

Stresse nos enfermeiros de urgência na abordagem à pessoa em situação crítica

Ilda Lúcia da Costa Fernandes

**Relatório Final de estágio à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Orientador – Professor Doutor Carlos Magalhães

Categoria – Professor Adjunto

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

Este relatório final de estágio profissional inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Novembro 2023



Fernandes; L.C.I. (2023). STRESSE NOS ENFERMEIROS DE URGÊNCIA NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

Agradecimentos

Pelo seu contributo para a realização deste trabalho gostaria de manifestar o meu sincero agradecimento ao Professor Doutor Carlos Magalhães da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança por ter aceite orientar este trabalho, e por todo o conhecimento partilhado e valiosas sugestões e orientações.

Ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro onde decorreu o estudo, por ter admitido a sua realização, e em particular ao enfermeiro gestor do serviço de Urgência pelas facilidades na sua execução.

Um agradecimento muito especial aos meus colegas do serviço de Urgência que responderam ao questionário, mas em particular à minha Colega e amiga Marisa Ferreira pelo seu apreço, dedicação e disponibilidade na sugestão de ideias para a melhoria deste trabalho.

Sem a generosidade de todos este trabalho não seria possível.

O meu profundo agradecimento

RESUMO

Enquadramento: Os enfermeiros são um grupo profissional particularmente suscetível de experienciar com o stresse, pela natureza das suas funções. A exposição permanente ao contacto humano com doentes e familiares, a gestão de situações de emergência, em que um pequeno erro pode comprometer a sobrevivência ou o prognóstico do doente, a interação com outros profissionais de saúde, o trabalho por turnos e a disrupção de ritmos circadianos, a morte de doentes, de entre outros fatores, criam uma conjuntura em que o enfermeiro experiencie níveis elevados de stresse no seu dia-a-dia.

Objetivos: Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal; Identificar os principais fatores indutores de stresse nos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal; Avaliar a relação entre os fatores indutores de stresse e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo, transversal correlacional, avaliando os níveis de stresse numa amostra de 54 enfermeiros de um serviço de urgência de um hospital da região do norte de Portugal através da aplicação da Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros e de um questionário para fazer o levantamento de aspetos sociodemográficos e profissionais.

Resultados: Os participantes no estudo (n=54) eram maioritariamente do sexo feminino (68,5%). A classe etária dominante (63%) foi a dos 31-40 anos. O estado civil dos enfermeiros dividiu-se quase equitativamente entre os que estão sozinhos e aqueles casados ou união de facto. Quarenta enfermeiros (74,1%) eram licenciados, e os restantes 25,9% mestres. Trinta e três eram enfermeiros (61.1%), os restantes eram especialistas (38,9%). O tempo de serviço mais frequente (46,3%) foi 11 a 20 anos, e 2 a 10 anos no Serviço de Urgência. O contrato sem termo foi a modalidade de vínculo mais frequente (74,1%). Só 35,2% dos enfermeiros indicou acumular funções noutra instituição. O valor médio observado para o conjunto de profissionais que constituíram a amostra foi de 80,94±11,95. Considerando que o ponto médio da escala é de 85 pontos, pode considerar-se que os enfermeiros do SU apresentam, em média, níveis medianos de stresse. Das várias componentes da escala, a “carga de trabalho” integrada na componente “ambiente físico” foi um domínio onde foram registados níveis de stresse elevados. Na componente de “ambiente psicológico” a morte do doente e a incerteza quanto aos tratamentos representaram maior stresse para os enfermeiros.

No “ambiente social” a relação com os médicos mostrou-se como um fator importante na percepção de stresse pelos enfermeiros. Atendendo aos resultados da relação das variáveis sociodemográficas na percepção do stresse percebido pelos enfermeiros, avaliado com a ESPE, os enfermeiros do sexo masculino e aqueles que têm a habilitação de mestre apontam para níveis mais elevados de percepção de stresse. Também ao nível do estado civil verifica-se que os enfermeiros casados percebem níveis mais elevados de stresse. Pelo contrário, a idade dos enfermeiros, avaliada em classes de 10 anos, não evidenciou ter influência na percepção de stresse. Não se observou uma relação entre as variáveis profissionais e a percepção do stresse pelos enfermeiros, avaliado pela pontuação total da ESPE. Há, porém, diferenças pontuais em fatores da escala que apontam para os enfermeiros que trabalham há pouco tempo no SU e aqueles que aí trabalham entre 11 e 20 anos percebem mais stresse associado ao conflito com outros profissionais, assim como uma tendência para os profissionais com contrato a termo certo sentirem perceberem mais stresse

Conclusão: O enfermeiro que trabalha num serviço de urgência está sujeito a inúmeros stressores. Há aspetos técnicos, relacionais e emocionais que potencial o agravamento do stresse nos enfermeiros. Tratando-se de um serviço que lida permanentemente com a vida ou morte do doente, particularmente na área do doente crítico, o stresse do enfermeiro deve ser olhado com atenção, pois as implicações cognitivas do stresse crónico podem fazer o profissional ter uma prestação de menor qualidade. Particularmente na área dedicada a doentes críticos, todas as capacidades cognitivas do enfermeiro são valiosas, pelo que é determinante que se consiga criar um ambiente de reduzido stresse para que os cuidados prestados sejam de elevada qualidade, como se espera e exige que aconteça.

Palavras-chave: Stresse, Enfermeiro, Escala de avaliação de stresse em enfermeiros (ESPE)

ABSTRACT

Background: Nurses are a professional group particularly susceptible to experiencing stress due to the nature of their work. The constant exposure to human contact with patients and their families, the management of emergency situations where a small error can compromise the patient's survival or prognosis, interaction with other healthcare professionals, shift work and disruption of circadian rhythms, and the death of patients, among other factors, create a situation in which nurses experience high levels of stress in their daily lives.

Objectives: Characterize the sociodemographic and professional profile of nurses in the Emergency Service of a Hospital Center in the north of Portugal; Identify the main factors that induce stress in nurses in the Emergency Department of a Hospital Center in the north of Portugal; Assess the relationship between stress-inducing factors and sociodemographic and professional variables.

Methods: A descriptive, cross-sectional correlational study was conducted, evaluating stress levels in a sample of 54 nurses from an emergency department in a hospital in the northern region of Portugal. This was done through the application of the Nurses' Professional Stress Scale and a questionnaire to collect sociodemographic and professional information.

Results: The study participants (n=54) were predominantly female (68.5%). The dominant age group (63%) was between 31 and 40 years old. The marital status of the nurses was almost equally divided between those who are single and those who are married or in a domestic partnership. Forty nurses (74.1%) had a bachelor's degree, and the remaining 25.9% had a master's degree. Thirty-three were general nurses (61.1%), while the remaining were specialists (38.9%). The most frequent length of service was 11 to 20 years (46.3%), both overall and in the Emergency Department. Permanent contracts were the most common employment type (74.1%). Only 35.2% of nurses indicated that they held additional positions in another institution. The average observed value for the professionals in the sample was 80.94 ± 11.95 . Considering that the midpoint of the scale is 85 points, it can be considered that nurses in the Emergency Department have, on average, moderate to high levels of stress. Among the various components of the scale, "workload" within the "physical environment" domain was an area where high levels of stress were reported. In the "psychological environment" component, the death of patients and uncertainty about treatments were identified as major sources of stress for nurses. In the "social environment," the relationship

with doctors was found to be an important factor in nurses' perception of stress. Regarding the relationship between sociodemographic variables and the perceived stress reported by nurses, as evaluated by the Nurses' Professional Stress Scale, male nurses and those with a master's degree reported higher levels of perceived stress. Additionally, married nurses indicated higher levels of stress. On the other hand, the age of nurses, assessed in 10-year intervals, did not show any influence on the perception of stress. There was no significant relationship between professional variables and nurses' perception of stress, as measured by the total score of the Nurses' Professional Stress Scale. However, there were some isolated differences in scale factors indicating that nurses who had recently started working in the Emergency Department and those who had been working there for 11 to 20 years perceived more stress related to conflicts with other professionals. There was also a tendency for professionals with fixed-term contracts to report higher levels of perceived stress.

Conclusion: Nurses working in an emergency department are exposed to numerous stressors. Technical, relational, and emotional aspects contribute to the exacerbation of stress in nurses. Considering that this department deals constantly with life or death situations, particularly in critical care, nurses' stress should be closely monitored, as the cognitive implications of chronic stress can impair their performance. In the field dedicated to critical patients, all cognitive abilities of the nurse are valuable, so it is crucial to create a low-stress environment to ensure the provision of high-quality care, as expected and demanded.

Keywords: Stress, Nurse, Nurses' Professional Stress Scale (ESPE)

Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ACTH - do inglês *Adrenocorticotropic hormone*

AL - do inglês, *Allostatic load*

APA - *American Psychology Association*

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRH - do inglês *Corticotropin-releasing hormone*

DP - Desvio Padrão

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESPE - Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros

et al. - e outros autores

GH - do inglês *Growth hormone*

GnRH - do inglês *Gonadotropin-releasing hormone*

GPT - Grupo Português de Triagem

H. - *Helicobacter*

HIV - do inglês *Human immunodeficiency virus*

HPA - Hipotálamo-pituitária-adrenais

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PRAISES - do inglês *Physical, Recreational, Artistic, Intellectual, Spiritual, Employment, Social*

ROS - do inglês *Reactive Oxygen Species*

SAM - Simpático-adrenal-medular

SIDA - Síndrome da imunodeficiência adquirida

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRRS - do inglês *Social readjustment rating scale*

SE- Sala de Emergência

SIV- Suporte Imediato de Vida

SU - Serviço de Urgência

SUB- Serviço de Urgência Básica

SUMC- Serviço de Urgência Médico- cirúrgica

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

TSH - do inglês, *Thyroid-stimulating hormone*

UCIP- Unidade de cuidados intensivos polivalentes

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

RESUMO.....	III
ABSTRACT	V
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. DEFINIÇÃO E MECANISMOS PSICOLÓGICOS DO STRESSE	7
2. IMPLICAÇÕES DO STRESSE PARA A SAÚDE	10
2.1. SISTEMA ENDÓCRINO	13
2.2. SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	14
2.3.SISTEMA GASTROINTESTINAL	15
2.4. SISTEMA IMUNITÁRIO	16
2.5. PELE	16
2.6. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO.....	17
2.7. IMPLICAÇÕES NA ADESÃO A COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS	18
3- FATORES DE STRESSE E ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>.....	19
4. O STRESSE NA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	25
5. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	28
5.1. PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	30
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO	35
1. METODOLOGIA	37
1.1.QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	37
1.2.OBJETIVOS DO ESTUDO.....	38
1.3.TIPO DE ESTUDO	38
1.4.POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
1.5.PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS	40
1.6.ÍSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	40
1.7. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	45
1.8. VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	45
1.9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	46
1.10. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	48
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	51
2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA.....	51
2.2. PERCEÇÃO DE STRESSE DOS ENFERMEIROS DA AMOSTRA.....	54
2.3. PERCEÇÃO DE STRESSE (GLOBAL E POR DIMENSÃO) DA AMOSTRA E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS.....	56
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
CONCLUSÃO DO ESTUDO	75

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICES.....	97
APÊNDICE I- RELATÓRIO DE ESTÁGIO	99
APÊNDICE II- QUESTIONÁRIO.....	135
APÊNDICE III- CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO.....	141
ANEXOS.....	143
ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DA ESCALA DE STRESSE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	145
ANEXO II- PARECER/AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	149
ANEXO III- COMPROVATIVO DA SUBMISSÃO DE ARTIGO.....	152

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Modelo alostático do processo de stresse</i>	11
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Adaptação comportamental e física durante um episódio de stresse agudo</i>	12
Tabela 2. <i>Escala de classificação de reajuste social</i>	20
Tabela 3. <i>Modelo PRAISES de balanço do estilo de vida</i>	23
Tabela 4 <i>Fatores da ESPE</i>	44
Tabela 5. <i>Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros da amostra</i>	51
Tabela 6. <i>Caracterização profissional dos enfermeiros da amostra</i>	53
Tabela 7. <i>Estatísticas descritivas das fontes de stresse profissional da escala ESPE nos enfermeiros da amostra</i>	55
Tabela 8. <i>Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) entre enfermeiros do sexo feminino e masculino</i>	57
Tabela 9. <i>Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) entre enfermeiros de diferentes escalões etários</i>	58
Tabela 10. <i>Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) pelos enfermeiros que vivem sozinhos (solteiros/divorciados) e os que vivem maritalmente (casados, unidos de facto)</i>	60
Tabela 11. <i>Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) entre enfermeiros licenciados e mestres</i>	61
Tabela 12. <i>Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) entre enfermeiros e especialistas</i>	62
Tabela 13. <i>Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) com o tempo total de serviço</i>	63
Tabela 14. <i>Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) e o tempo de serviço no SU</i>	64
Tabela 15. <i>Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) com o tipo de vínculo contratual</i>	66
Tabela 16. <i>Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) pelos enfermeiros que acumulam e não acumulam funções noutra instituição</i>	67

INTRODUÇÃO

O stress é uma resposta adaptativa a um estímulo que provoca exaltação emocional, sendo uma resposta influenciada pelas características particulares de cada pessoa e do meio externo (Honorato & Machado, 2019).

O stress pode ser categorizado com base em diferentes critérios, incluindo a duração (agudo, crónico), domínio (físico, psicológico) e severidade (traumático, mal-estar contínuo). O stress psicológico nem sempre é fácil de definir e diagnosticar. A sua identificação é muitas vezes baseada no stress percebido - situações ou eventos que o indivíduo reconhece ter dificuldade em enfrentar ou gerir. A avaliação de uma situação como ameaçadora (stressor) desencadeia a resposta psicofisiológica reconhecida como resposta ao stress. Essa resposta pode ser moderada pela percepção de controlabilidade do stressor, particularmente na evolução do stress para uma situação crónica, quando há uma fraca percepção de controlabilidade. (Larzelere & Jones, 2008). O stress psicológico, ou psicossocial está habitualmente presente na vida das pessoas quando fazem face a uma situação potencialmente adversa, à qual têm de se adaptar (Bani-Issa et al., 2020). Quando o stress evolui para um estado crónico, está permanentemente presente e de uma forma estável, podendo ir respondendo a algumas adaptações comportamentais, sociais ou mesmo psicofisiológicas (Hänsel et al., 2010).

Os serviços de urgência (SU) são locais de grande instabilidade, onde os enfermeiros estão em constante contacto com doentes graves, em que é necessário tomar decisões rápidas e em tempo útil, e onde a possibilidade de ocorrência de incidentes adversos, como a morte de um doente, é grande, a sobrecarga dos horários de trabalho, das funções e desvalorização salarial estão mais suscetíveis aos efeitos negativos do stress (Pinho et al., 2020).

O stress é um problema grave que flagela uma grande parte dos cidadãos na atualidade. Os enfermeiros são um grupo profissional particularmente sujeito a este distúrbio, pela natureza das suas funções (Bani-Issa et al., 2020).

A profissão de enfermagem é considerada uma profissão stressante, devido a problemas em lidar com os doentes e as suas famílias, com a morte e morrer, elevada carga de trabalho e alguns conflitos entre estes e a equipa médica. Estes fatores são altamente stressantes e têm impactos negativos sobre saúde física e mental dos enfermeiros (Alomari, et al., 2021). Para além dos fatores desencadadores de stress específicos da profissão, os enfermeiros como seres humanos estão expostos a todos os fatores que assolam a sociedade em geral, como as

relações pessoais, dificuldades financeiras, apoio a familiares dependentes, de entre muitos outros (Aeby et al., 2021; Patterson, 2002).

As consequências dos níveis elevados de stresse continuamente são bem conhecidas. Os efeitos na saúde são múltiplos. A nível físico incluem problemas cardiovasculares, obesidade e diabetes tipo 2, redução da imunidade, favorecimento de doenças autoimunes, de entre outros. A nível psicológico há uma perda generalizada de qualidade de vida por haver uma perceção de bem-estar reduzida, que pode evoluir para depressão ou despertar ou agravar perturbações do foro psiquiátrico, incrementar consumos de nicotina, bebidas alcoólicas ou outras drogas, e, no limite a exaustão emocional, reconhecida como *burnout* ou esgotamento (Abellanoza et al., 2018; Chen et al., 2009).

