRIO

O Bloco Operatório (BO) é reconhecido como um ambiente de alto risco e elevado custo, cujos recursos são frequentemente percebidos como mal utilizados. O objetivo da gestão do BO é criar um ambiente seguro, eficiente e estruturado a um custo mínimo. A sua gestão é responsável pela coordenação dos componentes do conjunto cirúrgico para otimizar o acesso do doente e equipa de saúde e minimizar os riscos, maximizando a eficiência dos recursos (pessoal, equipamentos e tempo) e manter um local de trabalho eficaz para toda a equipa (Pegado, 2010). A gestão eficaz do BO tornou-se vital para a estabilidade e sucesso para a cultura de segurança do doente.

Os serviços no BO abarcam “uma equipa multidisciplinar e o envolvimento de diferentes departamentos hospitalares. O trabalho no BO divide-se em cirurgias programadas, não programadas e urgentes e destas com ou sem internamento” (Pereira, 2014, p. 17). A Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portugueses (AESOP, 2006, p. 20) define BO como uma “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida”.

No BO, realizei a formação sobre a “Os cuidados pré-operatórios: prática baseada na evidência” (anexo III e anexo IV), tendo como objetivos: promover o trabalho efetivo em

equipa e minimizar assim os riscos para a segurança do doente cirúrgico; considerar um conjunto de normas potenciais, avaliando as evidências para a sua inclusão nos protocolos de atuação; estimar o impacto das medidas de atuação previamente idealizadas, avaliando os seus efeitos sobre o desempenho e a segurança; prevenir a Infeção do Local Cirúrgico. Realizei um procedimento para implementação do sistema de gestão da qualidade sobre “Prevenção da infeção do local cirúrgico”. A pertinência da implementação da lista de verificação de cirurgia segura, bem como as normas de orientação clínica subjacentes ao Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos permitem garantir que os passos para promover a segurança cirúrgica são realizadas de forma sistemática e em tempo oportuno alcançando, concomitantemente, ganhos positivos em saúde nos doentes cirúrgicos. Os sistemas de saúde pública devem estabelecer rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, volume e resultados.

Tendo em conta a especificidade do BO, refiro que tive a oportunidade de colaborar, participar, de forma responsável e progressiva nos cuidados de enfermagem a prestar ao doente na UCPA, que consiste no local onde o doente submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer, sob observação e cuidados constantes por parte da equipa de enfermagem, até alcançar a recuperação da consciência, estabilidade hemodinâmica e prevenção de complicações que possam decorrer do período pós-anestésico.

Neste âmbito, vigiei o restabelecimento hemodinâmico dos doentes, evitando ou corrigindo possíveis complicações no período pós-operatório. A UCPA é uma unidade com constante atividade e pressão, em decorrência quer do significativo número de doentes que permaneciam por curtos períodos de tempo, quer do elevado padrão de qualidade de cuidados que se prestavam. Tive a oportunidade de observar a rapidez de resposta dos enfermeiros, que aí desempenhavam funções, o que implica eficácia em todas as circunstâncias e perante situações de emergência.

Como sustenta AESOP (2006, p. 159), os enfermeiros têm de possuir competências específicas na área da enfermagem peri-operatória, ou seja, “conhecer os procedimentos cirúrgicos; conhecer as técnicas e agentes anestésicos; conhecer as complicações e incidentes anestésico-cirúrgicos possíveis; ter boa capacidade de observação, rapidez de raciocínio, organização, ponderação nas decisões e calma na actuação, capacidade de adaptação a novas situações”. A vigilância nesta unidade garante uma maior assistência, segurança e vigilância ao doente crítico, como forma de prevenir possíveis complicações, tendo subjacente que “Na UCPA é indispensável a presença de uma equipa de enfermagem (...) com conhecimentos técnicos e científicos, grande capacidade de

observação e apreciação, atuação rápida, calma e segura para prestar cuidados de forma personalizada, considerando o doente de forma holística” (Laceiras, 2004, p. 21).

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O desenvolvimento de competências especializadas é o caminho para que os enfermeiros possam prestar cuidados de excelência, baseando-se na premissa que a aquisição de competências deve ter na sua génese o processo reflexivo da prática e sobre a prática.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica são reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica. O desenvolvimento das competências especializadas inerentes a esta especialidade são o caminho para os cuidados de excelência ao doente criticamente doente.

Com a realização deste relatório de estágio consegui alcançar os objetivos inicialmente delineados. Ao evidenciar e refletir sobre os pontos fortes e pontos fracos, bem como das problemáticas e constrangimentos durante o percurso realizado ao longo dos diferentes contextos práticos, permitiu-me descrever as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, adquiridas e desenvolvidas para o cuidado de enfermagem especializado no intra e extra-hospitalar.

Assim sendo, com o presente relatório, procurei refletir sobre as experiências vividas nos estágios face aos objetivos traçados e alcançados, atendendo as atividades desenvolvidas e as competências preconizadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Como pontos fortes, os estágios constituíram um desafio para a minha aprendizagem contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de reflexão e desenvolvimento pessoal e profissional. Estas foram práticas, muito enriquecedoras em momentos de aprendizagem, dirigidos ao doente crítico, permitindo-me desenvolver competências e estabelecendo uma ligação entre a teoria e a prática. De referir que relativamente aos pontos fracos, não encontro nenhum, uma vez que todos esses momentos que pudessem ter existido, foram encarados como momentos de aprendizagem e superação.

O contexto de estágio na UCIP proporcionou-me muitas situações de aprendizagem, nomeadamente a nível de gestão de protocolos terapêuticos complexos, no cuidar do doente com ventilação mecânica invasiva, realização de transporte intra-hospitalar do doente crítico, na gestão diferenciada da dor e bem-estar do doente, na prevenção e controlo de infeção assim como na assistência e comunicação com a família.

No estágio do SU, apesar de ser um contexto diferente da UCIP, permitiu-me dar continuidade ao aprofundamento das competências, facultou-me aprendizagens no processo de triagem de Manchester, na identificação do papel do enfermeiro na assistência ao doente crítico e aprimorar competências na área das emergências multi-vítimas.

No extra-hospitalar, apesar de ser um ambiente físico completamente distinto, consegui identificar o papel do enfermeiro na VMER e desenvolvi habilidades ao nível do cuidar da pessoa vítima de doença súbita ou de trauma. Todas as aprendizagens desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, privilegiando as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente do doente crítico.

Durante este percurso académico foram muitas as problemáticas e constrangimentos sentidos, desde a dificuldade em realizar os estágios, pois conjugar a vida profissional, com vida familiar e vida de estudante é complicado. No entanto, o apoio dos enfermeiros tutores e dos professores orientadores de estágio também facilitou a ultrapassagem de todas as dificuldades sentidas.