A profissão de enfermagem é uma profissão desgastante, principalmente quando exercida em contextos que envolvem a prestação de cuidados ao doente em situação crítica. Os enfermeiros, diariamente podem manifestar sinais que afetem a sua saúde mental, dado que enfrentam a dor física e emocional e ultrapassam situações frágeis no trabalho (Batalha et al., 2020).

Perante a realidade vivenciada diariamente pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica surge a necessidade de identificar os fatores indutores de stresse e encontrar estratégias para lidar com essa mesma problemática. O decreto-lei nº135/2018, 2018, p.19364 da Ordem dos Enfermeiros que rege o acréscimo de competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica refere que *“Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”*.

Com base nestas considerações e no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionada na Escola Superior do Instituto Politécnico de Bragança, surgiu o interesse em realizar-se um estudo subordinado ao tema “Stresse nos enfermeiros de urgência na abordagem à Pessoa em Situação Crítica”. A escolha deste tema teve origem no interesse pessoal e profissional, formulando-se como questões de investigação:

- Qual a perceção de stresse nos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal na abordagem da Pessoa em Situação Crítica?

- Qual a relação entre a perceção de stresse nos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal e as variáveis sociodemográficas e profissionais?

Para responder a estas questões, formularam-se os objetivos de investigação:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal;
- Identificar os principais fatores indutores de stresse nos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal;
- Avaliar a relação entre os fatores indutores de stresse e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Para dar consecução a estes objetivos, optou-se por desenvolver um estudo descritivo, transversal correlacional, de cariz quantitativo.

Estruturalmente o presente estudo está dividido em dois capítulos, o enquadramento teórico (capítulo I) e o estudo empírico (capítulo II). No capítulo I sistematiza-se informação que suporta o problema de investigação. O stresse é abordado na perspetiva dos fatores que o induzem, ou stressores, das consequências para a saúde do enfermeiro e para a qualidade dos cuidados que presta, e apontam-se também algumas estratégias com potencial para mitigar o problema. O capítulo II inclui o estudo empírico, e tem uma organização convencional em metodologia, resultados, discussão e conclusões. Na secção de metodologia apresentam-se os aspetos de definição da questão e objetivos de investigação, população e amostra, apresenta-se o instrumento de recolha de informação sobre o stresse “Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros (Gray-Toft & Anderson, 1981; Santos & Teixeira, 2008)”, assim como os procedimentos éticos inerentes à sua aplicação, e apresentam-se aspetos relativos à definição e operacionalização de variáveis, assim como a estratégia de tratamento de dados utilizada. A apresentação de resultados inclui inicialmente uma abordagem onde o enfoque é colocado na perspetiva descritiva da situação, o que nos permite ter uma visão diagnóstica sobre o problema na amostra em estudo. Seguidamente, os resultados são analisados utilizando estatísticas inferenciais para testar a relação entre variáveis demográficas e profissionais nos níveis de stresse percecionados pelos profissionais. Na discussão de resultados, destacar-se-ão os resultados mais importantes do estudo empírico, e tentar-se-á justificar a sua ocorrência, quer no quadro teórico, quer numa perspetiva comparativa com outros estudos sobre a mesma temática. As conclusões sistematizam os principais achados e apontam algumas medidas que poderiam vir a ser consideradas em intervenções para mitigar o problema.

O suporte bibliográfico do estudo foi reunido por pesquisa nas bases de dados PubMed e B-on, recorrendo-se pontualmente a outras fontes de informação como livros, dissertações de

mestrado e páginas web de algumas organizações. As referências bibliográficas são apresentadas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA), 7ª edição.

Incorporado no respetivo mestrado, está a obrigatoriedade da realização de 3 campos de estágios, sendo um deles de carácter opcional. Desta forma iniciei o meu estágio na emergência pré-hospitalar nomeadamente na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Bragança e Suporte Imediato de Vida (SIV) de Mirandela, posteriormente ingressei na unidade de cuidados intensivos polivalentes (UCIP) da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE - Unidade Hospitalar de Bragança e por último terminei o campo de estágio no Serviço de Urgência (SU) da mesma unidade hospitalar. No Apêndice I encontra-se o Relatório Final de Estágio Profissional, realizado no final da referida componente clínica. Aquando da realização da prática clínica, desenvolvi a problemática que deu origem ao presente estudo.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÒRICO

1. DEFINIÇÃO E MECANISMOS PSICOLÓGICOS DO STRESSE

O stresse resulta de um processo dinâmico de interação em que ocorrem trocas permanentes entre um indivíduo e o ambiente. Assim, a resposta do indivíduo ao stresse vai ser condicionada pela percepção individual e pelos recursos internos disponíveis, para o enfrentar (Santos et al., 2016). A reação de stresse pode ser desencadeada por causas físicas ou psicossociais. As causas físicas são um tipo de stresse desencadeado quando há um dano físico concreto no organismo, como uma lesão, em que o organismo prepara uma resposta hormonal para acionar os mecanismos de cura, prevenção de infecção e controlo de dor (Kim et al., 2021). Este tipo de stresse está limitado a situações muito pontuais de dano efetivo no organismo, e não é o tipo stresse sobre o qual este estudo se foca. O stresse psicossocial é desencadeado por uma pletera de fatores, os stressores, como o aumento da criminalidade na sociedade, crises económicas, dívidas pessoais, insegurança profissional, conflitos domésticos ou profissionais, excesso de trabalho, baixa autoestima, ou mudanças tecnológicas. Este tipo de stresse está habitualmente presente na vida das pessoas, quando fazem face a uma situação potencialmente adversa, à qual têm que se adaptar (Koolhaas et al., 2011). Neste contexto, o stresse tornou-se, em si mesmo, uma síndrome, que tem uma elevada prevalência quer em sociedades ditas desenvolvidas, quer naquelas em vias de desenvolvimento. Ainda que os determinantes sejam potencialmente diferentes nesses contextos de riqueza ou de pobreza, o resultado é similar, a vivência de stresse de forma sistemática, eventualmente elevada, que muitas vezes resulta em estados clínicos de ansiedade e/ou depressão (Silva-Pereira, 2021). O stresse, em algumas pessoas, ou em algumas fases das suas vidas, pode evoluir para uma situação crónica. Nesses casos de stresse psicossocial crónico, ele está permanentemente presente de uma forma estável, podendo ir respondendo a algumas adaptações, comportamentais, sociais ou mesmo psicofisiológicas (Hänsel et al., 2010). A reação do indivíduo ao stresse é muitas vezes conceptualizada no modelo da síndrome de adaptação geral (SAG). Quando um indivíduo é exposto a um stressor físico ou emocional, o indivíduo reconhece-o (reação de alarme) e desencadeia uma forte resposta fisiológica, psicológica ou comportamental ao stressor (fase de resistência), até que o desafio seja cumprido ou a adversidade passe, ou dito de outra forma, o stressor desapareça, ou então, que a capacidade de resposta do organismo seja esgotada (fase de exaustão) (Selye, 1951). Este modelo simples é de fácil compreensão e permite destacar a importância dos custos fisiológicos e psicológicos

de lutar contra o stressor. Este paradigma adapta-se com facilidade a situações em que há múltiplos stressores, stressores crónicos, ou quando os fatores pessoais ou ambientais reduzem a capacidade do indivíduo lidar com o stress. Ainda que na atualidade se olhe para o stress através de uma perspectiva patogénica, este estado e a adaptação aludida por Selye (1951) no modelo SAG não tem que ser sempre negativo. Algumas mudanças na vida são promotoras de stress, mas são apreciadas, como uma cerimónia de casamento ou umas férias num destino desconhecido. Esse stress agradável não tem as consequências do stress nocivo que considerámos genericamente quando nos referimos a essa experiência, pois tem uma duração limitada, e a resposta psicofisiológica é mais ligeira (Heckenberg et al., 2018).

Do ponto de vista fisiológico, o stress envolve o mecanismo resposta de “luta ou fuga”. Este mecanismo ancestral que a espécie humana herdou dos seus antepassados, expostos a inúmeros perigos efetivos à sua integridade física e sobrevivência, serve para produzir, face a uma ameaça (situação de stress agudo), mudanças rápidas no sistema nervoso, cardiovascular, imune e endócrino. Quando uma situação é reconhecida como adversa, o hipotálamo produz hormona libertadora de corticotrofina (CRH, do inglês *corticotropin-releasing hormone*), que tem um papel central na resposta ao stress. Esta hormona vai estimular a produção da hormona adrenocorticotrópica pela glândula pituitária (ACTH, do inglês *adrenocorticotropic hormone*) que, por sua vez, vai sinalizar às glândulas adrenais para a produção de hormonas glucocorticoides, particularmente cortisol. Esta ação tripartida é conhecida como o eixo hipotálamo-pituitária-adrenais (HPA). Este mecanismo é regulado por retroação inibitória, pelo que é limitado à duração do episódio de stress. Em paralelo há também uma resposta ao nível do sistema nervoso central simpático (SAM, simpático-adrenal-medular). Este sistema é estimulado pela CRH produzida pelo hipotálamo, e leva a libertação de catecolaminas (epinefrina e noradrenalina) (Pfau & Russo, 2015). O cortisol e as catecolaminas são produzidas para aumentar a disponibilidade de energia para a reação “luta ou fuga”. O ritmo cardíaco e o volume sistólico aumentam. O sistema imunitário é ativado para prepara o organismo para a possibilidade de ferimentos. Atividades menos vitais (alimentação, crescimento, reprodução) são suspensas durante o momento da crise. Muitas destas mudanças têm custos fisiológicos, que são minimizados por um regresso rápido ao estado anterior de homeostase que antecedeu a crise, quando o stressor cessa. Porém, as situações stressantes persistem muitas vezes para além do período de tempo em que as respostas fisiológicas são de carácter adaptativo (Larzelere & Jones, 2008). Adicionalmente, há fatores psicológicos em certos indivíduos que levam a tornar stressores agudos em

crônicos, devido ao seu significado ou implicações. As diferenças individuais, de caráter genético, psicossocial ou cognitivo, estão associadas às diferentes respostas que diferentes indivíduos têm para a mesma situação (Yu, 2016). A transição de stressores psicológicos de uma situação aguda para crônica está muito associada ao tipo de memória que é construída com o primeiro evento adverso, que adquire o estatuto de stressor. Sabe-se que o cortisol também tem um papel importante na formação da memória através da sua ação na amígdala e no hipocampo. Os níveis elevados de stresse associados a condições de stresse podem apoiar a formação de memórias de longo prazo, que são apoiadas pela componente emocional do evento. Este aspeto é de grande importância, pois essa memória irá alimentar o ciclo de stresse crónico, e irá contribuir para ampliar o nível de resposta quando futuramente o individuo for exposto a um stressor semelhante. Evolutivamente este processo de fortalecimento da memória de um evento adverso estaria relacionado com a sobrevivência, pois garantiria uma resposta mais rápida quando a ameaça se repetisse (Radley et al., 2011).

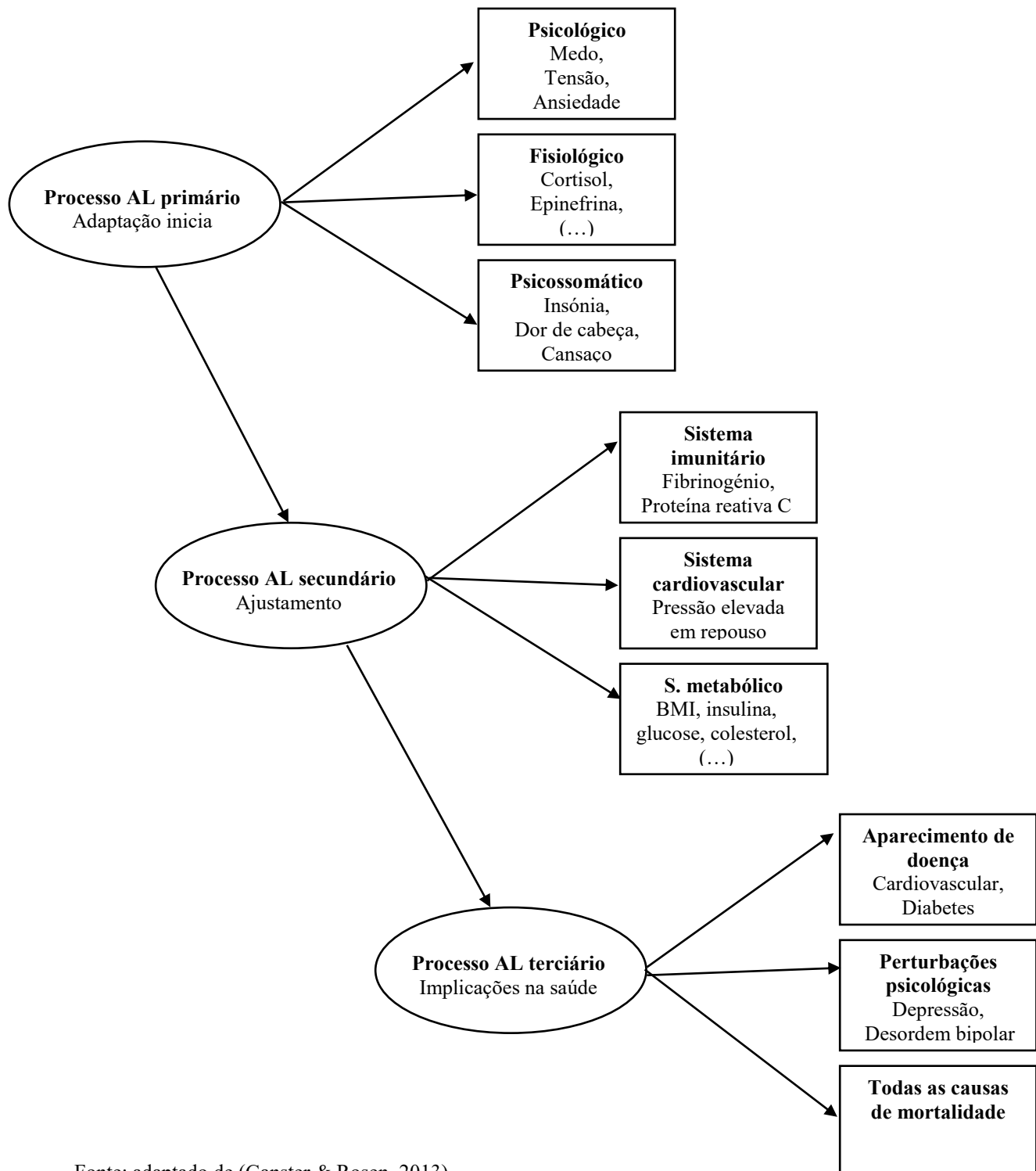
2. IMPLICAÇÕES DO STRESSE PARA A SAÚDE

Os stressores psicossociais e socioeconômicos são altamente prevalentes na sociedade atual e têm sido associados ao desenvolvimento de várias doenças, nomeadamente obesidade, diabetes tipo 2, dislipidemia e problemas cardiovasculares, de entre outras. A modificação do ambiente hormonal experienciada por um organismo em stresse tem consequências ao nível de diferentes sistemas, todas elas com implicações negativas a prazo (Tamashiro et al., 2011). Estas implicações das modificações fisiológicas para a saúde podem ser vistas de uma forma integrada à luz do modelo de carga alostática (AL, do inglês, *allostatic load*) proposto para enquadrar a problemática do stresse no trabalho (Figura 1) (Ganster & Rosen, 2013). Este modelo alostático tenta ultrapassar algumas limitações apontadas aos modelos que se baseiam no princípio da manutenção da homeostase, uma vez que na regulação de processos fisiológicos, nem sempre há um ponto de equilíbrio absoluto, mas uma flutuação constante de parâmetros de contribuem para o equilíbrio. Uma vez que o stresse tem uma componente neuroquímica importante, é expectável que o cérebro monitorize os parâmetros fisiológicos, os integre com a informação armazenada para produzir a resposta mais adequada à situação em concreto. A esta estabilidade através da mudança chama-se alostase (Sterling, 2014).

O modelo de carga alostática proposto por Ganster e Rosem (2013) ilustrado na figura 1, enquadra as três fases que se esperam que decorram de um episódio de stresse. A primeira, de adaptação inicial, inclui os sintomas psicológicos e fisiológicos desencadeados pelo evento stressor, como o sentimento de medo e ansiedade, e os aumentos de hormonas de resposta ao stresse, respetivamente.

Figura 2

Modelo alostático do processo de stresse



Fonte: adaptado de (Ganster & Rosen, 2013)

Da ação conjunta destes aspetos psicológicos e fisiológicos, há desenvolvimento de um quadro psicossomático, que inclui perturbações do sono, dores de cabeça, cansaço generalizado, de entre outros. Passada a fase de adaptação inicial, o organismo procura

ajustamento para encontrar o equilíbrio, ou pelo menos o equilíbrio possível. Nesta fase de ajustamento há preparação do sistema imunitário para fazer face às consequências físicas previstas do evento adverso, nomeadamente lesões, preparando uma resposta imunitária para combater a infeção que possa acontecer e responder à hemorragia consequente “luta ou fuga”. Para dar uma resposta mais eficiente à “luta ou fuga” há aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e da taxa respiratória, assim como uma mobilização massiva de energia para alimentar os grandes grupos musculares expectavelmente envolvidos no processo (Ganster et al., 2018).

Na tabela 1 apresentam-se alguns mecanismos de adaptação comportamental e física, que ajudam a explicar muitas das mudanças que acontecem quando um indivíduo está em stresse, e como essas mudanças podem afetar as inúmeras funções psicológicas e fisiológicas.

Tabela 1

Adaptação comportamental e física durante um episódio de stresse agudo

Adaptação comportamental: Redirecionamento adaptativo do comportamento	Adaptação física: Redirecionamento adaptativo da energia
Aumento da excitação e alerta	Direcionamento do oxigénio e nutrientes para o SNC e partes do corpo mais responsiva ao stresse
Aumento da cognição, vigilância e atenção focada	Aumento do ritmo cardíaco e pressão arterial
Euforia (ou disforia)	Aumento do ritmo respiratório
Analgesia aumentada	Aumento da gliconeogénese e lipólise
Aumento de temperatura	Destoxificação de compostos tóxicos
Supressão do apetite e comportamentos de alimentação	Inibição do crescimento e reprodução
Supressão do eixo reprodutivo	Inibição da digestão e estimulação da motilidade intestinal
Contenção da resposta ao stresse	Contenção da resposta imune/inflamatória

Fonte: adaptado de (Charmandari et al., 2005)

Os stressores com que o indivíduo se depara atualmente não são animais selvagens que ameaçam a sua integridade física, como acontecia nos nossos antepassados, e com os quais foi desenvolvida evolutivamente esta resposta. Ainda que este tipo de resposta continue a ser útil em situações muito específicas - acidente de automóvel, interação com um delinquente

durante um assalto, filho em risco de vida no mar - na maioria das vezes os stressores não são uma verdadeira ameaça à vida ou integridade física, e a resposta psicofisiológica é exagerada e objetivamente desnecessária (Vancheri et al., 2022). Os stressores atuais são, na sua maioria, acontecimentos ou situações de carácter psicossocial que, ao contrário do animal selvagem que ameaçava os nossos antepassados, não fica resolvido com a “luta ou fuga”, mas que permanecem de forma mais ou menos contínua na vida da pessoa. Este problema é particularmente grave quando o stressor acontece em contexto de trabalho, pois o indivíduo adulto passa muito do seu tempo nesse contexto, e as oportunidades de evitamento são muitas vezes limitadas por questões materiais (Chen et al., 2009). Neste contexto de exposição mais ou menos contínua aos stressores, leva a que o indivíduo desenvolva uma resposta crónica ao stresse. O stresse crónico está associado à possibilidade de desenvolvimento de um conjunto de processos de doença considerável. Alguns estão diretamente associados à mudança do ambiente neuroquímico e hormonal do organismo em stresse, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, ansiedade generalizada e depressão. Para além destas, a longo prazo, há evidências que o stresse agrava quase todas as doenças e aumento o risco de morte da pessoa em stresse crónico (Ganster et al., 2018).

2.1. Sistema Endócrino

A ativação do eixo HPA e SAM que leva à libertação de glucocorticoides e catecolaminas. O efeito destas hormonas não é linear, e pode ter efeitos diferentes em função da concentração circulante e da duração da sua permanência do organismo. Em algumas situações há supressão da produção de hormona libertadora de gonodotrofinas (GnRH, do inglês, gonadotropin-releasing hormone) (Iwasa et al., 2017) O efeito da interação do stresse na produção de gonadotrofinas tem implicações em funções reprodutivas, eventualmente desenvolvimentais se acontecerem em fases da vida em que as hormonas sexuais têm um importante papel no crescimento. Será também expectável uma influência na libido, ainda que esta última tenha determinantes multifatoriais que ultrapassam a ação isolada das hormonas sexuais (Hall et al., 2014). Ao nível da relação do stresse com as hormonas da tiroide, não há unanimidade no sentido dessa influência. Há indicações no sentido inibição da hormona estimulante da tiroide (TSH do inglês, *thyroid-stimulating hormone*) (Larzelere & Jones, 2008), assim como no sentido de haver um aumento em resposta a stressores (Fischer et al., 2019). Esta dificuldade em estabelecer um padrão pode decorrer de múltiplas interações endócrinas que o stresse desencadeia.

Ainda que o stresse agudo possa aumentar a concentração plasmática de hormona do crescimento (GH, do inglês, *growth hormone*), a estimulação crónica do eixo HPA pode inibir o crescimento pela redução da secreção de GH ou por inibição da sua ação nos tecidos alvo (Pfau & Russo, 2015). O nível elevado de glucocorticoides associado ao stresse crónico pode ter efeitos catabólicos, detetável ao nível da adiposidade visceral e perda de massa corporal magra, assim como aumentar a resistência à insulina. Esse aumento da resistência à insulina pode estar na base do desenvolvimento da síndrome metabólica, e em indivíduos diabéticos, dificultar o controlo da glicemia. A resistência à insulina em indivíduos não diabéticos pode estar na base do desenvolvimento da diabetes tipo 2 (Tsiotra & Tsigos, 2006; Yaribeygi et al., 2022)

2.2. Sistema Cardiovascular

A libertação de catecolaminas resultante do stresse tem vários impactos ao nível cardiovascular, nomeadamente o aumento do ritmo cardíaco, volume sistólico e constrição vascular periférica, levando a um aumento temporário da pressão arterial (Tamashiro et al., 2011). A permanência dos fatores desencadeadores, numa situação de stresse crónico, está associada a hipertensão devido à ativação persistente do SAM e do eixo HPA. De entre os mecanismos envolvidos nos efeitos do stresse crónico, conta-se a regulação deficiente na produção de citosinas pro-inflamatórias, mediada pela desregulação dos mecanismos de retroação associados à libertação de cortisol. A manutenção de citocinas em níveis elevados leva à produção de proteína C reativa, o que contribui para a degradação da função cardiovascular e doenças autoimunes, como a esclerose múltipla e artrite reumatoide (Wemm & Sinha, 2019). Os estudos realizados em modelos com animais apontam para vários mecanismos envolvidos na degradação da função cardiovascular, nomeadamente danos a nível endotelial, ativação de plaquetas e formação de depósitos, e mobilização lipídica, de entre outros. Face às alterações fisiológicas que envolvem o sistema cardiovascular, alguns estudos apontam que o stresse psicossocial pode representar um risco para o enfarte e do miocárdio comparável a riscos bem conhecidos como fumar ou hipertensão (Byrne & Espnes, 2008).

2.3. Sistema Gastrointestinal

A atividade cerebral e intestinal está muito interligada, o que contribui para a elevada prevalência de sintomas gastrointestinais em resposta a uma situação de stresse (dores de barriga, diarreia). A função digestiva pode ser influenciada pelo estado psicológico, e, problemas gastrointestinais podem influenciar o humor, comportamento e resposta à dor (Vitellio et al., 2020). Pensa-se que estas inter-relações sejam mediadas pelo SNS e pelo eixo HPA. O sistema límbico, responsável pelas emoções, também contribui para a regulação da função intestinal. O aumento de CRH associado ao stresse, aumenta o trânsito intestinal no intestino grosso e atrasa o esvaziamento estomacal. Decorrente dos estados de stresse crónico, este processo pode estar na base da síndrome de intestino irritável. O aumento de citocinas que também acontece em resposta ao stresse também pode contribuir para a síndrome suprarreferida. Outro mecanismo que é apontado envolve a mediação da serotonina, que também tem influência no SNS e na função gastrointestinal (Mönnikes et al., 2001). Outro domínio onde o stresse pode provocar danos é ao nível estomacal, especificamente na ocorrência e agravamento de úlceras pépticas. Antes da descoberta da etiologia associada a *Helicobacter pylori*, acreditava-se que o stresse seria a principal causa das úlceras pépticas, através do aumento da secreção de ácido, redução da motilidade duodenal, hiperpepsinogenemia e redução das defesas da mucosa. Com a descoberta do agente ficou uma dúvida razoável quanto ao papel do stresse neste problema. Porém, estudos entretanto realizados vêm demonstrando que o stresse agrava a situação. Essa demonstração baseia-se no facto de haver indivíduos portadores de *H. pylori* sem desenvolver úlceras, e, na ocorrência de indivíduos com úlceras que têm uma baixa prevalência de infeção pelo microrganismo (Schilling et al., 2000). É também comumente aceite que a relação entre o stresse e as úlceras gastrointestinais é mediada por comportamentos errados de alguns indivíduos com elevados níveis de stresse, como fumar, consumir bebidas alcoólicas e padrões anormais de ingestão de refeições e sono. Assim, tem sido apontado que a acidificação duodenal resultante do stresse, e comportamentos associados, possa favorecer a colonização por *H. pylori*, duodenite e úlcera. Assim, o stresse psicológico tem sido apontado com um fator agravador de colite ulcerosa, ainda que a ligação ainda não seja bem compreendida. Acredita-se que possa estar associado à redução da imunidade (local ou sistémica) e aumento da permeabilidade intestinal. Outra linha de argumentação para suportar a associação é mais indireta, envolve o pressuposto de haver menor aderência à terapêutica por parte dos pacientes com níveis elevados de stresse (Fink, 2011).

A modificação da motilidade intestinal, a modificação de pH, pode também comprometer a sobrevivência e permanência de um microbioma saudável e funcional no intestino. A disrupção do equilíbrio desse microbioma pode agravar outros sintomas ligados ao stresse, pois há indícios de que alguns dos constituintes do microbioma intestinal têm um efeito regulador em mecanismos de imunidade, combate à infecção, regulação de humor, de entre outros aspetos (Liu et al., 2019; Sehwat et al., 2021).

2.4. Sistema Imunitário

A resposta aguda ao stresse é adaptativa, havendo estímulo da leucocitose. Quando o stresse evolui para crónico pode haver desregulação na produção de citocinas pro-inflamatórias. As mudanças associadas a esta desregulação resultam em redução da imunidade e processos de cicatrização lentos, menor produção de anticorpos após vacinação, reativação de viroses latentes e resposta imunológica enfraquecida em mulheres. Também há indicações que o stresse está associado a uma mais rápida progressão de HIV para SIDA (Charmandari et al., 2005). Há várias situações em que o indivíduo que está sob stresse crónico sofre vários casos de infecção. A manifestação da infecção por *Herpes simplex* ou infeções respiratórias são frequentemente encontrada em pessoas que estão em stresse ou deprimidas (Wadee et al., 2001).

2.5. Pele

O stresse também pode prejudicar a capacidade da pele como uma barreira contra a perda de hidratação e entrada de agentes patogénicos após perturbações menores. Em vários estudos, a recuperação da barreira cutânea foi reduzida em 10% a 15% após a exposição laboratorial de indivíduos a stressores. No mesmo sentido, foram realizados estudos que demonstram que a cicatrização de pequenas feridas em estudantes universitários é mais lenta durante a época de exames, indiciando ser o stresse o fator mediador desse atraso na cicatrização (Robles et al., 2009). Também tem sido demonstrada uma relação entre acne e o stresse. Esta relação pode ser mediada por um aumento de espécies reativas de oxigénio (ROS) decorrentes dos processos bioquímicos de resposta fisiológica ao stresse. Essas ROS favorecem a peroxidação lipídica, que está na origem da cascata inflamatória do acne. Adicionalmente, devido à menor imunidade associada ao stresse, e à redução do efeito de barreira da pele, os processos infecciosos que agravam as lesões do acne estão favorecidos. No caso específico do acne, a relação entre stresse e a ocorrência da doença dermatológica pode ter dois sentidos. Se o

stresse oxidativo, consequente do stresse psicossocial, é um fator predisponente para a doença, também o contrário é verdade, pois a doença pode aumentar os níveis de ansiedade, levando a um ciclo de estimulação mútua que agrava ambas as condições (Schuster et al., 2020).

2.6. Saúde mental e bem-estar psicológico

Para além da doença física, o stresse tem manifestações inequívocas ao nível mental, que pode ser abordada sob dois pontos-de-vista. Por um lado, o stresse pode estar associado à ocorrência de doença mental em indivíduos já com essa predisposição, assim como ao agravamento ou recaída em várias desordens psiquiátricas. A ativação do eixo HPA aumenta a atividade neural no *locus coeruleus*, levando à desregulação da transmissão noradrenérgica a nível cerebral, o que se acredita seja um dos principais motivos associados à patologia psiquiátrica. O stresse pode também levar a danos ao nível do hipocampo devido à sobrestimulação dos recetores de glucocorticoides. Os danos causados na memória podem estar associados ao aumento dos níveis de citocinas pro-inflamatórias, óxido nítrico e prostaglandina decorrentes da atividade da CRH. A suportar esta associação entre o eixo HPA e a doença mental, estão associações observadas em pacientes com níveis elevados de cortisol e ansiedade, dificuldades sociais, depressão psicótica e psicose em doentes com perturbação de stresse pós-traumático (Larzelere & Jones, 2008; Valentino & Van Bockstaele, 2008).

As citocinas podem desencadear comportamentos adaptativos durante a doença, tais como redução da atividade, aumento do sono, e menor interesse em atividades, que são sintomas comumente encontrados em indivíduos deprimidos, o que tem levado vários investigadores a especular sobre a associação entre os níveis elevados de citocinas e a depressão, assim como a relação inversa, em alguns tratamentos em que se objetiva estimular a produção de citocinas pro-inflamatórias (Larzelere & Jones, 2008).

Nos últimos anos, o foco da saúde mental e prevenção mudou do foco de tratar ou prevenir queixas de saúde mental para melhorar os aspetos positivos da saúde mental. Um novo objetivo na saúde mental é a promoção do bem-estar. O bem-estar é um construto de elevada complexidade relacionado com a natureza humana (Rowold, 2011). Atualmente existem muitas definições de bem-estar, sendo os dois conceitos principais o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo baseia-se numa abordagem hedónica qual a busca por experiências positivas, na qual o indivíduo busca experiências que lhe

proporcionem prazer. O bem-estar psicológico refere-se à satisfação das necessidades psicológicas básicas, e é essencial para o bem-estar e o crescimento da pessoa (Weiss et al., 2016). Esta abordagem de saúde vista como um todo, não só na ausência de doença, mas também integrando aspetos positivos, não só orgânicos, mas também psicológicos e sociais tem sido aceite desde os anos oitenta do séc. XX, e orienta atualmente a forma como se olha a questão da saúde e doença (Westerhof & Keyes, 2010). Devido ao sofrimento emocional que o stresse acarreta, há uma perda de bem-estar que é evidente nas pessoas que estão numa situação de stresse crónico. Esse pode decorrer da disrupção que o stresse provoca nos melindrosos equilíbrios hormonais e neuroquímicos, ou pode ser uma reação maioritariamente psicológica, de cansaço e desmotivação face a circunstâncias da vida cuja dificuldade que se configuram como insuportáveis, e provocam sofrimento na pessoa (Pérez et al., 2021; Teh et al., 2015).