Assim, a análise e reflexão aqui concretizada sobre as competências adquiridas revelou-se construtiva, contribuindo para a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do processo de aprendizagem em contexto académico, “crescendo” como profissional e como pessoa, tendo adquirido competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Adquiri e apliquei conhecimentos na resolução de problemas não familiares, lidei com questões complexas, comuniquéi conclusões e conhecimentos e desenvolvi competências que me permitiram e permitirão uma aprendizagem ao longo da vida, de modo auto-orientado ou autónomo.

Chegando ao fim, posso afirmar que, apesar das competências adquiridas, ainda tenho um longo percurso a percorrer, nomeadamente na área de investigação, pois sinto que ainda posso adquirir, desenvolver e aprender muitos conhecimentos em prol dos cuidados de enfermagem de excelência a prestar aos utentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). Via verde AVC na região norte. Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Ficheiros/Vias%20Verdes/Docs/Via%20Verde%20AVC%20na%20Regi%C3%A3o%20Norte.pdf>
- Alves, M., Cunha, M., & Marques, N. (2016). Ventilação não invasiva no edema agudo do pulmão. In *5º Congresso Ibero-Americano em Investigação*, Porto, 12-14 de jul. de 2016. Universidade Lusófona do Porto, Porto.
- Amaral, C. (2013). O papel do enfermeiro no contexto da doação. In *2º Jornadas do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital S. José*, Lisboa, (s.d.). Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa.
- Associação dos Enfermeiros das Salas das Operações Portuguesa (2006). *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidata.
- Azeredo, T. R. M. & Oliveira, L. M. N. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, 45-54.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (2º ed). Lisboa: Quarteto
- Bhat, N., Reed, S., & Steelman, L. (2011). *The emergency department: Departmental assessment project*.
- Cairo, J. M. (2012). *Pilbeam's mechanical ventilation physiological and clinical applications*. (5ª ed.). New Orleans: Elsevier.
- Cavalcante, L. P., Ramos, I. C., Araújo, A. M., Alves, M. D. S. & Braga, V. A. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paul Enfermagem*, 27(6), 567-72.
- Duro, C. & Lima, M. A. (2014). O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura. *Online Brazilian Journal Nursing*, 9(3), doi:10.5935/1676-4285.20103132
- European Center for Disease Prevention and Control. (2015). *Annual epidemiological report 2014: Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections*. Estocolmo: Autor.


- Frasquilho, M. (2011). Agitação, agressão e violência na urgência psiquiátrica no Hospital Curry Cabral. experiência e reflexões. *Psilogos. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca* 9, 1, 35-45.
- Gomes, A. M. (2010) O cuidador e o doente em fim de vida: Família e/ou pessoa significativa. *Enfermeria Global*, (18), 1-9.
- Kondo, E. H., Vilella, J. C., Borba, L. O., Paes, M. C., & Maftum, M. A. (2011). Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 45(2), 501-507.
- Laceiras, A. I. R. (2004). Unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA). *Nursing*. Lisboa, Ano 15, N.º 189, 20-21.
- Le Boterf, G. (2005). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Loureiro, A. (2011), *Satisfação das necessidades dos familiares dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica) Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto, abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência.
- Matoso, A. P., Mendes, A. P. S., Spadari, J. A. A., Ribeiro, R. F., & Gardenghi, G. (2012). Ventilação não invasiva no edema agudo pulmonar cardiogênico. *Revista Eletrônica Saúde e Ciências*, 2(2), 78- 86. Disponível em http://www.rescceafi.com.br/vol2/n2/RESC-volume2-numer_02-completo.p
- Melo, E. M., Teixeira, C. S., Oliveira, R. T., Almeida, D. T., Veras, J. E. G., Frota, N. M., & Studart, R. M. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 55-63.
- Meneguim, S., Alegre, P. & Luppi, C. (2014). Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paul Enfermagem*, 27(2), 115-9
- Nóbrega, R. C., Nóbrega, M. M. L., & Silva, K. L. (2011). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na clínica pediátrica de um hospital escola. *Revista Brasileira Enfermagem*, 64(3), 501-510.

- Ordem dos Médicos & Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Pegado, A. (2010). *Gestão de Bloco Operatório: Modelos de gestão e monitorização*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/5468/4/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Pegado.pdf>
- Perão, O.F.; Bub, M.B.C.; Rodriguez, A.H.; Zandonadi, G.C. (2014) Gravidade de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 261-268
- Pereira, C. (2010). *A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: Contributos da Enfermagem*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto.
- Pereira, H.C.M. (2014). *Modelo de gestão do bloco operatório*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Autónoma de Lisboa. Departamento de Ciências Económicas, Empresariais e Tecnológicas. Disponível em <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/440/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Helena%20Pereira.pdf>
- Pires, A.C.F. (2012). *Epidemiologia do Trauma na Beira Interior*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde. Covilhã. Acedido em: <http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1094/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Epidemiologia%20do%20Trauma%20na%20Beira%20Interior.pdf>
- Queirós, P.J.P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(3), 776-81. doi:org/10.1590/0104-07072014002930013
- Regulamento n.º 124/2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.
- Regulamento n.º 429/2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46.

- Santos Filho (2013) *Revisão sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco*. (Monografia de conclusão do Curso de Medicina) Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Brasil
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Silva, A., & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Formasau, Coimbra.
- Soeiro, A. M. (2010). *Edema Agudo do Pulmão* - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANEXOS

ANEXO I - PROCEDIMENTO CATETERES TOTALMENTE IMPLANTADOS –
ADMINISTRAÇÃO TERAPÊUTICA

 <p> Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	<p align="center"> Cateteres Totalmente Implantados Administração de Terapêutica </p>	<p align="center"> Elaborado em ____/____/____ </p>	<p align="center"> Folha 1/8 </p>
		<p align="center"> Revisão em ____/____/____ </p>	<p align="center"> Edição N.º 1 </p>
		<p align="center">IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem</p>	

- **Âmbito**
Aplicável à UCIP
- **Responsabilidade pela implementação**
Médicos e enfermeiros
- **Fundamentos**


Cateteres totalmente implantados – cateter venoso central de longa duração, implantado debaixo da pele com reservatório ou com diafragma para punções (ex. Port-a-Cath®, Implantofix®).

O CVC com reservatório subcutâneo é um dispositivo para acesso direto a uma veia central, garantido uma utilização repetida por um período prolongado de tempo. É constituído por um cateter de silicone ou poliuretano, ligado a um reservatório em titânio, cuja membrana em silicone permite a punção com agulha apropriada.

O cateter venoso central com reservatório é habitualmente colocado cirurgicamente na veia subclávia, sob anestesia local, mas também pode ser colocado na veia jugular ou na veia femoral.