2.7. Implicações na adesão a comportamentos saudáveis

Para além dos efeitos fisiológicos diretos do stresse na saúde, há todo um conjunto de influências indiretas mediadas por comportamentos saudáveis, como o abuso de substâncias, alimentação, sono e exercício, que podem agravar ou mitigar os efeitos fisiológicos do stresse. Alguns indivíduos usam comportamentos promotores de saúde no sentido de autorregular o humor, e podem mesmo usar comportamentos específicos para escapar da atenção a stressores ou problemas (Jamieson et al., 2018).

Ao nível da alimentação, a consequência mais comum do stresse é o aumento da ingestão de alimentos, e particularmente de alimentos de conforto, quase sempre ricos em açúcar, sal ou gordura. Dada a relação deste tipo de alimentos e a obesidade, provavelmente há uma alimentação do ciclo do stresse crónico com um novo fator de stresse, que é o excesso de peso. Por outro lado, em indivíduos envolvidos em programas de perda de peso, o stresse irá dificultar a aderência à dieta restritiva, dificultando o alcance dos objetivos (Larzelere & Jones, 2008).

O exercício é uma excelente estratégia para ajudar a lidar com o stresse. Porém, há evidências de que o stresse reduz a frequência do exercício, pois há interferências na motivação (Nowacka-Chmielewska et al., 2022). Também ao nível de consumo de substâncias psicoativas (nicotina, álcool, drogas ilícitas) espera-se que o consumo aumente em situações de stresse, e que haja abandono, ou maior dificuldade, de adesão a programas de cessação (Keyes et al., 2011; Peltzer et al., 2009).

3- FATORES DE STRESSE E ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Há mais de meio século Holmes e Rahe publicaram os resultados de um trabalho empírico “*The social readjustment rating scale (SRRS)*”, onde identificaram e sintetizaram um conjunto de eventos da vida causadores de stresse. Nesse trabalho os autores estimaram a magnitude do stresse produzido por diferentes eventos (Tabela 2) utilizando a escala suprarreferida (Holmes & Rahe, 1967). Esta hierarquização dos stressores ainda hoje é aplicável e genericamente aceite na comunidade científica, com as devidas reservas dada a distância temporal. Alguns dos stressores listados na SRRS forma reconceptualizações já como sintomas precoces de doença (mudança de hábitos alimentares, de sono e dificuldades sexuais) e retirados da escala, ou tornados mais claros, pois a impressão original era potencialmente ambígua (Kessler, 2013). Aquela escala também não inclui, por exemplo, aspetos relacionados com a tecnologia ou as redes sociais, que se sabe ser mais um fator que atualmente contribui para o stresse das pessoas (Kaihlana et al., 2021; Wolfers & Utz, 2022). De uma análise breve da tabela 2 destaca-se o facto dos eventos que ocupam o topo da tabela serem relacionados com aspetos da vida pessoal das pessoas, e referem-se a acontecimentos verdadeiramente graves passíveis de causar episódios de stresse agudo, como a morte de um ente querido, divórcio ou conhecimento de uma situação de doença do próprio ou de uma pessoa significativa. Estes episódios agudos, apesar de desencadearem a cascata de resposta psicofisiológica ao stresse, como são tendencialmente passageiros, têm implicações habitualmente limitadas para a saúde do individuo (Theorell, 2010). É de destacar também na tabela 2, o número de vezes que ocorre a palavra “mudança”, em muitos dos casos associada a níveis de stresse moderados ou relativamente baixos (Hammen, 2005). A perceção da mudança, e a necessidade de adaptação ou de fazer reajustes para encaixar o novo contexto é um dos aspetos que caracteriza o contexto atual da maioria dos profissionais de diferentes profissões. A introdução de novas tecnologias, modelos de gestão, horários de trabalho, de entre outros, são potenciais stressores, num contexto onde persistem os stressores naturais da profissão e da relação do profissional com colegas, superiores hierárquicos, e, no caso particular dos profissionais de enfermagem com os doentes e cuidadores (Mrayyan, 2009).

Tabela 2.*Escala de classificação de reajuste social*

Posição	Evento de vida	Valores médios da SRRS
1	Morte do cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação marital	65
4	Cadeia	63
5	Morte de um membro da família próximo	63
6	Lesão ou doença pessoal	53
7	Casamento	50
8	Despedimento do trabalho	47
9	Reconciliação marital	45
10	Reforma/aposentação	45
11	Doença de um familiar	44
12	Gravidez	40
13	Dificuldades sexuais	39
14	Chegada de um novo membro à família	39
15	Reajustamento de negócio	39
16	Mudança no estatuto financeiro	38
17	Morte de um amigo próximo	37
18	Mudança de funções no trabalho	36
19	Mudança do número de discussões com cônjuge	35
20	Hipoteca acima de ...	31
21	Execução de uma hipoteca ou empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidades no trabalho	29
23	Filho(a) sai de casa	29
24	Problemas com os sogros	29
25	Feito/realização pessoal excelente	28
26	Cônjuge começa ou cessa de trabalhar	26
27	Início ou fim das aulas	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Revisão de hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança do horário ou condições de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	20
34	Mudança de recreação	19
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Hipoteca ou empréstimo inferior a...	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança de hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas violações da lei	11

Fonte: adaptado de (Holmes & Rahe, 1967)

Mais do que o nível de stresse que determinado evento desencadeia, é determinante conhecer a sua persistência na vida da pessoa. Como foi apontado, os organismos têm mecanismos para rapidamente recuperar o seu estado de equilíbrio, e, se a perceção de stresse for retirada da equação, o organismo normaliza, e as consequências para a saúde da pessoa são, na maioria dos casos, mínimas ou negligenciáveis (Tennant, 2002). A persistência da perceção do stressor, essa tem efeitos muito graves. Estes aspetos aplicam-se a contextos familiares, sociais alargados e profissionais, em que a adversidade, ou a perceção da sua existência, é desencadeada por eventos que persistem durante um longo tempo, sedimentando a cronicidade do stresse nessas pessoas. A agravar a situação, há indícios de que as pessoas que estão sob stresse crónico, têm tendência para exacerbar a gravidade de eventos adversos a que são expostos, o que agrava ainda mais o ciclo de stresse crónico (Kessler, 2013), ou, como fora apontado anteriormente acerca da relação do stresse com a memória, leva a que a resposta a um episódio semelhante desencadeie de forma quase automática a resposta.

Neste domínio do stresse crónico, há alguns stressores que são unanimemente aceites, e que são agrupados em cinco categorias, as quais incluem muitos dos eventos apontados na SRRS suprarreferida – baixo estatuto socioeconómico, adversidades na infância e eventos de vida stressantes, stresse do cuidador e a solidão, e, por último, mas não o menos importante, o stresse profissional e *burnout*.

Focando-nos no âmbito do presente trabalho – o stresse profissional – sabe-se atualmente que o local de trabalho é reconhecido como um fator de risco para a saúde do trabalhador (Bani-Issa et al., 2020). Existem vários aspetos que contribuem para isso, nomeadamente o grande período da vida que é passado no local de trabalho, assim como a perceção de baixa controlabilidade e previsibilidade dos fatores que desencadeiam o stresse, e que habitualmente contribuem para o agravamento da perceção da situação como stressante, e tende a agravar a situação e o resultado (Koolhaas et al., 2011).

O stresse do trabalhador pode ser desencadeado por sentir que não tem a competência adequada para realizar o trabalho, ter a perceção que não consegue controlar como os outros fazem o seu trabalho, e que pode impactar o resultado do seu próprio trabalho, não receber instruções adequadas para as tarefas a desenvolver, ter problemas nas relações com outros profissionais, não estar claro qual é o seu papel ou responsabilidades, não ser envolvidos em mudanças operadas no local de trabalho (Collins, 2008; Prada-Ospina, 2019). Acrescem a estas situações mais excecionais, como o ser alvo de *bulling* e assédio moral, sexual ou outro

(Tuckey et al., 2012), assim como as reduzidas competência da liderança, ou a sua percepção como tal (Dãderman et al., 2022).

Para além do contexto, que representa as situações desencadeadoras de respostas de stresse, há também a ter em consideração aspetos individuais nessa resposta. É comum observar-se, num contexto profissional específico, que dos trabalhadores que são expostos aos potenciais stressores, só alguns desenvolvem uma resposta específica ao stresse, e desses, só em alguns a situação assume contornos de gravidade mais ou menos extensa (Ford et al., 2021; Pérez et al., 2021). Estas diferenças residem na história do indivíduo, mais ou menos marcada por eventos stressantes, da natureza do atual ou outra (Pfau & Russo, 2015), e muito em traços de personalidade que deixam os indivíduos mais ou menos suscetíveis a sofrer com o stresse. A personalidade afeta não só a avaliação da situação adversa e as estratégias de *coping*, mas também é fundamental para compreender como o indivíduo identifica e valoriza uma situação como stressante. Há uma grande concordância na comunidade científica sobre a associação entre o traço de personalidade neuroticismo com uma maior suscetibilidade a desenvolver respostas de stresse, e a desenvolvê-las de uma forma mais extensa, enquanto que a extroversão, abertura estão habitualmente ligados a uma maior resistência aos efeitos negativos do stresse (Brebner, 2001; Vollrath, 2001).

Estas estratégias de lidar com o evento adverso, que pode provocar mais ou menos stresse são habitualmente designadas por estratégias de *coping*. Estas são muito dependentes dos traços de personalidade de cada um, mas algumas podem ser melhoradas, quer através do trabalho ao nível desses traços de personalidade, que não sendo passíveis de ser mudados de forma radical, podem ser “suavizados” ou “aumentados”. Há também uma série de estratégias cuja eficácia na melhoria do *coping* com o stresse está demonstrada.

De entre essas estratégias estão algumas do domínio psicoterapêutico para ajudar as pessoas que habitualmente sofrem muito com o stresse a aprender a (re)avaliar a gravidade da situação adversa, ou ameaça, que desencadeia o episódio de stresse. Uma parte do stresse deriva da tentativa de lutar contra o stressor, e da avaliação inflacionada das consequências da situação adversa. Desta forma, se o indivíduo conseguir perceber a situação como menos grave do que na sua avaliação inicial, assim como aceitar de forma mais passiva as consequências dessa adversidade, provavelmente vai experienciar menos stresse (Yoo, 2022).

É proposto por alguns autores que os indivíduos tirem algum tempo para fazerem uma reflexão de acordo com o modelo “PRAISES” (Tabela 3). Esta mnemónica, que em inglês se

traduz por “elogios”, aponta para alguns domínios que se sabe terem uma influência mais ou menos direta no stresse e na sua gestão. O objetivo é deixar o indivíduo estar alerta para a necessidade de equilíbrio entre diferentes áreas da vida, mesmo que em determinados momentos, devido a circunstâncias mais ou menos excepcionais, tenha que se focar mais em determinado(s) domínio(s) (Larzelere & Jones, 2008).

Além de uma mudança na forma como o profissional encara os stressores e avalia a sua gravidade, a estratégia de fazer face ao stresse pode incluir a introdução de farmacoterapia, pelo menos durante um período suficientemente longo para romper com o ciclo de autoalimentação do stresse-reação ao stresse.

Tabela 3.

Modelo PRAISES de balanço do estilo de vida

Domínio	Conteúdo
Físico <i>Physical</i>	Tempo despendido em necessidades físicas básicas e atividades de autocuidado e cuidados de saúde
Recreacional <i>Recreational</i>	Tempo despendido em atividades de diversão ou relaxamento
Artístico <i>Artistic</i>	Tempo despendido em atividades criativas, ou apreciando a criatividade dos outros (ouvir música, desenhar, ir ao cinema)
Intelectual <i>Intellectual</i>	Tempo despendido em expandir ou envolver a mente em atividades diretas ou indiretas de aprendizagem
Espiritual <i>Spiritual</i>	Tempo despendido em conectar-se com algo superior ao indivíduo ou família (religião, comunidade)
Emprego <i>Employment</i>	Tempo despendido para alcançar objetivos financeiros
Social <i>Social</i>	Tempo despendido com outros significativos (parentalidade, apoio a ascendentes; amigos)

Fonte: adaptado de (Larzelere & Jones, 2008)

O suporte social é um aspeto que é habitualmente apontado como protetor para a saúde física e mental, pelo que fomentar este aspeto na vida dos trabalhadores pode apoiar a gestão de stresse (Wu et al., 2021). No mesmo sentido, o suporte por um grupo de pares tem-se mostrado também eficaz na mitigação do stresse. A intervenção em indivíduos enquadrados num grupo de pessoas que estão a experienciar uma situação semelhante tem-se mostrado muito eficaz, pois, logo à partida reduz a ansiedade associada à perceção de singularidade da

sua situação, e a percepção de que o seu sofrimento é partilhado por outrem ajuda a desagravar a situação (Weiss et al., 2016). O exercício físico é reconhecido como uma estratégia interessante para reduzir o stresse (Nowacka-Chmielewska et al., 2022). A dificuldade que se pode verificar na adesão ao exercício físico é a desmotivação provocada pelo próprio ciclo do stresse crónico, que pode comprometer a adesão a um programa de exercício físico.

De entre as várias estratégias de controlo de ansiedade, *coping* com o stresse que têm sido investigadas, o *Mindfulness* tem tido resultados prometedores (Burton et al., 2017; Heckenberg et al., 2018; Whitehead et al., 2019). Esta estratégia, que exige aprendizagem e treino, procura apoiar a pessoa a interromper o ciclo de pensamentos ruminativos que habitualmente alimenta o ciclo do stresse crónico. É uma estratégia associada à corrente da psicologia positiva, ou da psicologia do bem-estar, em que se procura não só tratar a doença, mas promover o sentimento de bem-estar e felicidade (Whitehead et al., 2019). Dada a sua inspiração em práticas orientais, algumas delas de carácter religioso, esta técnica é por vezes olhada com desconfiança por alguns indivíduos. Porém, a sua eficácia tem sido demonstrada e têm sido testados protocolos que mostraram resultados no controlo do stresse (Ghawadra et al., 2019; Larzelere & Jones, 2008; Locke & Lees, 2020).

Apesar das mudanças que é possível alcançar a nível individual, há um caminho para reduzir o stresse laboral que passa por mudanças na cultura organizacional e design de trabalho. Não obstante, este é quase sempre difícil de operacionalizar e tem resultados a nível individual menos favoráveis do que as intervenções focalizadas na forma de ver e interpretar o problema por parte do trabalhador (Yoo, 2022).

4. O STRESSE NA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Os SU são locais de grande instabilidade, onde os enfermeiros estão em constante contacto com doentes graves, em que é necessário tomar decisões rápidas e em tempo útil, e onde a probabilidade de ocorrência de eventos adversos, como a morte de um doente, é grande (Pinho et al., 2020). Os enfermeiros que trabalham em serviços de urgência, com horários intensos de trabalho, sobrecarga das funções e desvalorização salarial estão mais suscetíveis aos efeitos negativos do stresse (Pinho et al., 2020). Esse stresse, por consequência, pode provocar maior desgaste físico-emocional, e falhas nas tomadas de decisões, que irão afetar diretamente a qualidade do cuidado prestado à pessoa em situação crítica (Mikkola et al., 2019).

Neste sentido, o stresse desencadeado pela dúvida sobre as suas próprias competências assume particular importância com este grupo profissional, sendo essa preocupação partilhada por outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos (Locke & Lees, 2020).

Um outro aspeto que também é habitualmente apontado como um forte stressor é a necessidade de interagir com pessoas permanentemente. A interação prolongada com a pessoa doente, e pontualmente com a família/cuidadores coloca desafios particulares aos profissionais de enfermagem. Numa situação de doença, como é a maioria daquelas em que o enfermeiro está envolvido, todas as partes estão previsivelmente com níveis elevados de stresse, quer o doente, quer a família, pois como se apontou anteriormente, a doença do próprio ou de familiar ou pessoa significativa é um evento assumidamente desencadeado de níveis elevados de stresse (Theorell, 2010; Tian et al., 2021). Estes níveis de stresse da pessoa em situação crítica (PSC) dos serviços de saúde são potencialmente desencadeadores de stresse no profissional de enfermagem, pois muitas vezes envolve linguagem pouco ou nada assertiva, agressão verbal, em alguns casos agressão física, envolvendo ou não ameaças prévias, quer de agressão verbal, quer de queixas e processos judiciais. Neste contexto, se o enfermeiro for uma pessoa com boas competências de *coping*, provavelmente gere bem a situação. Porém, se as suas competências de *coping* forem limitadas, ou estiverem diminutas naquele momento por inúmeros motivos que o pode desencadear, a situação de stresse pode escalar para níveis elevados, ou evoluir para uma situação de stresse crónico (Rodney, 2000; Zampieron et al., 2010). Na interação com o doente e família, mesmo em circunstâncias assertivas, o enfermeiro tem que mostrar emoções positivas, que nem sempre correspondem ao que está a sentir. Essa dissonância entre as emoções sentidas e mostradas tem sido

apontada como uma das causas principais da exaustão emocional a que alguns profissionais de enfermagem chegam (Abellanoza et al., 2018)

Ainda no domínio da interação social, coloca-se aos profissionais de enfermagem um outro desafio, que é a interação com colegas e outros profissionais de saúde. A interação com colegas assume a mesma dimensão que poderia assumir noutra profissão que exija trabalho em equipa. Diferentes personalidades, diferentes níveis de empenho na realização de tarefas, a violação da delimitação de funções dos diferentes profissionais de saúde e o cruzamento entre problemas da vida privada e da vida profissional podem comprometer o bom relacionamento entre colegas, e por vezes atingir um nível de degradação tal que pode representar um dos mais importantes stressores a que o profissional está exposto (Park & Choi, 2022).

Estes problemas são genéricos a toda a classe profissional, podendo adquirir contornos mais ou menos complexos em função do serviço onde o enfermeiro presta cuidados. O SU tem sido apontado como um dos mais stressantes dos serviços hospitalares (Stathopoulou et al., 2011; Yaakubov et al., 2020; Yuwanich et al., 2018), sendo mesmo apontado como um serviço onde podem ocorrer situações de stresse extremo com desenvolvimento de um quadro de stresse pós-traumático, sendo o ambiente de um serviço de urgência, em algumas situações, comparado a uma zona de guerra (Wolf et al., 2020). A perceção de baixa controlabilidade e de imprevisibilidade que é um potenciador da perceção de stresse (Larzelere & Jones, 2008), devido à enorme variedade de casos que podem ocorrer a qualquer momento, assim como a grande probabilidade de morte da PSC, que é em si própria potencial stressor (Silva-Pereira, 2021).

Neste cenário em que os profissionais de enfermagem trabalham, com uma plethora de potenciais stressores, a situação agrava-se pelo trabalho por turnos, que ao interferir com os ritmos circadianos, diretamente relacionados com os ciclos de dia e noite. A simples desregulação destes ritmos interfere na regulação dos mecanismos psicofisiológicos de resposta ao stresse, pois partilham algumas das vias neuroquímicas e hormonais (Fischer et al., 2019). Da perturbação dos ritmos circadianos resulta muitas vezes uma perda de quantidade e qualidade do sono. A quantidade é muitas vezes também agravada por obrigações familiares do profissional (McDowall et al., 2017). Como o stresse e o sono, ou a falta dele, estão profundamente ligados, e numa perspetiva bidirecional (Deng et al., 2020). Este problema pode configurar-se com grande gravidade, pois alimenta-se mutuamente - falta de sono aumenta stresse, que por sua vez perturba o sono, quer em quantidade quer em qualidade (Da Rocha & De Martino, 2009; Sun et al., 2019; Tarhan et al., 2018).

Em função da organização específica da instituição, o trabalho por turnos pode incluir turnos de maior duração, que em alguns casos chega às 12 h. Um estudo alargado que incluiu 12 países europeus demonstrou que os profissionais que fazem um grande número de turnos longos ($\geq 12h$) têm um risco maior de desenvolver problemas decorrentes do stresse, nomeadamente *burnout* (Dall’Ora et al., 2015). Este problema está associado ao cansaço, disrupção do sono normal, o que reduz a capacidade de alerta e atenção e as capacidades cognitivas em geral, o que aumenta potencialmente o risco de incorreções nos cuidados. A percepção desse risco aumentado, por sua vez, é um potencial stressor (Bae & Fabry, 2014).

O stresse nos profissionais de enfermagem, ainda que esteja estudado, na perspetiva da sua ocorrência, stressores, consequências e estratégias de mitigação (Pavek et al., 2022; Santos & Teixeira, 2009) continua a ser um problema na ordem do dia. Os elevados níveis de stresse podem desencadear processos de doença nos profissionais que, para além do sofrimento que lhes causa, tem custos para todo o sistema de saúde, associados às ausências no trabalho e necessidade de substituição, apoios sociais na doença, custos de tratamento propriamente ditos, de entre outros. Adicionalmente, e não menos importante, cuidados prestados por um enfermeiro que está a experienciar níveis elevados de stresse, ou que está numa situação de stresse crónico, poderão ser de menor qualidade, e no limite podem colocar em risco a vida do doente ou a eficácia do tratamento. Têm sido publicados vários trabalhos que indicam caminhos para reduzir este problema, mas os registos da sua aplicação sistemática no quadro das instituições é escasso, senão mesmo nulo, indicando que, para além de intervenções pontuais enquadradas em trabalhos de investigação pontuais, pouco ou nada tem sido feito para mudar a forma como se gere o problema do stresse nos profissionais de enfermagem.

5. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, a Rede de Serviço de Urgência integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: serviço de urgência básico (SUB), serviço urgência médico-cirúrgica (SUMC) e o serviço de urgência polivalente (SUP). O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área.

O SU é um serviço hospitalar diferente de todos os outros, pelas características das pessoas que aqui são tratadas. Recebe e presta cuidados a pessoas 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 pessoas que apresentam uma situação agudizada, mas que não requerem intervenção num curto espaço de tempo, pessoas pouco urgentes, não urgentes e outros casos. Este, assume a responsabilidade de efetuar o transporte da PSC se não tiver capacidades para o seu tratamento, devendo o mesmo ocorrer atempadamente e em segurança para um SU de nível superior, isto é, com as capacidades necessárias, e mais próximo (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

O SU tem sido também a porta de entrada de utentes que deveriam ter recorrido aos cuidados primários de saúde, mas não o fizeram por opção, ou porque os horários de funcionamento daqueles serviços não lho permitiram. Essa utilização excessiva do SU que cria constrangimentos potencialmente desnecessários neste serviço hospitalar de elevada complexidade (Haruna et al., 2022). Os casos de doentes que necessitam efetivamente de cuidados de saúde urgentes ou emergentes, são identificados pelo sistema de triagem de Manchester com uma cor vermelha ou laranja, tendo um acesso a cuidados diferenciados imediato, ou quase imediato, respetivamente (Raquel et al., 2015). Adicionalmente, existem os doentes cuja situação clínica foi pré-diagnosticada pelas equipas de emergência extra-hospitalares, habitualmente identificado por um protocolo de atendimento prioritário identificado por “Via Verde”. Dos quatro protocolos identificados, Via Verde do Acidente Vascular Cerebral, Via Verde Coronária, Via Verde Sépsis e Via Verde Trauma, ao ser acionada, desencadeia uma série de procedimentos de atendimento prioritário, assegurando uma preparação prévia para receber o doente assim que ele dá entrada no serviço e que garante uma cooperação entre os cuidados pré-hospitalares e hospitalares, reduzindo os

tempos de espera, que nestes casos é vital para conseguir um prognóstico favorável para o doente (GPT, 2011).

Doente crítico, também assumido como PSC, “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, 16 de julho de 2018, p. 19362). Estes doentes estão muito instáveis devido à falência de mecanismos e equilíbrio fisiológico, e estão expostos a uma grande probabilidade de falência de um ou mais órgãos, que pode comprometer a sua sobrevivência, ou a qualidade de vida se sobreviver (Blakeman & Branson, 2013).

A PSC necessita de cuidados de saúde muito diferenciados, exigindo ora equipas de profissionais altamente especializadas. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Parecer n.º 072020, p. 3) a prestação de cuidados de enfermagem à PSC compreende “intervenções autónomas e interdependentes realizados pelo enfermeiro e/ou pelo enfermeiro especialista no âmbito das suas qualificações profissionais tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados”. Estes cuidados estão disponíveis dos hospitais, sendo executados numa zona específica do SU - a sala de emergência (SE). Este espaço está organizado e equipado por forma a poder atender com celeridade os casos mais graves, em que há potencial comprometimento da vida da PSC.

Os profissionais afetos a esta sala têm, na sua maioria, formação diferenciada em suporte avançado de vida, de entre outras, por forma a prestar os cuidados mais diferenciados que esta área exige, Mais especificamente os enfermeiros que desempenham funções numa SE devem ser dotados de conhecimentos especializados, bem como de habilidades para tomar decisões precisas em tempo útil (Luchtemberg & Pires, 2016). Dado o nível de especificidade de alguns cuidados que é necessário prestar à PSC, são necessários equipamentos muito específicos e, acima de tudo, profissionais muito especializados (Luchtemberg & Pires, 2016). Nas situações em que o primeiro hospital que recebe a pessoa não reúne condições para prestar os melhores cuidados à pessoa, é localizado um hospital mais especializado para transferir a mesma, desde que este esteja suficientemente estável para resistir ao tempo da viagem e às contingências inerentes do transporte numa ambulância, mesmo que muito bem equipada (Herrigel et al., 2016; Usher et al., 2018). Este processo de localização de hospitais

especializados e disponibilização de transporte é da responsabilidade do estabelecimento hospitalar de origem, e pode ser assistido por um serviço do Ministério da Saúde, Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (ERS, 2020).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e Ordem dos Médicos (OM) (2008), a decisão de transferência da PSC prevê que houve avaliação dos benefícios e riscos inerentes ao transporte. A principal indicação para a sua transferência entre hospitais, justifica-se pela necessidade de um nível de assistência superior, pela inexistência de recursos (humanos e técnicos), no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado, de forma eficaz. Não é de excluir a possibilidade de Transporte Inter-Hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutico, não disponíveis no hospital de origem. As pessoas em estado crítico são acompanhadas por uma equipa composta por um médico e um enfermeiro.

O transporte da PSC deve ser realizado por profissionais com formação, treino direcionado, experiência e competência nesta área, com equipamentos e monitorização adequados à pessoa por forma a manter a sua segurança e a qualidade durante o transporte, uma vez que os cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos existentes no serviço de origem. A PSC deve ser acompanhada por um enfermeiro com conhecimentos e qualificação ao nível de cuidados intensivos e um médico. Também é benéfico para a pessoa a existência de equipas especializadas para o transporte da PSC (Blakeman & Branson, 2013; OM & SPCI, 2008; Intensive Care Society, 2019; ISCCM, 2017; ANZCA, 2015). A equipa que acompanha a PSC deve estar familiarizada com o equipamento utilizado e ter conhecimentos relacionados com a proteção da via aérea, ventilação, reanimação cardiopulmonar e outros procedimentos de emergência (ANZCA, 2015).

5.1. Papel do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica

Segundo o regulamento das competências específicas do Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho) compreendem a prestação de cuidados à pessoa em risco de vida, em situação emergente e na antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica. Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente diferenciados

prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco, permitindo manter as funções básicas de vida. Na abordagem a estas pessoas a preocupação é não só salvar a vida, mas também prevenir complicações para que o prognóstico seja o mais favorável possível, idealmente a recuperação total (OE, 2018). De entre as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, destaca-se, pela importância contextual no presente estudo, a primeira apontada é “*Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos da doença crítica e /ou falência orgânica*” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Assim, a formação especializada do enfermeiro deve incluir a aquisição de competências específicas para identificar sinais de risco, e atuar em conformidade, como por exemplo em pessoas em paragem cardiorrespiratória, em que a celeridade do enfermeiro na identificação das causas e ativação dos procedimentos de suporte avançado de vida podem melhorar as probabilidades de sobrevivência do doente, assim como a qualidade de vida que possa vir a ter se salvo (Arrogante et al., 2021; Moura et al., 2022). O enfermeiro deve também estar confortável com o ambiente altamente tecnológico que caracteriza os cuidados prestados à PSC, assim como com os protocolos e administração de terapêuticas complexas que são utilizados que lhes estão associados (Sandström et al., 2016). Adicionalmente, para responder à necessidade de haver trabalho em equipa, quer entre enfermeiros, mas fundamentalmente entre o médico e o enfermeiro que estão na primeira linha do atendimento, pois dentro da delimitação de funções de cada profissional, a cooperação e interajuda é determinante para o sucesso dos cuidados (Costa et al., 2014).

O enfermeiro está também envolvido nos processos de transporte inter-hospitalar de doentes críticos, o que lhe exige também competências muito particulares, pois durante esse transporte podem acontecer várias contingências que têm que ser geridas com limitações de recursos características de uma ambulância, e com os recursos humanos reduzidos a dois profissionais de saúde, o médico e o enfermeiro, sem que haja o apoio extraordinário que há no SU quando há situações que se agravam, e se deslocam recursos humanos para as situações mais emergentes (Bambi et al., 2015).

O enfermeiro especialista deve fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar (OE, 2018). Ainda que em algumas situações a PSC esteja com muitas limitações de comunicação, outras há em que a pessoa está consciente, e a comunicação e interação com os profissionais, principalmente com o enfermeiro é

fundamental para acalmar a pessoa, atender a eventuais necessidades que manifeste, nomeadamente acionando procedimentos de analgesia, e apoiar-lo na gestão da ansiedade, que será muito elevada por percecionar a gravidade da sua situação, e eventualmente prever a sua própria morte (Pavedahl et al., 2021). Para além da comunicação eficaz e eficiente com a pessoa, cabe ao enfermeiro também comunicar de uma forma assertiva com a família/cuidador da pessoa. Dada a gravidade da situação da pessoa, que é percecionada pela família/cuidador, é necessário assegurar uma comunicação eficaz, informando sobre o diagnóstico e perspetivas de evolução, e, acima de tudo, apoiando a gestão de stresse dessas pessoas. Esta relação assertiva entre o enfermeiro e a família, contribui para a construção de um ambiente calmo, que é favorável para o conjunto da situação que está a ser gerida, e que inclui a PSC, mas também a sua família (Barreto et al., 2017; Ocak & Avsarogullari, 2019). Quando o desfecho da situação da pessoa é a morte, é necessário desencadear um conjunto de procedimentos de “dignificação da morte” e apoio dos processos de luto. Mais uma vez a interação com a família/cuidador de uma forma profissional e adequada é determinante para que, naquele momento de grande tristeza e stresse, a família possa integrar a morte do seu ente querido (Yuwanich et al., 2018).

Desta síntese do papel do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica a exercer funções num SU, depreende-se que esta atividade profissional concentra os principais stressores que estão identificados, quer em termos de stresse profissional em geral, quer ao nível do stresse específico dos enfermeiros. A complexidade das situações com que têm que lidar, incluindo a pessoa e seus sinais clínicos, a tecnologia de apoio e os protocolos terapêuticos exige competências muito diferenciadas, o que é um importante stressor. Outros aspetos, como a interação com colegas e médicos, o transporte da PSC, a interação com a família e o contacto regular com a morte dos doentes. Acrescem os stressores transversais à atividade de enfermagem, como o trabalho por turnos, em ambiente fechado sem luz natural, a quantidade de trabalho e a duração dos turnos, e os stressores transversais aos cidadãos em geral, como os que decorrem de conflitos familiares, dificuldades económicas, doença ou relacionados com interações sociais (Deng et al., 2020).

Neste contexto de elevada prevalência de stresse na profissão de enfermagem, têm sido feitos vários estudos para o avaliar e tentar delinear estratégias para o combater. No domínio da sua avaliação, nos anos oitenta do século passado, foi desenvolvido um instrumento que ainda hoje é vastamente utilizado para avaliar o stresse nesta classe profissional - a escala de stresse em enfermeiros - *Nursing Stresse Scale* (Gray-Toft & Anderson, 1981). Esta escala tem sido

alvo de tradução e adaptação transcultural em várias línguas e países, e utilizada na língua inglesa original em inúmeros trabalhos (AbuAlRub, 2004; Happell et al., 2003; Mrayyan, 2009; Pavek et al., 2022; Porcel-Gálvez et al., 2020; Suresh et al., 2013; Yuwanich et al., 2018). Em Portugal foi traduzida e validada por (Santos & Teixeira, 2008).