Os cateteres venosos centrais totalmente implantáveis constituem uma boa solução para doentes sujeitos a tratamentos de quimioterapia de longa duração ou tratamento com quimioterapia infusional prolongada no domicílio (infusor), doentes com mau acesso venoso, necessidade de colheitas de sangue frequentes e administração de fármacos vesicantes, apresentando um reduzido número de complicações e garantindo o conforto e a segurança dos doentes.

Elaborado por:	Revisão por:
----------------	--------------

 <p> CENTRO HOSPITALAR Tondela Viseu, EPE Unidade do Norte Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	<p align="center"> Cateteres Totalmente Implantados Administração de Terapêutica </p>	Elaborado em _____	Folha 2/8
		Revisto em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	


As vantagens da utilização deste tipo de cateter em relação a outros tipos de cateter central são:

- Utilização mais prolongada,
- Menor risco de infeção;
- Menor impacto na imagem corporal;
- Maior comodidade para o doente, permitindo ao utente manter as atividades do dia-a-dia;
- Evitar o traumatismo de “picadas” sucessivas nas veias;
- Prevenir “queimaduras” dos tecidos adjacentes por extravasamento de produtos;
- Dispensar o uso permanente de pensos.
- Manutenção periódica do cateter de 6 em 6 semanas.

Complicações associadas a cateteres venosos centrais totalmente implantáveis:

- Obstrução do cateter;
- Flebite;
- Infeção local;
- Sépsis;
- Deslocação do cateter,
- Rotura do cateter;
- Trombose venosa profunda
- Embolia pulmonar;
- Endocardite;
- Arritmia;
- Alergia.

Elaborado por:	Revisto por:
----------------	--------------

 <p> Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	<p> Cateteres Totalmente Implantados Administração de Terapêutica </p>	Elaborado em ____/____/____	Folha 3/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

- **Objetivos**

- Prevenir infeções relacionadas com o uso dos cateteres intravasculares;
- Reduzir as complicações associadas à sua utilização;
- Uniformizar práticas referentes à sua inserção e manuseamento.

- **Descrição dos procedimentos**

Administração de terapêutica endovenosa

A administração de terapêutica endovenosa através de um cateter venoso central permite preservar a rede venosa periférica - sobretudo se os fármacos a serem administrados forem irritantes, vesicantes (quimioterapia citotóxica, catecolaminas, etc) ou de elevada osmolaridade (alimentação parentérica) - e fazer administração prolongada de medicamentos.

As agulhas para punção da câmara do cateter, com angulação de 90.º, devem ser impreterivelmente do tipo Huber. Apenas estas permitem centenas de punções do septo de silicone, devido à ausência do fenómeno de "carottage" na altura da penetração da agulha na câmara.


O comprimento das agulhas varia entre os 15 mm (doentes magros) e os 25 mm (doentes obesos). O diâmetro escolhido dependerá do ato e da natureza do produto a ser administrado.

Material:

- Máscara cirúrgica com viseira;
- Campo esterilizado descartável;
- Compressas esterilizadas;
- Desinfetante cutâneo;
- Luvas esterilizadas;
- Seringas de 10 ml;
- Agulha de diluição;
- Agulha tipo Huber;
- Ampola de Cloreto de Sódio 0,9% de 10 ml;
- Seringa ou perfusão para purgar o sistema;
- Terapêutica a ser administrada;
- Penso esterilizado (preferencialmente transparente, impermeável).

Elaborado por:

Revisto por:


 <p> Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	<p align="center"> Cateteres Totalmente Implantados Administração de Terapêutica </p>	Elaborado em ____/____/____	Folha 4/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

Cuidados de Enfermagem:

- ▶ Explicar o procedimento ao doente;
- ▶ Higienizar as mãos;
- ▶ Abrir campo estéril e colocar todo o material necessário;
- ▶ Preparar o sistema com prolongamento, purgá-lo e fechá-lo;
- ▶ Higienizar as mãos;
- ▶ Calçar luvas esterilizadas;
- ▶ Observar cuidadosamente o local de inserção do cateter;
- ▶ Desinfetar a pele do local onde o cateter está implantado utilizando técnica asséptica cirúrgica;
- ▶ Localizar a câmara por palpação fixando-a entre os dedos polegar e indicador da mão não dominante;
- ▶ Puncionar a câmara com agulha tipo Huber, perpendicularmente no centro do septo até sentir que a extremidade da agulha tocou o fundo metálico da câmara;
- ▶ Verificar o retorno venoso conectando a seringa de 10 ml e aspirando no mínimo 3 ml de sangue para remoção da solução heparinizada da câmara;
- ▶ Verificar a permeabilidade da câmara, conectando a seringa com 10 ml de soro fisiológico (flush), para promover a limpeza do cateter;
- ▶ Observar possíveis reações no doente, a fim de detetar complicações;
- ▶ Colocar penso estéril;
- ▶ Administrar a terapêutica prescrita;
- ▶ Terminar com lavagem de 10 ml de soro fisiológico;
- ▶ Heparinizar;
- ▶ Retirar a agulha tipo Huber;
- ▶ Fazer compressão no local;
- ▶ Retirar as luvas;
- ▶ Higienizar as mãos;
- ▶ Alertar o doente para possíveis complicações (hemorragia ou hematoma local) e forma de atuação (compressão local, aplicação de gelo e contactar o hospital de dia);
- ▶ Registo.


Elaborado por:

Revisto por:

 <p> CENTRO HOSPITALAR <small>UNIDADE DO NÍQUEL</small> Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	<p>Cateteres Totalmente Implantados</p> <p>Administração de Terapêutica</p>	Elaborado em ____/____/____	Folha 5/8
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

- **Monitorização / avaliação**
- A substituição da agulha, nos casos de perfusão contínua, deve ser realizada a cada 7 dias e os sistemas a cada 4 a 7 dias;
- O local de inserção da agulha deverá ser protegido com penso semipermeável transparente que pode ser complementado com compressa colocada por baixo da agulha de modo a evitar a sua movimentação e consequente danificação da membrana do cateter.


Elaborado por:	Revisto por:
----------------	--------------

 <p>Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP</p>	<p>Cateteres Totalmente Implantados</p> <p>Administração de Terapêutica</p>	Elaborado em ____/____/____	Folha 6/8
		Revisão em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

- **Legislação, ordem de serviço, Bibliografia de suporte**
- Santos, R. F. M. (2015). Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado: Importância do manuseamento (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/23511>
- Santos, E. J. F. (2015). Eficácia da heparina e do soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais em adultos (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2858>
- Santos, E. J. F., Nunes, M. M. J. C., Cardoso, D. F. B., Apóstolo, J. L. A., Queirós, P. J. P., & Rodrigues, M. A. (2015). Eficácia da heparina e soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais: Revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 995-1003. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000600995&script=sci_arttext&lng=pt
- Instituto Português de Oncologia, Coimbra. (2014). *Cateter totalmente implantado: Guia de apoio*. Coimbra: IPO. Acedido em - <https://ipoccoimbrafg.files.wordpress.com/2016/01/ga-cti.pdf>
- Malcata, M. J., & Pequito, S. (2007). Cateter venoso central totalmente implantado e respectivas intervenções de enfermagem. *Nursing*, 17(226), 12-16.
- Álvarez Rodríguez, J. A., López González, A., Álvarez Rodríguez, L., & Alonso Arévalo, A. (2017). Catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial: Una alternativa que tener en cuenta. *Revista Rol de Enfermería*, 40(1), 48-54.
- Santos, R. F. M., & Maurício, M. D. A. L. L. D. (2016). Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado: Importância do manuseamento. *Servir*, 59(5-6), 60-67.

Elaborado por:	Revisão por:
----------------	--------------

ANEXO II - PROCEDIMENTO CATETERES TOTALMENTE IMPLANTADOS –
HEPARINIZAÇÃO E DESAPARINIZAÇÃO

 <p> CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU, EPE UCIP Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	<p>Cateteres Totalmente Implantados</p> <p>Heparinização e Desheparinização</p>	Elaborado em _____	Folha 1/8
		Revisão em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

- **Âmbito**

Aplicável à UCIP

- **Responsabilidade pela implementação**

Médicos e enfermeiros

- **Fundamentos**

Cateteres totalmente implantados – cateter venoso central de longa duração, implantado debaixo da pele com reservatório ou com diafragma para punções (ex. Port-a-Cath®, Implantofix®).


O CVC com reservatório subcutâneo é um dispositivo para acesso direto a uma veia central, garantido uma utilização repetida por um período prolongado de tempo. É constituído por um cateter de silicone ou poliuretano, ligado a um reservatório em titânio, cuja membrana em silicone permite a punção com agulha apropriada.

O cateter venoso central com reservatório é habitualmente colocado cirurgicamente na veia subclávia, sob anestesia local, mas também pode ser colocado na veia jugular ou na veia femoral.

Os cateteres venosos centrais totalmente implantáveis constituem uma boa solução para doentes sujeitos a tratamentos de quimioterapia de longa duração ou tratamento com quimioterapia infusional prolongada no domicílio (infusor), doentes com mau acesso venosos, necessidade de colheitas de sangue frequentes e administração de fármacos vesicantes, apresentando um reduzido número de complicações e garantindo o conforto e a segurança dos doentes.

Elaborado por:

Revisão por:

 <p> Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	Cateteres Totalmente Implantados Heparinização e Desheparinização	Elaborado em ____/____/____	Folha 298
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	


As vantagens da utilização deste tipo de cateter em relação a outros tipos de cateter central são:

- ▶ Utilização mais prolongada,
- ▶ Menor risco de infeção;
- ▶ Menor impacto na imagem corporal;
- ▶ Maior comodidade para o doente, permitindo ao utente manter as atividades do dia-a-dia;
- ▶ Evitar o traumatismo de “picadas” sucessivas nas veias;
- ▶ Prevenir “queimaduras” dos tecidos adjacentes por extravasamento de produtos;
- ▶ Dispensar o uso permanente de pensos.
- ▶ Manutenção periódica do cateter de 6 em 6 semanas.

Complicações associadas a cateteres venosos centrais totalmente implantáveis:

- ▶ Obstrução do cateter;
- ▶ Flebite;
- ▶ Infeção local;
- ▶ Sépsis;
- ▶ Deslocação do cateter,
- ▶ Rotura do cateter;
- ▶ Trombose venosa profunda
- ▶ Embolia pulmonar;
- ▶ Endocardite;
- ▶ Arritmia;
- ▶ Alergia.

Elaborado por:	Revisto por:
----------------	--------------

 <p> Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	<p>Cateteres Totalmente Implantados</p> <p>Heparinização e Deseparinização</p>	Elaborado em _____	Folha 3/8
		Revisto em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

- **Objetivos**
 - Prevenir infeções relacionadas com o uso dos cateteres intravasculares;
 - Reduzir as complicações associadas à sua utilização;
 - Uniformizar práticas referentes à sua inserção e manuseamento.
- **Descrição dos procedimentos**

Heparinização e Deseparinização

- Consiste na introdução de uma solução de heparina, em cloreto de sódio 0,9%, na câmara do sistema implantável (reservatório), com o objetivo de manter a permeabilidade do cateter durante o tempo de não utilização.


A Deseparinização consiste na remoção dessa mesma solução sempre que o cateter é manipulado.

O reservatório do cateter deve ser preenchido com a solução heparinizada, na proporção de 2 ml de soro fisiológico para 1 ml (5000 UI) de heparina sódica e injetar a totalidade (3 ml) da solução. Em alternativa, poderá ser injetada uma monodose de 3 ml de heparina pré-preparada (Fibrilin ®). Estas soluções permitem manter a permeabilidade do cateter durante 6 semanas.

Evidencias recentes:

- O flush de soro fisiológico 0.9% é igualmente eficaz do que a solução de heparina 100 UI ou 500UI para manter a permeabilidade dos CVC.
- Implicações para a prática, apesar de se considerar que o flush de soro fisiológico 0.9% é igualmente eficaz do que a solução de heparina 100 UI ou 500UI, estas conclusões não são passíveis de implementar em cateteres Hickman ou Port-a-cath.

Elaborado por:	Revisto por:
----------------	--------------

 <p> Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	Cateteres Totalmente Implantados Heparinização e Desheparinização	Elaborado em ____/____/____	Folha 4/6
		Revisto em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	


Material:

- Máscara cirúrgica;
- Campo esterilizado descartável;
- Compressas esterilizadas;
- Desinfetante cutâneo;
- Luvas esterilizadas;
- Seringas de 10 ml;
- Agulha de diluição;
- Agulha tipo Huber;
- Ampola de Cloreto de Sódio 0,9% de 10 ml - Ampola de Heparina sódica ou Fibrilin;
- Penso esterilizado e impermeável;
- Recipiente para resíduos.