Em Portugal, mais concretamente, a escala a Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros (ESPE), tem sido muito utilizada para vários estudos de perceção de stresse. Como o elaborado por Pereira (2018), em que tinha como objetivo de estudo avaliar a perceção de stresse por parte do enfermeiro na sala de emergência e identificar quais os fatores e ambientes indutores de stresse, tendo concluído que a carga de trabalho, a morte, sofrimento, preparação inadequada e incerteza nos tratamentos, foram os elementos que mais stresse suscitaram aos enfermeiros no respetivo estudo.

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

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”.

Numa ótica mais geral, 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”.

Na área da saúde o estudo da gestão de stresse a nível institucional tem sido considerado de extrema importância. Faz, deste modo, todo o sentido enveredar por uma investigação em que se analisa a frequência com que certas situações são percebidas como stressantes pelos enfermeiros, de modo a identificar possíveis causas de diminuição da qualidade dos cuidados prestados à pessoa e da eficiência deste grupo profissional nos serviços de saúde.

Ao longo deste subcapítulo definiu-se os procedimentos metodológicos, nomeadamente: os objetivos do estudo, as questões de investigação, o tipo de estudo, a população e a amostra, período de recolha de dados, instrumentos de recolha de dados, procedimentos de recolha de dados, as variáveis em estudo, considerações éticas, procedimentos de análise de dados e o tratamento e análise dos dados.

1.1. Questões de investigação

Uma questão de investigação é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação (Fortin et al., 2009). Para os autores supracitados, “as questões decorrem diretamente do objetivo e precisam informação que se quer obter”, o seu uso está reservado a estudos descritivos e descritivos correlacionais, tendo como principal objetivo descrever conceitos ou estabelecer relações entre as variáveis (p.16).

A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar. (Fortin, 1996). Todo o estudo

científico pressupõe a existência de variáveis e questões de investigação. Neste estudo, as questões às quais se pretende dar resposta são as seguintes:

- Qual a perceção de stresse nos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal na abordagem da Pessoa em Situação Crítica?
- Qual a relação entre a perceção de stresse nos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal e as variáveis sociodemográficas e profissionais?

1.2. Objetivos do estudo

A investigação deve assentar em objetivos claros e previamente definidos. O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação, ou seja, é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão (Fortin et al., 2009).

Para responder às questões, formularam-se os objetivos de investigação:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal;
- Identificar os principais fatores indutores de stresse nos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal;
- Avaliar a relação entre os fatores indutores de stresse e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

1.3. Tipo de estudo

De modo a poderem-se concretizar os objetivos delineados, optou-se por um estudo de abordagem quantitativa, de carácter descritivo, transversal e correlacional.

Recorre-se a uma abordagem quantitativa, uma vez que os dados proporcionam realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. 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).

Em relação ao tipo de estudo, este será um estudo de carácter descritivo, pois apresenta as características de uma certa população ou acontecimento, relaciona variáveis e determina a sua natureza (Vergara, 2016). Nos estudos transversais todas as medições são feitas num único período de tempo. Não há seguimento dos indivíduos, sendo que este tipo de estudo tem a sua relevância para descrever as características de determinada população em relação a certas variáveis. Pretende-se também verificar se existem relações estatisticamente significativas entre as variáveis.

1.4. População e amostra

Segundo Fortin et al (2009), “...uma população define-se como conjunto de elementos (indivíduos, espécie, processo) que têm características em comum” (p.311). Os mesmos autores explicam que população alvo é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos pelo investigador. A amostra é uma fração representativa da população, sendo a representatividade a sua característica fundamental.

A população ficou constituída por todos os enfermeiros a desempenhar funções no SU de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, com uma dimensão de 66 participantes.

A amostra é uma fração representativa da população, sendo a representatividade a sua característica fundamental. A amostragem “é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira ... permite estimar, de forma precisa, as características de uma população a partir da informação obtida junto de uma amostra (Fortin et al., 2009, p.310).

Os critérios de inclusão nesta investigação são: i) Enfermeiros a exercer funções no SU de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal; ii) Enfermeiros que se encontrem na prestação direta de cuidados de enfermagem em dezembro de 2021.

Como critérios de exclusão, delinearão-se: i) Enfermeiros que não preencham, pelo menos, 80% do instrumento de recolha de dados; ii) Enfermeiros que não se encontrem em funções durante o período de recolha de dados (licença parental; baixa médica).

Obteve-se uma amostra não probabilística por conveniência, dado que é constituída por um grupo de enfermeiros por conveniência da investigadora.

A amostra incluiu, assim, os enfermeiros que respeitaram os critérios de inclusão, tendo ficado constituída por 54 enfermeiros, uma vez, que doze enfermeiros não se encontravam em funções no momento da aplicação do instrumento de recolha de dados.

1.5. Período de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada pela investigadora durante os últimos 15 dias do mês de dezembro de 2021 de forma a compilar a informação referente à perceção de stresse nos enfermeiros no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal na abordagem da Pessoa em Situação Crítica.

1.6. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados assume-se como fundamental para um estudo de investigação. Os conceitos na base de um estudo não podem ser medidos diretamente, eles devem ser traduzidos sob uma forma operacional, de modo a descrever as atividades com vista a medir um conceito ou para descrever os comportamentos em estudo (Fortin et al., 2009).

Para este estudo os dados serão colhidos num só período, com utilização de questionário, que representa um meio formal e validado, que pode ser consultado no Apêndice II.

O questionário é um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um grande número de pessoas e o seu anonimato tranquiliza os participantes e possibilita uma expressão livre das suas opiniões (Fortin et al., 2009). Pode ser aplicado a uma população homogénea como é o caso. Este método apresenta ainda vantagens relacionadas com o custo, sendo este menor. No entanto, à semelhança de outros instrumentos, apresenta também algumas desvantagens que se prendem com a dificuldade de conceção, pois é necessário ter em conta vários parâmetros, tais como: a quem se vai aplicar, o tipo de questões a incluir, o tipo de respostas que se pretende e o tema abordado. Dado ser preenchido pela população sem a interferência do investigador, existe a probabilidade de uma elevada taxa de não-respostas (Fortin et al., 2009).

O formato de questionário permite organizar e controlar os dados, sendo que deste modo a informação é recolhida de uma forma rigorosa. Será escolhido para a recolha dos dados por ser menos dispendioso e poder ser utilizado simultaneamente junto dos sujeitos participantes no estudo. Conta-se, no entanto, com a desvantagem de as taxas de resposta/devolução poderem ser fracas.

O questionário tem questões concebidas com o objetivo de colher informação factual sobre os indivíduos e encontra-se dividido em duas partes: Parte I, que pretende caracterizar a amostra nas dimensões sociodemográficas e profissionais e Parte II que pretende adquirir a frequência com que determinadas situações são percebidas como stressantes pelos enfermeiros, usando a Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros (ESPE), versão Portuguesa da Nursing Stresse Scale de Pamela Gray-Toft e James G. Anderson, traduzida e adaptada para a população portuguesa, por Santos e Teixeira (2008). A versão original apresenta um alfa de Chronbach de 0,89 e a versão portuguesa um valor ainda mais robusto de 0,93. Obteve-se previamente consentimento dos autores da escala para a sua utilização no presente estudo (Anexo I).

Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros

De entre alguns instrumentos pesquisados para este estudo de investigação, optamos pelo uso da escala ESPE, validada para a população Portuguesa por Santos e Teixeira (2008), originalmente chamada de Nursing Stresse Scale, a qual foi desenvolvida por Pamela Gray Toft (1981), do Department of Medical Research, Methodis Hospital of Indiana, Indianapolis, Indiana e James G. Anderson, do Department of Sociology and Anthropology, Purdue University, West Lafáyette, Indiana, Estados Unidos da América.

A escala criada Gray-Toft e Anderson (1981) é constituída por 34 itens que relatam situações identificadas como causadoras de stresse nos enfermeiros no exercício da sua atividade profissional. Permite encontrar uma pontuação total assim como uma pontuação de cada uma das subescalas que mensuram a frequência das situações experienciadas como stressantes pelos profissionais. Esta escala avalia três tipos de ambientes distintos (domínios) e sete fatores (dimensões), que segundo os autores são considerados as sete fontes de stresse major.

Quanto aos ambientes, os autores dividem em três tipos diferentes na sua escala, sendo eles:

- Fatores associados ao Ambiente físico hospitalar:
 - Carga de trabalho.

- Fatores associados com o Ambiente psicológico hospitalar:
 - Morte e sofrimento;
 - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e familiares;
 - Falta de apoio dos colegas;
 - Incerteza de tratamentos.
- Fatores associados com o Ambiente social hospitalar:
 - Conflitos com os médicos;
 - Conflito com colegas e superiores.

Em relação às sete dimensões/fatores, que segundo os autores são considerados as sete fontes de stresse major correspondente a sete subescalas, cada uma com os seus itens. Os 34 itens que compõem a escala referem-se a acontecimentos do quotidiano profissional e estão distribuídos pelos respetivos fatores (subescalas);

- Subescala I - A morte e o medo de morrer:
 - Procedimentos dolorosos para o doente (item 3);
 - Sentimento de impotência quando não há melhorias (item 4);
 - Falar sobre a proximidade da morte (item 6);
 - Doente que morre (item 8);
 - Relação e proximidade com o doente que morre (item 12);
 - Ver um doente a sofrer (item 13);
 - Doente que morre sem médico presente (item 21).
- Subescala II - Conflitos com os Médicos:
 - Crítica de um médico (item 2);
 - Conflito com um médico (item 9);
 - Medo de cometer um erro no tratamento (item 10);
 - Desacordo em relação ao tratamento do doente (item 14);
 - Tomar decisão aquando aos tratamentos na ausência do médico (item 19).
- Subescala III - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares:

- Para ajudar emocionalmente doente e família (item 15);
 - Respostas não satisfatória a questões do doente (item 18);
 - Para responder às necessidades emocionais do doente (item 23).
- Subescala IV - Falta de apoio dos colegas:
 - Para falar abertamente sobre problemas de serviço (item 7);
 - Oportunidade para partilhar experiências e sentimentos (item 11);
 - Para expressar a outros colegas de serviço sentimentos negativos acerca dos doentes (item 16).
- Subescala V - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes
 - Conflitos com um superior hierárquico (item 5);
 - Ser mobilizado para outro serviço na falta de pessoal (item 20);
 - Dificuldade em trabalhar com enfermeiros de outro serviço (item 22);
 - Receber críticas de um superior hierárquico (item 24);
 - Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro do mesmo serviço (item 29).
- Subescala VI - Carga de Trabalho
 - Avaria informática (item 1);
 - Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho (item 25);
 - Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional (item 27);
 - Falta tempo para dar apoio emocional ao doente (item 28);
 - Falta de tempo para completar tarefas (item 30);
 - Falta de pessoal para as necessidades do serviço (item 34).
- Subescala VII - Incerteza quanto aos tratamentos
 - Informação inadequada acerca das condições clínicas do doente (item 17);
 - Prescrição médica solicitando tratamento inadequado (item 26);
 - Médico ausente numa situação de emergência médica (item 31);
 - Desconhecer informação a ser dada ao doente / família acerca da clínica (item 32);
 - Duvidas quanto ao funcionamento de determinado equipamento especializado (item 33).

Na tabela 4 apresentam-se os fatores da ESPE, segundo a escala criada Gray-Toft e Anderson (1981).

Tabela 4

Fatores da ESPE

Tipos de Ambiente	Fatores da ESPE	Itens
Ambiente Físico	VI – Carga de Trabalho	1, 25, 27, 28, 30 e 34
Ambiente Psicológico	I – A morte e o morrer	3, 4, 6, 8, 12, 13 e 21
	III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e suas famílias	15, 18 e 23
	IV – Falta de apoio dos colegas	7,11 e 16
	VII – Incerteza quanto aos tratamentos	17, 26, 31, 32 e 33
Ambiente Social	II – Conflitos com os médicos	2, 9, 10, 14 e 19
	V – Conflitos com outros enfermeiros e chefes	5, 20, 22, 24, e 29

Fonte: Adaptado Gray-Toft e Anderson (1981)

A ESPE é composta por sete fatores descritos anteriormente. Esta escala é uma escala de Likert de 4 pontos (1 = nunca; 2 = ocasionalmente; 3 = frequentemente; 4 = muito frequentemente), onde a amostra assinalou a frequência com que vivencia as situações que são descritas, de acordo com a sua percepção. O Ambiente físico tem um fator e 6 itens (com uma pontuação mínima de 6 pontos e máxima de 24 pontos), o Ambiente psicológico tem quatro fatores e 18 itens (com uma pontuação mínima de 18 pontos e máxima de 72 pontos) e o fator do Ambiente social tem dois fatores e 10 itens (com uma pontuação mínima de 10 pontos e máxima de 40 pontos), o que faz o somatório dos 34 itens da ESPE. O somatório dos itens pode ter um valor de resultado mínimo igual a 34 pontos e um valor de resultado máximo igual a 136 pontos. Assim, a uma pontuação mais alta corresponde um maior nível de stressores.

1.7. Procedimento de recolha de dados

Após a autorização para a realização do estudo pelo Presidente do Conselho de Administração e da respetiva Comissão de Ética, foram aplicados os questionários.

A colheita de dados foi realizada pela investigadora que entregou pessoalmente os questionários aos enfermeiros no SU de um centro hospital da região norte de Portugal, durante mês de Dezembro de 2021, tendo sido deixado um envelope para a sua devolução, de forma a preservar o anonimato. Os envelopes fechados foram posteriormente recolhidos pela investigadora, na segunda quinzena do mês de Dezembro de 2021.

1.8. Variáveis em estudo

As variáveis de investigação são “qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas” (Fortin et al, 2009, p. 171). São ainda condições que ocorrem simultaneamente, sem que umas interfiram com as outras, não sendo por isso a causa da mudança de outra variável (Fortin et al, 2009).

As variáveis podem ser classificadas como independentes ou dependentes. As variáveis dependentes referem-se àquelas que sofrem os efeitos e as variáveis independentes são aquelas de que se quer medir os efeitos.

Assim, serão selecionadas para este estudo as seguintes variáveis:

- Variáveis independentes:
 - Sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, Habilitações académicas);
 - Socioprofissionais (categoria profissional; tempo de exercício de funções como enfermeiro; tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra atualmente; localidade em que exerce funções; tipo de vínculo à instituição e acumulação de funções noutra local de trabalho)
- Variáveis dependentes: Nível de stresse

A operacionalização é uma etapa importante para dispor os dados, de modo a serem analisados e interpretados corretamente. As variáveis sociodemográficas e socioprofissionais (independentes) que serão consideradas são as seguintes:

- Sexo: pergunta de resposta fechada, com duas alternativas - Sexo Feminino ou Sexo Masculino;
- Idade: pergunta de resposta fechada, englobando as faixas etárias - 21-30 anos; 31-40 anos; 41-50 anos e 51 ou mais anos;
- Estado civil: questão operacionalizada em dois grupos (sem companheiro/ com companheiro);
- Habilitações literárias: para avaliar esta variável, e sendo que a população em estudo será constituída por enfermeiros, com grau mínimo de licenciatura, formular-se-á uma questão fechada, agrupando as habilitações literárias em três grupos – Licenciatura, Mestrado e Doutoramento;
- Categoria Profissional: questão fechada – Enfermeiro Generalista, Enfermeiro Especialista;
- Tempo de exercício de funções como enfermeiro: questão fechada, constituída por 1-10 anos; 11-20 anos e 21 ou mais anos;
- Localidade onde exerce atualmente: pergunta fechada, com as hipóteses: Vila Real; Chaves e Lamego;
- Tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra atualmente: questão fechada, constituída por <2 anos; 2-10 anos; 11-20 anos; 21 ou mais anos.
- Tipo de vínculo à instituição: questão fechada, que compreende contrato de trabalho sem termo; contrato de trabalho a termo certo; contrato de trabalho a termo incerto; contrato de prestação de serviço e contrato de utilização de trabalho temporário;
- Acumulação de funções noutra local de trabalho: pergunta fechada, com as opções Sim ou Não;

1.9. Considerações éticas

Foram considerados os aspetos éticos inerentes a qualquer investigação científica. Seja quais forem os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito pelos direitos da pessoa (Fortin et al., 2009).

O respeito pela liberdade e dignidade da pessoa enquanto ser humano deve ser o guia orientador de qualquer investigação, em qualquer uma das suas etapas. É assim necessário garantir que o estudo e o rigor da investigação não entrem em conflito com as exigências éticas.

Ao investigar é necessário respeitar incondicionalmente os direitos fundamentais redigidos pelo Código de Ética de Nuremberga, como: o direito a autodeterminação, o direito a intimidade, o direito ao anonimato e a confidencialidade, o direito a proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo. Assim, e de acordo com Archer et al. (1996), ao abrigo do Código de Ética de Nuremberga, da declaração de Helsínquia (assegurado o anonimato, a participação voluntária, a confidencialidade dos dados) e do relatório de Belmonte (princípio da beneficência, respeito pela dignidade humana e princípio da justiça).

Para cumprimento dos procedimentos éticos que estão subjacentes á realização dos estudos de investigação foi previamente obtida a autorização dos diretores de serviço e da Comissão de Ética da instituição de saúde onde foi desenvolvido o estudo, que mereceu parecer favorável (Anexo II).

É preciso oferecer aos sujeitos participantes suficientes informações sobre o projeto de investigação e em que consiste a sua participação, de maneira a que possam decidir participar livremente e com pleno conhecimento de causa (Fortin et al., 2009).

Um estudo de investigação tem de respeitar os princípios éticos subjacentes: anonimato, confidencialidade, proteção dos participantes e permitir uma participação livre e esclarecida (Fortin et al., 2009). Neste estudo, foram respeitados os princípios definidos pela Declaração de Helsínquia, tendo assegurado o anonimato, a participação voluntária, a confidencialidade dos dados e o consentimento informado dos enfermeiros (Apêndice III).

Toda a informação recolhida foi sujeita a anonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Os dados serão codificados e utilizados para fins de tratamento estatístico.

Foi obtido consentimento dos autores da escala que pretendemos usar neste estudo (Anexo I).

1.10. Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados recolhidos encerra dois objetivos essenciais: por um lado, permite a verificação empírica e a interpretação de factos inesperados e por outro, a revisão e o aperfeiçoamento das hipóteses (Pocinho, 2012).

Para o tratamento de dados recorreu-se à estatística descritiva com cálculo das frequências absolutas e relativas para todas as variáveis e da média, desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis escalares.

Os resultados caracterizadores da amostra de enfermeiros participantes são expressos em frequência, absoluta e relativa expressa em percentagem.

Na realização da estatística inferencial utilizada no teste de hipóteses, utilizaram-se testes não paramétricos, pois todas as variáveis (score total, score dos fatores) apresentaram uma distribuição não normal. A avaliação da normalidade foi realizada através do teste de Kolmogorof-Smirnov, assumindo como hipótese nula que a distribuição da variável é similar à da distribuição normal. A análise da normalidade passou também pela observação dos histogramas de frequência das pontuações nos diferentes itens/scores da escala e dos parâmetros curtose e enviesamento.

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney quando a variável independente tinha duas categorias (sexo, estado civil, tipo de vínculo, acumulação de funções) e o teste de Kruskal-Wallis para os casos de mais de duas categorias (idade, tempo de serviço, tempo e serviço no SU). Os resultados destas variáveis são apresentados como ordem média.

De acordo com Pestana e Gageiro (2014) na análise estatística considerou-se o limite de significância de $p < 0,05$.

Para avaliar a consistência interna da escala ESPE recorreu-se ao alfa de cronbach.

O tratamento de dados foi processado com recurso ao programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25.0., no qual foi construída a base de dados e, posteriormente, os dados foram inseridos, pelo número de codificação, respeitando o anonimato e sigilo da informação.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo faz-se a apresentação dos resultados provenientes da aplicação do instrumento de recolha de dados aos enfermeiros da amostra. Tal como refere Fortin e colaboradores (2009), na apresentação dos resultados o investigador expõe a análise dos dados, realizada através da estatística descritiva e inferencial. Seguidamente é apresentada a análise estatística inferencial relativa às variáveis em estudo.

2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Na tabela 5 apontam-se as características sociodemográficas da amostra registadas nos 54 enfermeiros que constituíram a amostra. Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (68,5%) e a classe etária dominante foi a dos 31-40 anos, representando 63,0% da amostra. O grupo dos enfermeiros mais jovens (21-30 anos) representou somente 9,3% do total e o dos mais velhos (51 ou mais anos) 13,0%.

O estado civil dos enfermeiros operacionalizou-se em duas classes os que não possuem companheiro (solteiros/divorciados) que representam 46,3% da amostra, e aqueles que possuem companheiro (casados/ união de facto) que perfazem um total de 53,7%. No que se refere às habilitações académicas, dos 54 enfermeiros da amostra, 40 eram licenciados (74,1%), os restantes eram titulares do grau de mestre (25,9%) (Tabela 5).

As características profissionais da amostra são apresentadas na tabela 6. Dos 54 enfermeiros que participaram no estudo, 33 eram enfermeiros (61,1%), os restantes eram especialistas (38,9%). No que se refere ao tempo de serviço, uma parte considerável dos profissionais (46,3%) trabalhava há 11-20 anos. Dos restantes, 16 enfermeiros (29,6%) trabalhavam há 10 anos ou menos, e 13 dos enfermeiros da amostra (24,1%) há mais de 21 anos.

Tabela 5.*Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros da amostra*

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	37	68,5
Masculino	17	31,5
Idade		
21-30	5	9,3
31-40	34	63,0
41-50	8	14,8
51 ou mais anos	7	13,0
Estado civil		
Solteiro/divorciado	25	46,3
Casado/União de facto	29	53,7
Habilitações académicas		
Licenciatura	40	74,1
Mestrado	14	25,9
Total	54	100%

Legenda: *n* = frequência absoluta; % = percentagem.

Relativamente ao tempo de serviço no SU, verifica-se que 8 enfermeiros da amostra (14,9%) trabalhavam nesse serviço há pelo menos 21 anos. A classe de maior frequência é dos 2 a 10 anos (42,6%) que, quando adicionada dos enfermeiros que trabalhavam há menos de 10 anos naquele serviço (18,5%), perfaz 61,1% de profissionais a trabalhar no SU há menos de 10 anos.

No que se refere à estabilidade contratual, dos 54 enfermeiros, 40 possuíam um contrato sem termo (74,1%), os restantes tinham um contrato com termo certo ($n = 4$; 7,4%) ou a termo incerto ($n = 10$; 18,51).

A acumulação de funções noutra instituição é feita por 19 dos 54 enfermeiros, o que perfaz 35,2% da amostra (Tabela 6).

Tabela 6.*Caracterização profissional dos enfermeiros da amostra*

Variável	<i>n</i>	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	33	61,1
Enfermeiro especialista	21	38,9
Tempo de serviço (anos)		
<11 anos	16	29,6
11-20	25	46,3
21 ou mais anos	13	24,1
Tempo de serviço no Serviço de Urgência (anos)		
<11 anos	33	61
11-20	13	24,1
21 ou mais anos	8	14,9
Tipo de vínculo		
Contrato sem termo	40	74,1
Contrato com termo (certo + incerto)	14 (4+10)	25,9
Acumula funções noutra instituição		
Sim	19	35,2
Não	35	64,8
Total:	54	

Legenda: *n* = frequência absoluta; % = percentagem.

2.2. Perceção de stresse dos enfermeiros da amostra

A escala ESPE foi aplicada para avaliar os níveis de stresse nos enfermeiros no SU de um centro hospital da região norte de Portugal. Os resultados da pontuação total da escala e de cada um dos sete fatores são apresentados na tabela 7.

Em termos médios, o conjunto de profissionais que constituíram a amostra apresentou uma pontuação na ESPE de $80,94 \pm 11,95$, valor médio ligeiramente inferior ao ponto médio da escala (85). Considerando que a pontuação máxima que pode ser obtida nesta escala é de 136 pontos, e que foi observada uma pontuação máxima de 110 pontos, pode considerar-se que há alguns enfermeiros do SU que apresentam níveis elevados de stresse.

Analisando individualmente os sete fatores da escala, agrupadas em três domínios, ambiente físico, ambiente psicológico e ambiente social, observa-se que o stresse dos enfermeiros está, em média, mais associado a determinadas causas.

Tendo por base os sete fatores da escala, que integram os três domínios, constata-se que o fator VI “carga de trabalho”, é reconhecido como a principal fonte de stresse para os enfermeiros, os valores observados ($17,54 \pm 3,28$) estão acima do ponto médio (15). No domínio do ambiente psicológico o fator I “a morte e morrer” ($17,15 \pm 2,89$) e o fator VII “incerteza quanto aos tratamentos” ($11,93 \pm 2,39$), constituíram os fatores que revelaram pontuações mais elevadas, contudo sem ultrapassar os pontos médios.

Ao nível do ambiente social, o fator II “conflito com os médicos” ($11,19 \pm 2,22$) e o fator V “conflito com outros enfermeiros e com o chefe” ($9,74 \pm 2,90$), apresentam um valor médio inferior ao ponto médio. Porém, deve atender-se que para estes fatores há alguns enfermeiros para quem estes aspetos representavam uma fonte de stresse preocupante, como se depreende do valor máximo observado no fator, de 18 pontos num total possível de 20, para o conflito com os médicos e 17 pontos num total possível de 20 para o conflito com outros enfermeiros e com os chefes.

Os valores mínimos observados aproximam-se do valor mínimo da escala para a maioria dos fatores, e mesmo para a escala completa, o que indica que também há na amostra em estudo enfermeiros que percecionam níveis reduzidos de stresse (Tabela.7).

Tabela 7.

Estatísticas descritivas das fontes de stresse profissional da escala ESPE nos enfermeiros da amostra

Componente	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média Ponderada±DP	α
<i>Ambiente físico</i>						
VI: Carga de trabalho (6-24)	17,54	3,28	10	24	2,923±0,547	
<i>Ambiente psicológico</i>						
I: A morte e o morrer (7-28)	17,15	2,89	10	25	2,449±0,413	
III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares (3-12)	6,87	1,44	4	10	2,290±0,480	
IV: Falta de apoio dos colegas (3-12)	6,54	1,42	3	11	2,179±0,475	
VII: Incerteza quanto aos tratamentos (5-20)	11,93	2,39	7	17	2,385±0,477	
<i>Ambiente social</i>						
II: Conflitos com os médicos (5-20)	11,19	2,22	7	18	2,237±0,443	
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes (5-20)	9,74	2,90	5	17	1,95±0,579	
<i>ESPE Total (34-136)</i>	80,94	11,95	54	110	2,38±0,352	0,908

Legenda: DP = desvio padrão; α- alfa de cronbach

2.3. Percepção de stresse (global e por dimensão) da amostra e as variáveis sociodemográficas e profissionais

No presente estudo procurou-se identificar a relação entre a percepção de stresse (global e por dimensão) dos participantes no estudo e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos mesmos.

Quanto às variáveis sociodemográficas dos enfermeiros participantes no estudo, no que se refere ao sexo do enfermeiro (Tabela 8), observou-se que os profissionais do sexo masculino percebem um nível de stresse, avaliado pelo total da escala, mais elevado ($p < 0,05$), tal como se pode inferir pelas ordem média destes grupos (masculino 30,39; feminino 21,21). Esta percepção é particularmente clara, encontrando-se diferenças estatísticas significativas ($p = 0,001$) no fator VI “Carga de trabalho”, com os profissionais do sexo masculino a apresentar uma ordem média mais elevada (32,18) e os profissionais do sexo feminino numa posição média menor (17,32). Ao nível do fator I “A morte e morrer” e do fator II “Conflito com os médicos”, observou-se uma tendência, ainda que não significativa ($p = 0,070$ e $p = 0,069$, respetivamente), para os profissionais do sexo masculino apresentarem níveis de stresse mais elevados que os profissionais do sexo feminino com os eventos considerados naqueles fatores.

No que concerne à pontuação total da escala, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais do sexo masculino e feminino ($p = 0,046$). Os profissionais do sexo masculino obtiveram ordem média de (30,39) e do sexo feminino obtiveram uma ordem média (21,21), os profissionais do sexo masculino obtiveram um nível de stresse mais elevado. (Tabela 8).

Tabela 8.

Percepção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) entre enfermeiros do sexo feminino e masculino

Fator	Sexo	Ordem média	Estatística de teste	p
<i>Ambiente físico</i>				
VI: Carga de trabalho	Feminino	17,32	-3,240	0,001
	Masculino	32,18		
<i>Ambiente psicológico</i>				
I: A morte e o morrer	Feminino	21,82	-1,812	0,070
	Masculino	30,11		
III: Preparação inadequada (...) necessidades emocionais doentes e familiares	Feminino	28,44	-0,309	0,758
	Masculino	27,07		
IV: Falta de apoio dos colegas	Feminino	27,15	-0,117	0,907
	Masculino	27,66		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	Feminino	24,79	-0,868	0,385
	Masculino	28,74		
<i>Ambiente social</i>				
II: Conflitos com os médicos	Feminino	21,82	-1,818	0,069
	Masculino	30,11		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Feminino	23,15	-1,388	0,165
	Masculino	29,50		
<i>ESPE Total</i>				
	Feminino	21,21	-1,995	0,046
	Masculino	30,39		

Legenda: *p* = significância estatística

O efeito da idade do enfermeiro na sua percepção de stresse é apresentado na tabela 9. A idade foi registada em escalões etários, e como previamente referido, os enfermeiros mais velhos, por serem em número residual foram realocados na classe imediatamente anterior.

Em relação à pontuação total da escala, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros nos diferentes escalões etários ($p = 0,625$). Os enfermeiros no escalão etário (41-50) foram os que obtiveram uma ordem média mais elevado (29,88), ainda que se observem pequenas diferenças absolutas na pontuação total da ESPE e dos fatores, nenhuma dessas diferenças é significativa ($p \geq 0,05$) (Tabela 9).

Tabela 9.

Percepção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) entre enfermeiros de diferentes escalões etários.

Componente	Idade	Ordem média	Estatística de teste	p
<i>Ambiente físico</i>				
VI: Carga de trabalho (6-24)	21-30	21,60	4,025	0,259
	31-40	30,12		
	41-50	28,00		
	≥51	18,43		
<i>Ambiente psicológico</i>				
I: A morte e o morrer (7-28)	21-30	24,70	0,541	0,910
	31-40	26,96		
	41-50	30,50		
	≥51	28,71		
III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares (3-12)	21-30	32,20	1,156	0,764
	31-40	25,97		
	41-50	28,25		
	≥51	30,71		
IV: Falta de apoio dos colegas (3-12)	21-30	32,60	1,935	0,586
	31-40	26,00		
	41-50	32,50		
	≥51	25,43		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos (5-20)	21-30	25,80	0,401	0,940
	31-40	28,00		
	41-50	28,94		
	≥51	24,64		

Legenda: *p* = significância estatística

Tabela 9 (continuação).

Percepção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) entre enfermeiros de diferentes escalões etários.