Cuidados de Enfermagem:


- Explicar o procedimento ao doente;
- Higienizar as mãos;
- Abrir campo estéril e colocar todo o material necessário;
- Calçar luvas limpas;
- Retirar delicadamente o penso sujo, caso ainda tenha penso no local de inserção do cateter;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas esterilizadas;
- Observar cuidadosamente o local de inserção do cateter;
- Desinfetar a pele do local onde o cateter está implantado, utilizando técnica assética cirúrgica;
- Localizar a câmara do reservatório por palpação, fixando-a entre os dedos polegar e indicador da mão não dominante;
- Puncionar a câmara com agulha tipo Huber (previamente purgada com soro fisiológico), perpendicularmente e no centro do septo, até sentir que a extremidade da agulha tocou o fundo metálico da câmara;
- Conectar seringa de 10 ml e aspirar no mínimo de 3 ml de sangue para remoção da solução heparinizada da câmara;
- Se for necessário colher sangue para análises, deve ser feito neste momento, retirando a quantidade necessária - Conectar seringa com 10 ml de soro fisiológico (flush), para promover a limpeza do cateter;

Elaborado por:	Revisto por:
----------------	--------------

 <p> Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	Cateteres Totalmente Implantados Heparinização e Desheparinização	Elaborado em _____	Folha 5/6
		Revisão em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

- Conectar seringa com a solução heparinizada e injetar os 3 ml indicados, para manter a permeabilidade do cateter;
 - Observar possíveis reações no doente, a fim de detetar eventuais complicações;
 - Retirar a agulha e aplicar compressão no local;
 - Colocar penso estéril, caso se justifique;
 - Retirar as luvas;
 - Higienizar as mãos;
 - Registrar procedimento.
-
- **Monitorização / avaliação**
 - A substituição da agulha, nos casos de perfusão contínua, deve ser realizada a cada 7 dias e os sistemas a cada 4 a 7 dias;
 - O local de inserção da agulha deverá ser protegido com penso semipermeável transparente que pode ser complementado com compressa colocada por baixo da agulha de modo a evitar a sua movimentação e conseqüente danificação da membrana do cateter.

Elaborado por:	Revisão por:
----------------	--------------

 <p> CENTRO HOSPITALAR Tondela Viseu Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP </p>	<p>Cateteres Totalmente Implantados</p> <p>Heparinização e Desheparinização</p>	<p>Elaborado em _____</p>	<p>Folha 6/6</p>
		<p>Revisão em _____</p>	<p>Edição N.º 1</p>
		<p>IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem</p>	

- **Legislação, ordem de serviço, Bibliografia de suporte**
- Santos, R. F. M. (2015). Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado: Importância do manuseamento (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/23511>
- Santos, E. J. F. (2015). Eficácia da heparina e do soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais em adultos (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2858>
- Santos, E. J. F., Nunes, M. M. J. C., Cardoso, D. F. B., Apóstolo, J. L. A., Queirós, P. J. P., & Rodrigues, M. A. (2015). Eficácia da heparina e soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais: Revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 995-1003. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000600995&script=sci_arttext&tlng=pt
- Instituto Português de Oncologia, Coimbra. (2014). Cateter totalmente implantado: Guia de apoio. Coimbra: IPO. Acedido em - <https://ipocoimbrafg.files.wordpress.com/2016/01/ga-cti.pdf>
- Malcata, M. J., & Pequito, S. (2007). Cateter venoso central totalmente implantado e respectivas intervenções de enfermagem. *Nursing*, 17(226), 12-16.
- Álvarez Rodríguez, J. A., López González, A., Álvarez Rodríguez, L., & Alonso Arévalo, A. (2017). Catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial: Una alternativa que tener en cuenta. *Revista Rol de Enfermería*, 40(1), 48-54.
- Santos, R. F. M., & Maurício, M. D. A. L. L. D. (2016). Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado: Importância do manuseamento. *Servir*, 59(5-6), 60-67.

Elaborado por:

Revisão por:

ANEXO III – FORMAÇÃO EM SERVIÇO – CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS: PRÁTICA
BASEADA NA EVIDÊNCIA

Cuidados Pré-operatórios: Prática Baseada na Evidência

Nuno Pinto

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica - Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de Saúde.

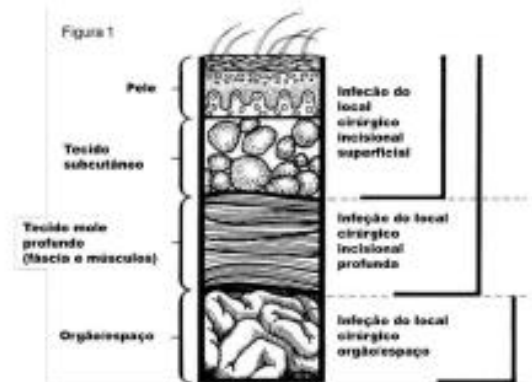
Introdução

- Parece-nos, essencial refletir no nosso dia-a-dia sobre o termo “cuidar”, porque achamos, que deve ser visto como uma prática que revele o conhecimento e a competência do enfermeiro que presta cuidados ao paciente.
- A adequada preparação pré-operatória do doente cirúrgico, é primordial para o sucesso de todas as fases que compõem o processo cirúrgico.

Introdução

▪ A Infecção do local cirúrgico é a infecção que ocorre no local da cirurgia até 30 dias do período pós-operatório, ou até 1 ano se for implementado qualquer corpo estranho. Classifica-se em: incisional superficial, incisional profunda e de órgão /espaço (figura 1).

▪ A adequada preparação pré-operatória do doente cirúrgico, é primordial para o sucesso de todas as fases que compõem o processo cirúrgico.



Adaptado de Santos M, Sousa J, et al. *Procedimentos técnicos de enfermagem*. São Paulo: Elsevier; 2010.

Figura 1 – Tipologias de Infecção do Local Cirúrgico

Metodologia

Tipo de Estudo

- **Revisão teórica com base numa pesquisa efetuada em Base de Dados Científicas.**
- (b-on; PubMed - NCBI; Scielo; Science Direct; Repositórios Científicos) e Livros publicados de índole académica.

Metodologia

Objetivos

- Promover o trabalho efetivo em equipa e minimizar assim os riscos para a segurança do doente cirúrgico.
- Considerar um conjunto de normas potenciais, avaliando as evidências para a sua inclusão nos protocolos de atuação;
- Estimar o impacto das medidas de atuação previamente idealizadas, avaliando os seus efeitos sobre o desempenho e a segurança;
- Prevenir a Infeção do Local Cirúrgico.

4

Período pré-operatório

Consulta de Enfermagem

- De acordo com Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006, p. 122), “a visita pré-operatória representa, numa perspetiva de continuidade, o primeiro elo de cadeia do processo dos cuidados perioperatórios”.



5

Período pré-operatório

Consulta de Enfermagem



▪ O enfermeiro do bloco operatório, tendo em conta as orientações da AESOP (2006), deverá iniciar esta visita começando:

- 1.º apresentar-se ao doente e explicar os objetivos da visita;
- 2.º seguidamente, informar ao doente quem será a pessoa que o vai receber no bloco;
- 3.º entregar o manual de acolhimento ou visualização de vídeo do bloco ou até mesmo propor uma visita ao próprio bloco operatório;
- 4.º observar e interpretar, através da comunicação verbal e não verbal, o comportamento do doente e avaliar a sua ansiedade; explicar de forma clara e objetiva, de forma a não deixar dúvidas;

6

Período pré-operatório

Consulta de Enfermagem



▪ O enfermeiro do bloco operatório, tendo em conta as orientações da AESOP (2006), deverá iniciar esta visita começando:

- 5.º mostra-se disponível para responder às questões/dúvidas do doente; caso dúvidas/questões foram de carácter médico, encaminhá-las para o mesmo; reforçar informações fornecidas pelo enfermeiro do internamento, sobre preparação pré-operatória; informar sobre a hora prevista de intervenção, tipo transporte, tempo permanência no bloco, locais por onde passará, estrutura da sala, apresentação da equipa, descrição dos equipamentos; referir que após cirurgia irá para unidade cuidados pós-anestésicos, explicando os seus objetivos;

7

Período pré-operatório

Consulta de Enfermagem



▪ O enfermeiro do bloco operatório, tendo em conta as orientações da AESOP (2006), deverá iniciar esta visita começando:

6.º falar sobre a dor e analgesia; prevenir sobre o desconforto após o acordar por presença de sondas, drenos, entre outros;

7.º e, finalmente assegurar-se que o doente compreendeu e valorizou as informações que lhe foram fornecidas.

8

Período pré-operatório

Preparação do Doente

▪ Identificar e corrigir ou minimizar fatores de risco como a imunodepressão, desnutrição ou obesidade e otimizar a terapêutica das doenças crónicas como a diabetes, doenças cardiovasculares ou pulmonares. Interromper o consumo de tabaco, se possível, pelo menos 30 dias antes de cirurgia eletiva.



▪ O período de internamento pré-operatório, para cirurgia programada, deve ser limitado ao mínimo.

8

Período pré-operatório

Preparação do Doente



- O banho pré-operatório com antissépticos reduz a colonização bacteriana da pele, o que poderá ser eficaz na prevenção da infeção do local cirúrgico.
- Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência. (Norma DGS 020/2015)
- Utilizar a solução antisséptica recomendada (ver norma “Utilização de antissépticos”).



9

Período pré-operatório

Preparação do Doente

“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico



(5) Durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes.

(4) Durante o período peri-operatório.

(3) Quando a hipotermia for absolutamente necessária, usar manta de calor imediatamente antes da cirurgia.

(2) Nos 90 minutos antes da cirurgia, sempre que indicado, em dose única ou durante um máximo de 24 horas (Norma N.º 001/2013 “Utilização Antibiótica Cirúrgica”).

(1) No dia anterior e no dia da cirurgia com, pelo menos, 2 horas antes da cirurgia.

10

Período pré-operatório

Preparação do Doente

- É importante a higiene cuidada da cavidade oral, pelo que se deve vigiar o seu cumprimento.



- A vigilância de todo o processo da higiene pré-operatória do doente deve ser uma prioridade, assim como o ensino destas práticas aos doentes autónomos.

11

Período pré-operatório

Preparação do Doente

- Fornecer ao doente toalhete de higiene e toalha limpos.
- No banho incluir o couro cabeludo e a higiene cuidada das unhas.
- O cabelo deve ir bem seco para o bloco operatório.



12

Período pré-operatório

Preparação do Doente



- Deve ser fornecida ao doente roupa apropriada para o procedimento cirúrgico a efetuar, tendo em consideração em simultâneo o seu conforto e dignidade.
- A mudança da roupa da cama e/ou da maca de transporte para o bloco operatório deve ser feita após o banho do doente e, se necessário, novamente antes de ir para o bloco operatório.

13

Período pré-operatório

Preparação do Doente

- A não realização de tricotomia está associada a um menor número de infeções. (Norma DGS 020/2015)



(3) Quando tricotomia absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da cirurgia

14

Período pré-operatório

Preparação do Doente

- A não realização de tricotomia está associada a um menor número de infeções. (Norma DGS 020/2015)



(3) Quando tricotomia absolutamente necessária, usar máquina de corte imediatamente antes da cirurgia

15

Período pré-operatório

Preparação do Doente

A tricotomia deve ser efetuada:

- Só quando estritamente necessário, por indicação do cirurgião;
- Na área o menos extensa possível;
- Imediatamente antes da cirurgia (não no bloco operatório);
- Com máquina elétrica, de cabeça descartável, que corte o pelo sem lesar a pele.
- O uso de lâminas de barbear ou de bisturi está contraindicado.



16

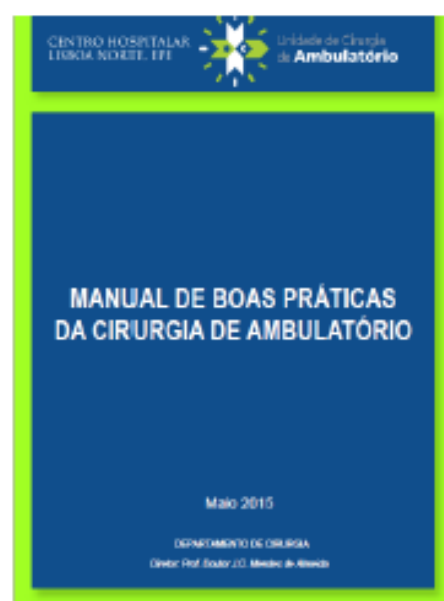
Conclusões

- A pertinência da implementação da lista de verificação de cirurgia segura, bem como as normas de orientação clínica subjacentes ao Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos permitem garantir que os passos para promover a segurança cirúrgica são realizadas de forma sistemática e em tempo oportuno alcançando, concomitantemente, ganhos positivos em saúde nos doentes cirúrgicos.
- Os sistemas de saúde pública devem estabelecer rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, volume e resultados.

17

Conclusões

- Os sistemas de saúde pública devem estabelecer rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, volume e resultados, dos quais, o delineamento e a inclusão de um Manual de Boas Práticas poderá ser uma solução bastante eficaz.



18

Lista de Referências

- Cañan, N. G. A., & Oda, R. M. O. (2003). Cuidados de enfermagem com o paciente cirúrgico. In D. V. A. Opromolla, & R. Baccarelli (eds.), *Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase* (p.p. 125-126). Bauruz: Instituto Lauro de Souza Lima. Acedido em http://hansen.bvs.ils.br/texto/c/fvro4OPROMOLLA_DILTOR_prevencao/membros2oinferiores/PDF/cuidados_e_nferm.pdf
- Pires, M. A. G., & Rego, A. (2016). Visita pré-operatória de enfermagem: importância da sua implementação. *S. env. r*, 59(5-6), 54-59.
- Perry, A. G., Potter, P. A., & Elkin, M. K. (2013). Cuidado pré e pós-operatório. In *Procedimentos e intervenções de enfermagem* (5ª ed., cap. 29, p.p. 692-788). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In K. Manley, & L. Bellman (eds.), *Enfermagem cirúrgica: Prática avançada* (cap. 20, p.p. 395-415). Loures: Lusodênda.
- Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório - <http://www.scielo.br/pdf/freeusp/v43n1/02.p.pdf>
- Cuidar da criança e família no pré-operatório - <https://comum.ucaap.pt/handle/10.400.26/15864>
- Cuidados de Enfermagem Pré e Pós - Operatórios em Cirurgia Ambulatória - <https://repositorio.esenfcp.pt/rc/>
- MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - http://dih.pt/media/kq/attachments/unidade_cirurgia_ambulatofo/Manual%20Ambulatorio%20Maio%202015.pdf
- O doente cirúrgico no período pré-operatório - <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/16487>
- Principais recomendações em cuidados pré-operatórios - DOI: 10.20513/2447-6595.2019v59n1p53-60
- Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico - <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26919>
- Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdftaspx>






Cuidados Pré-operatórios: Prática Baseada na Evidência

Nuno Pinto

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica - Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de Saúde.

ANEXO IV - PROCEDIMENTO PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

		
<p align="center">PROCEDIMENTO – Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico</p>		<p>Documento nº Versão nº Data:</p>
<p>Aprovado:</p>		<p>Data de Aprovação:</p>

TÍTULO:

Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

ÂMBITO:

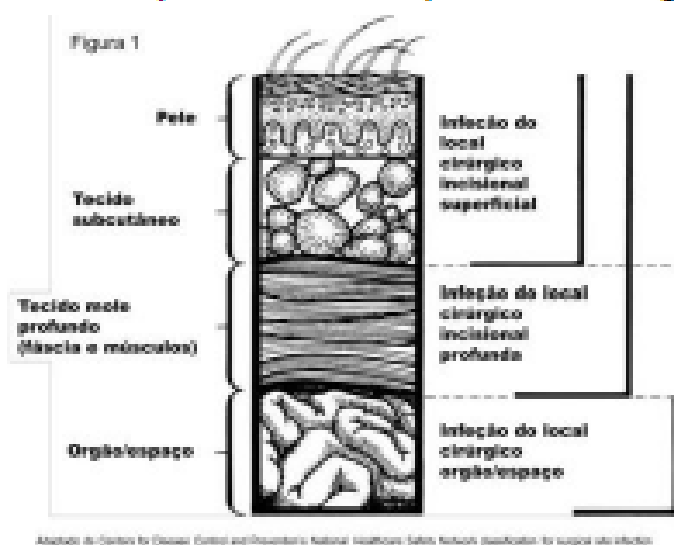
Aplicável ao Bloco Operatório

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:

Médicos e Enfermeiros

FUNDAMENTO(S):

A Infecção do local cirúrgico é a infecção que ocorre no local da cirurgia até 30 dias do período pós-operatório, ou até 1 ano se for implementado qualquer corpo estranho. Classifica-se em: incisional superficial, incisional profunda e de órgão /espaço (figura 1).



É atualmente uma das infeções nosocomiais mais frequentes. Num inquérito que abrangeu 103 hospitais, realizado em Portugal em 2012, representou 18% das infeções hospitalares, sendo a infeção mais frequente nos Serviços de Cirurgia. Tendo em conta os elevados custos associados, humanos (morbilidade e mortalidade) e económicos (diretos e indiretos), é fundamental implementar medidas que visem a sua prevenção.

OBJETIVO(S):

Diminuir a infeção do local cirúrgico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Recomendações:

Na prevenção da infeção do local cirúrgico devemos ter em consideração, além de alguns princípios gerais, três períodos: pré-operatório, intraoperatório e o pós-operatório.

Princípios gerais:

A estrutura do Bloco Operatório e sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado devem obedecer às normas vigentes da DGS. (http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf)

Deve ser cumprido o protocolo de limpeza e desinfeção obrigatoriamente existente nos blocos operatórios, e contempla vários tempos (início da cirurgia, entre cirurgias, no final dos tempos cirúrgicos e a limpeza semanal e global).

A esterilização de instrumentos cirúrgicos deve estar de acordo com a norma (<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-normas-e-procedimentos-para-um-servico-central-de-esterilizacao-em-estabelecimentos-de-saude-central-de-esterilizacao.aspx>).

Estando em vigor a obrigatoriedade de participar no projeto "cirurgia Segura, Salva Vidas" (Norma 02/2013 de 12/02/2013 da DGS), deve ser assegurado o seu cumprimento.

Período pré-operatório:

1.º Preparação do doente:

- Identificar e tratar todas as infeções antes da cirurgia.
- Identificar e corrigir ou minimizar fatores de risco como a imunodepressão, desnutrição ou obesidade e otimizar a terapêutica das doenças crónicas como a diabetes, doenças cardiovasculares ou pulmonares. Interromper o consumo de tabaco, se possível, pelo menos 30 dias antes de cirurgia eletiva.

O período de internamento pré-operatório, para cirurgia programada, deve ser limitado ao mínimo.

O banho pré-operatório com antissépticos reduz a colonização bacteriana da pele, o que poderá ser eficaz na prevenção da infeção do local cirúrgico:

- Utilizar a solução antisséptica recomendada (ver norma "Utilização de antissépticos"). O banho deve ser feito na véspera da cirurgia e no próprio dia, efetuado até 2 horas
- Antes da cirurgia, incluir o couro cabeludo e a higiene cuidada das unhas.
- O cabelo deve ir bem seco para o bloco operatório. Fornecer ao doente toalhete de higiene e toalha limpos.
- É importante a higiene cuidada da cavidade oral, pelo que se deve vigiar o seu cumprimento.
- A vigilância de todo o processo da higiene pré-operatória do doente deve ser uma prioridade, assim como o ensino destas práticas aos doentes autónomos. Na cirurgia programada/ambulatoria o doente deve ser previamente instruído para fazer preparação pré-operatória no domicílio.
- Deve ser fornecida ao doente roupa apropriada para o procedimento cirúrgico a efetuar, tendo em consideração em simultâneo o seu conforto e dignidade.
- A mudança da roupa da cama e/ou da maca de transporte para o bloco operatório deve ser feita após o banho do doente e, se necessário, novamente antes de ir para o bloco operatório.

A não realização de tricotomia está associada a um menor número de infeções. Enquanto parte da preparação pré-operatória, deve ser executada por técnicos de saúde ou sob orientação e supervisão destes. Se necessária, a tricotomia deve ser efetuada:

- Só quando estritamente necessário, por indicação do cirurgião.
- Na área o menos extensa possível;
- Imediatamente antes da cirurgia (não no bloco operatório);
- Com máquina elétrica, de cabeça descartável, que corte o pelo sem lesar a pele.
- O uso de lâminas de barbear ou de bisturi está contraindicado.

2.º A Equipa Cirúrgica:

Os profissionais que entrem na sala de operações não devem usar adornos (pulseiras, anéis, relógios, entre outros) e devem manter as unhas curtas, limpas, sem verniz ou adereços artificiais.

Utilizar vestuário e calçado apropriado e nunca sair com eles do bloco operatório. O calçado deve suportar lavagem/desinfecção térmica diária. Não utilizar cobertura nos sapatos com o objetivo de prevenir a infeção.

Colocar touca que cubra completamente o cabelo e máscara que cubra o nariz e a boca. A máscara deve ser mudada sempre que estiver húmida ou que seja considerado necessário (recomenda-se o uso de máscara com proteção de fluidos e ocular, dada a imprevisibilidade de ocorrência de salpicos).

Proceder à desinfecção cirúrgica das mãos de acordo com a norma (<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>).

Calçar luvas estéreis depois de vestir a bata, as quais devem ser mudadas em tempos operatórios diferentes da mesma cirurgia e sempre que for considerado necessário. Recomenda-se o uso de dois pares de luvas, tendo em conta que a sua perfuração é uma potencial fonte de contaminação.

Em relação a profissionais com doenças infecciosas ou portadores (colonizados) de agentes patogénicos, devem ser tomadas as seguintes medidas:

O Serviço de Saúde Ocupacional deve determinar a necessidade desses profissionais interromperem ou não a sua atividade e orientar a vigilância dos mesmos;

Como regra geral, não devem ser excluídos os profissionais colonizados com *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus* do grupo A, a não ser que sejam identificados como estando na origem de surtos de infeção.

3.º Antibioterapia profilática:

A profilaxia antibiótica cirúrgica deve ser efetuada de acordo com o protocolo em vigor na instituição.

Período intraoperatório:

Manter as portas do Bloco Operatório sempre fechadas, exceto para a passagem do doente, material ou pessoal.

O número de pessoas dentro da sala de operações deve ser reduzido ao mínimo indispensável. Devem evitar-se movimentações desnecessárias. Nas cirurgias com colocação de próteses, deve-se minimizar o tempo de exposição ao ar.

Técnica anestésica e cirúrgica:

Nos doentes submetidos a cirurgia com anestesia geral e ventilação mecânica, fornecer oxigénio suplementar durante todo o período peri-operatório, até pelo menos 2 horas após cirurgia.

- Manter a normotermia (36 °C) durante o período peri-operatório.
- Recomendam-se valores de glicémia inferiores a 200 mg/dl, durante a cirurgia.
- Preparar o equipamento e soluções estéreis imediatamente antes da sua utilização.
- Utilizar batas e campos que sejam uma barreira microbiológica eficaz mesmo quando molhados.
- Substituir os fatos quando molhados, contaminados por sangue ou outras matérias potencialmente infecciosas.
- Respeitar a técnica asséptica na colocação dos campos operatórios. Não reposicionar os campos.
- Cumprir os princípios de assepsia na colocação de dispositivos intravasculares, cateteres anestésicos ou na administração de fármacos endovenosos.
- Desinfetar a área cirúrgica com soluto antisséptico de base alcoólica recomendado ou, se não for possível, utilizar um antisséptico em solução aquosa respeitando o tempo de atuação do produto. Deve ser aplicado com movimentos concêntricos, do centro para a periferia, cobrindo uma área suficientemente extensa para permitir o alargamento da incisão ou a colocação de drenos. Deve aguardar-se a secagem completa do antisséptico (não forçar a secagem).
- Manipular os tecidos com suavidade. Manter uma hemostase eficaz e reduzir ao mínimo os tecidos desvitalizados e corpos estranhos. Evitar os espaços mortos no local cirúrgico.

- › Quando o cirurgião considerar que existe contaminação significativa do local cirúrgico fazer encerramento primário retardado ou deixar a incisão fechar por segunda intenção.
- › Deve ser ponderado o risco/benefício aquando da colocação de drenos. Devem ser macios e de material preferencialmente radiopaco que se mantenha íntegro e não liberte partículas. No caso da sua utilização, a sua remoção deve ser o mais precoce possível. O local de inserção dos drenos deve ser separado da incisão e deve ser utilizada drenagem em circuito fechado. O penso dos drenos deve ser individualizado.

Período pós-operatório:

Proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas. Não remover o penso antes das 48 horas, a não ser que seja absolutamente necessário (ex. penso repassado).

- › Quando for necessário fazer o penso, utilizar técnica asséptica.
- › Higienizar as mãos antes e após as mudanças de penso ou de qualquer contacto com o local da incisão.
- › Limpar com soluto estéril (ex. soro fisiológico) as feridas fechadas e as abertas que cicatrizam por segunda intenção, removendo todos os restos de matéria orgânica.
- › Fazer o ensino ao doente e à família/cuidadores acerca dos cuidados com a ferida operatória e vigilância de sinais e sintomas de infeção.
- › Enviar carta de alta ao médico assistente solicitando informação de retorno ao hospital, caso se verifique infeção pós-alta.

MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO:

Vigilância epidemiológica:

Deve ser efetuada a vigilância epidemiológica dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes e de maior risco (ver anexo III da norma 02/2013 da DGS – Cirurgia Segura, Salva Vidas), através da utilização do programa HAI-SSI do ECDC, IH-ILC na versão portuguesa, anteriormente designada de HELICS-Cirurgia, disponível na plataforma (<https://rios-insa.min-saude.pt/>).

Divulgar os resultados a todos os profissionais que integraram essas equipas cirúrgicas ou colaboraram na sua realização.

LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:

- Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório - <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>
- Cuidar da criança e família no pré-operatório - <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15864>
- Cuidados de Enfermagem Pré e Pós-Operatórios em Cirurgia Ambulatória - <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - http://chln.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/Manual%20Ambulatorio%20Maio%202015.pdf
- O doente cirúrgico no período pré-operatório - <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/16187>
- Principais recomendações em cuidados pré-operatórios - DOI: 10.20513/2447-6595.2019v59n1p53-60
- Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico - <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26919>
- Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>

- Galan, N. G. A., & Oda, R. M. O. (2003). Cuidados de enfermagem com o paciente cirúrgico. In D. V. A. Opromolla, & R. Baccarelli (eds.), *Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase* (pp. 125-126). Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima. Acedido em http://hansen.bvs.ilsil.br/textos/livros/OPROMOLLA_DILTOR_prevencao/membros%20inferiores/PDF/cuidados_enferm.pdf

- Pires, M. A. G., & Rego, A. (2016). Visita pré-operatória de enfermagem: Importância da sua implementação. *Servir*, 59(5-6), 54-59.

- Perry, A. G., Potter, P. A., & Elkin, M. K. (2013). Cuidado pré e pós-operatório. In *Procedimentos e intervenções de enfermagem* (5ª ed., cap. 29, pp. 692-718). Rio de Janeiro: Elsevier.

- Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In K. Manley, & L. Bellman (eds.), *Enfermagem cirúrgica: Prática avançada* (cap. 20, pp. 395-415). Loures: Lusociência.

Elaborado por:	Revisão por:
----------------	--------------