Componente	Idade	Ordem média	Estatística de teste	p
<i>Ambiente social</i>				
II: Conflitos com os médicos (5-20)	21-30	25,20	6,186	0,103
	31-40	30,15		
	41-50	29,19		
	≥51	14,36		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes (5-20)	21-30	25,00	1,930	0,587
	31-40	29,54		
	41-50	25,88		
	≥51	21,21		
<hr/>				
<i>ESPE Total (34-136)</i>	21-30	24,40	1,754	0,625
	31-40	28,72		
	41-50	29,88		
	≥51	21,07		

Legenda: *p* = significância estatística

No que concerne aos níveis de stresse percecionado pelos enfermeiros que não têm um companheiro (solteiros/ divorciados), e aqueles que têm companheiro (casados/ união de facto) é apresentada na tabela 10. Observou-se que para o fator III “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e familiares” existe diferenças estatísticas significativas ($p = 0,037$) entre os dois grupos, com os enfermeiros casados a demonstrar maior percepção de efeito stressante, como se pode inferir da ordem média que cada um destes grupos apresenta (casados 31,50; solteiros 22,86). Para o fator VII “Incerteza quanto aos tratamentos” existe diferenças estatísticas significativas ($p = 0,041$) entre os dois grupos, com os enfermeiros casados a demonstrar maior percepção de efeito stressante (casados 31,50; solteiros 22,86). Em termos globais, para todos os fatores, os enfermeiros casados apresentam níveis ligeiramente mais elevados, ainda não se traduzem numa diferença efetiva.

Na pontuação total da escala, os enfermeiros solteiros apresentam ordem média (23,36) e os enfermeiros casados apresentam uma ordem média (31,07) determinou uma tendência ($p =$

0,072) que, não sendo estatisticamente significativa, sugere que há de facto níveis de perceção de stresse mais elevados entre os enfermeiros casados.

Tabela 10.

Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) pelos enfermeiros que vivem sozinhos (solteiros/divorciados) e os que vivem maritalmente (casados, unidos de facto).

Fator	Estado civil	Ordem média	Estatística de teste	P
<i>Ambiente físico</i>				
VI: Carga de trabalho	Solteiro	25,34	-0,942	0,346
	Casado	29,36		
<i>Ambiente psicológico</i>				
I: A morte e o morrer	Solteiro	25,94	-0,682	0,495
	Casado	28,84		
III: Preparação inadequada (...) necessidades emocionais doentes e familiares	Solteiro	22,86	-2,084	0,037
	Casado	31,50		
IV: Falta de apoio dos colegas	Solteiro	25,58	-0,872	0,383
	Casado	29,16		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	Solteiro	22,86	-2,040	0,041
	Casado	31,50		
<i>Ambiente social</i>				
II: Conflitos com os médicos	Solteiro	23,32	-1,834	0,067
	Casado	31,10		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Solteiro	25,36	-0,935	0,350
	Casado	29,34		
<i>ESPE Total</i>				
	Solteiro	23,36	-1,798	0,072
	Casado	31,07		

Legenda: *p* = significância estatística

Na tabela 11 apresenta-se os níveis de stresse percecionados pelos enfermeiros licenciados e mestres. A habilitação de mestre tem uma forte associação com os níveis mais elevados de stresse, pois estes enfermeiros apresentam uma pontuação total da escala superior ($p = 0,016$) com ordem média (36,18) quando comparada com a dos enfermeiros licenciados que apresentam ordem média (24,46). Em seis dos sete fatores da escala, os enfermeiros mestres apresentam níveis de stresse mais elevados do que os licenciados, sendo que essas diferenças

foram estatisticamente significativas para o fator VI “Carga de trabalho” ($p = 0,042$), III “Preparação inadequada (...)” ($p = 0,021$) e V “Conflito com outros enfermeiros e chefe” ($p = 0,015$). Somente no fator IV “Falta de apoio dos colegas” há uma clara semelhança entre os dois grupos, como se depreende do elevado valor de $p = 0,804$. Em síntese podemos dizer, que aqueles que têm a habilitação de mestre apontam para níveis mais elevados de percepção de stresse.

Tabela 11.

Percepção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) entre enfermeiros licenciados e mestres.

Fator	Habilitações literárias	Ordem média	Estatística de teste	p
<i>Ambiente físico</i>				
VI: Carga de trabalho	Licenciatura	25,24	-2,035	0,042
	Mestrado	33,96		
<i>Ambiente psicológico</i>				
I: A morte e o morrer	Licenciatura	25,24	-1,801	0,072
	Mestrado	33,96		
III: Preparação inadequada (...) necessidades emocionais doentes e familiares	Licenciatura	24,68	-2,31	0,021
	Mestrado	35,57		
IV: Falta de apoio dos colegas	Licenciatura	27,80	-0,248	0,804
	Mestrado	26,64		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	Licenciatura	25,29	-1,771	0,077
	Mestrado	33,82		
<i>Ambiente social</i>				
II: Conflitos com os médicos	Licenciatura	25,16	-1,867	0,062
	Mestrado	34,18		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Licenciatura	24,45	-2,425	0,015
	Mestrado	36,21		
<i>ESPE Total</i>				
	Licenciatura	24,46	-2,401	0,016
	Mestrado	36,18		

Legenda: p = significância estatística

Quanto às variáveis profissionais dos enfermeiros participantes no estudo (Tabela 12), no que se refere à categoria profissional não tem qualquer diferença estatística significativa ($p \geq 0,05$) na percepção de stresse pelos enfermeiros, como se depreende da similaridade das ordens médias, indicando que as pontuações atribuídas por estes dois tipos de profissionais são muito próximas nos dois grupos.

Tabela 12.

Percepção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) entre enfermeiros e especialistas.

Fator	Categoria profissional	Ordem média	Estatística de teste	P
<i>Ambiente físico</i>				
VI: Carga de trabalho	Enfermeiro	28,32	-0,482	0,630
	Especialista	26,21		
<i>Ambiente psicológico</i>				
I: A morte e o morrer	Enfermeiro	26,92	-0,340	0,734
	Especialista	28,40		
III: Preparação inadequada (...) necessidades emocionais doentes e familiares	Enfermeiro	26,67	-0,505	0,613
	Especialista	28,81		
IV: Falta de apoio dos colegas	Enfermeiro	29,27	-1,087	0,277
	Especialista	24,71		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	Enfermeiro	26,18	-0,782	0,434
	Especialista	29,57		
<i>Ambiente social</i>				
II: Conflitos com os médicos	Enfermeiro	28,20	-0,413	0,680
	Especialista	26,40		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Enfermeiro	26,53	-0,572	0,567
	Especialista	29,02		
<i>ESPE Total</i>				
	Enfermeiro	27,50	0,000	1,000
	Especialista	27,50		

Legenda: p = significância estatística

No que se refere à relação entre o tempo de serviço e o stresse percecionado pelos enfermeiros da amostra, na pontuação total da escala, não se verificaram diferenças estatísticas significativas ($p \geq 0,05$). No tempo total de serviço há uma tendência (não significativa de $p = 0,064$) que aponta para uma percepção de stresse ligeiramente superior no

grupo etário dos 11 aos 20 anos de serviço no fator II “Conflito com os médicos” com uma média de valor (32,64) (Tabela 13)

Tabela 13.

Percepção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) com o tempo total de serviço

Componente	Tempo de serviço	Ordem média	Estatística de teste	P
<i>Ambiente físico</i>				
VI: Carga de trabalho (6-24)	≤ 10	22,94	3,829	0,147
	11-20	31,94		
	≥ 21	24,58		
<i>Ambiente psicológico</i>				
I: A morte e o morrer (7-28)	≤ 10	25,03	0,604	0,739
	11-20	28,20		
	≥ 21	29,19		
III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares (3-12)	≤ 10	24,69	0,964	0,618
	11-20	27,92		
	≥ 21	30,15		
IV: Falta de apoio dos colegas (3-12)	≤ 10	27,13	0,275	0,871
	11-20	26,76		
	≥ 21	29,38		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos (5-20)	≤ 10	21,03	4,057	0,132
	11-20	30,82		
	≥ 21	29,08		
<i>Ambiente social</i>				
II: Conflitos com os médicos (5-20)	≤ 10	24,72	5,485	0,064
	11-20	32,64		
	≥ 21	21,04		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes (5-20)	≤ 10	24,66	3,347	0,188
	11-20	31,64		
	≥ 21	23,04		
<i>ESPE Total (34-136)</i>				
	≤ 10	22,88	2,683	0,261
	11-20	31,00		
	≥ 21	26,46		

Legenda: *p* = significância estatística

No que concerne à relação entre o tempo de serviço no SU e o stresse percebido pelos enfermeiros da amostra, na pontuação total da escala, não se verificaram diferenças estatísticas significativas ($p \geq 0,05$). No entanto, existe diferença estatística significativa ($p = 0,042$) no fator II “Conflito com os médicos” com uma média de valor mais elevada nos enfermeiros que trabalham no SU entre os 11-20 anos (34,27). De igual modo, existe diferença estatística significativa ($p = 0,014$) no fator V: “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes” com uma média de ordens mais elevada nos enfermeiros que trabalham no SU há 11-.20 anos (36,62) (Tabela 14).

Tabela 14.

Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) e o tempo de serviço no SU

Componente	Tempo de serviço no SU	Ordem média	Estatística de teste	p
<i>Ambiente físico</i>				
VI: Carga de trabalho (6-24)	< 2	23,70	1,830	0,608
	2-10	28,59		
	11-20	30,92		
	≥ 21	23,56		
<i>Ambiente psicológico</i>				
I: A morte e o morrer (7-28)	< 2	22,60	2,834	0,418
	2-10	29,11		
	11-20	31,42		
	≥ 21	22,63		
III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares (3-12)	< 2	29,75	0,590	0,899
	2-10	26,00		
	11-20	28,96		
	≥ 21	26,63		
IV: Falta de apoio dos colegas (3-12)	< 2	24,70	1,336	0,721
	2-10	28,76		
	11-20	25,12		
	≥ 21	31,25		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos (5-20)	< 2	34,30	3,912	0,271
	2-10	23,65		
	11-20	30,35		
	≥ 21	25,44		

Tabela 14 (continuação).

Percepção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) e o tempo de serviço no SU

Componente	Tempo de serviço no SU	Ordem média	Estatística de teste	p
<i>Ambiente social</i>				
II: Conflitos com os médicos (5-20)	< 2	31,95	8,197	0,042
	2-10	25,87		
	11-20	34,27		
	≥ 21	15,63		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes (5-20)	< 2	33,85	10,542	0,014
	2-10	22,11		
	11-20	36,62		
	≥ 21	20,25		
<hr/>				
<i>ESPE Total (34-136)</i>	< 2	29,70	3,260	0,353
	2-10	25,57		
	11-20	32,92		
	≥ 21	21,50		

Legenda: p- probabilidade

No que se refere à relação entre o vínculo contratual dos enfermeiros à instituição e o stresse percebido pelos enfermeiros da amostra, na pontuação total da escala, não se verificaram diferenças estatísticas significativas ($p \geq 0,05$), ainda que haja diferença estatística significativa ($p = 0,043$) no fator II “Conflito com os médicos” com uma média de valor mais elevada para os enfermeiros com contrato com termo, percebendo níveis mais elevados de stresse (média de ordens contrato com termo 34,75; contrato sem termo 24,96). O fator I “A morte e morrer” está muito próxima do limite de significância ($p = 0,051$) (Tabela 15).

Tabela 15.

Perceção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) com o tipo de vínculo contratual.

Fator	Vínculo contratual	Ordem média	Estatística de teste	P
<i>Ambiente físico</i>				
VI: Carga de trabalho	Sem termo	25,96		
	Com termo	31,89	-1,221	0,222
<i>Ambiente psicológico</i>				
I: A morte e o morrer	Sem termo	25,05		
	Com termo	34,50	-1,951	0,051
III: Preparação inadequada (...) necessidades emocionais doentes e familiares	Sem termo	26,24		
	Com termo	31,11	-1,032	0,302
IV: Falta de apoio dos colegas	Sem termo	27,91		
	Com termo	26,32	-0,341	0,733
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	Sem termo	26,21		
	Com termo	31,18	-1,030	0,303
<i>Ambiente social</i>				
II: Conflitos com os médicos	Sem termo	24,96		
	Com termo	34,75	-2,026	0,043
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Sem termo	26,16		
	Com termo	31,32	-1,064	0,288
<i>ESPE Total</i>				
	Sem termo	25,15		
	Com termo	34,21	-1,858	0,063

Legenda: p = significância estatística

A acumulação de funções noutra instituição não mostrou diferença estatística significativa ($p \geq 0,05$), na pontuação total da escala com a perceção de stresse dos enfermeiros da amostra estudada, no entanto existe diferença estatística significativa ($p = 0,028$) no fator IV: “Falta de apoio dos colegas” com uma média de valor mais elevada para os enfermeiros que não tem acumulação de funções noutra instituição (30.80) (Tabela 16).

Tabela 16.

Percepção de stresse avaliados pela ESPE (fatores e total) pelos enfermeiros que acumulam e não acumulam funções noutra instituição.

Fator	Acumula funções	Ordem média	Estatística de teste	P
<i>Ambiente físico</i>				
VI: Carga de trabalho	Sim	28,53	-0,355	0,722
	Não	26,94		
<i>Ambiente psicológico</i>				
I: A morte e o morrer	Sim	28,03	-0,183	0,855
	Não	27,21		
III: Preparação inadequada (...) necessidades emocionais doentes e familiares	Sim	30,08	-0,919	0,358
	Não	26,10		
IV: Falta de apoio dos colegas	Sim	21,42	-2,191	0,028
	Não	30,80		
VII: Incerteza quanto aos tratamentos	Sim	29,21	-0,597	0,551
	Não	26,57		
<i>Ambiente social</i>				
II: Conflitos com os médicos	Sim	30,03	-0,879	0,379
	Não	26,13		
V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Sim	30,66	-1,095	0,274
	Não	25,79		
<i>ESPE Total</i>				
	Sim	28,84	-0,462	0,644
	Não	26,77		

Legenda: p = significância estatística

Em síntese, atendendo aos resultados da relação das variáveis profissionais na percepção do stresse percecionado pelos enfermeiros, avaliado com a ESPE, podemos dizer que nenhuma varável profissional a mostrar relação no nível de stresse percecionado pelos enfermeiros, estimado pela pontuação total da ESPE. Há, porém, diferenças pontuais em fatores da escala que apontam para os enfermeiros que trabalham há pouco tempo no SU e aqueles que aí trabalham entre 11 e 20 anos percecionarem mais stresse associado ao conflito com outros profissionais, assim como uma tendência para os profissionais com contrato a termo certo percecionarem mais stresse.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Consequentemente à apresentação dos resultados, procedemos neste subcapítulo à sua discussão, tendo por base os objetivos estipulados desde o início. Assim, recorreremos a estudos realizados a nível nacional e internacional, com o mesmo objeto de estudo e com uma idêntica população.

No presente estudo, as características sociodemográficas da amostra registadas nos 54 enfermeiros: a maioria era do sexo feminino (68,5%) e a classe etária dominante foi a dos 31-40 anos, representando 63,0% da amostra. O estado civil dos enfermeiros dividiu-se em duas classes os que não possuem companheiro (solteiros/divorciados) e os que possuem companheiro (casados/união de facto). As habilitações académicas, mais frequentes são a licenciatura (74,1%), somente cerca de um quarto da amostra era detentora de mestrado (25,9%). Quanto à categoria profissional, no presente estudo a maioria dos enfermeiros pertenciam à categoria profissional de enfermeiro. De igual modo, no estudo de Rodrigues (2021), com uma amostra de 100 enfermeiros a exercerem funções num Centro Hospitalar da região centro de Portugal, constatou que se tratava de enfermeiros maioritariamente do sexo feminino (78,0%), diferindo em relação à idade, pois no seu estudo grande parte dos participantes apresentavam uma média de idade de 37,76 anos ($\pm 7,66$ anos), com predomínio dos enfermeiros com o grau académico de licenciatura (71,0%), tal como no presente estudo.

Em relação ao tempo de serviço profissional, uma parte considerável dos enfermeiros da amostra estudada trabalha há 11-20 anos (46,3%), bem como no que respeita ao tempo de exercício profissional no serviço onde atualmente trabalhavam verificou-se que a maioria trabalha há menos de 10 anos (61,1%). Estando em conformidade com o estudo de Maravilha (2019), onde também os enfermeiros tinham um tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no atual serviço ≥ 5 anos.

Relativamente à estabilidade contratual, a maioria dos enfermeiros da amostra em estudo possuem um contrato sem termo (74,1%). A acumulação de funções noutra instituição é feita por 19 dos 54 enfermeiros (35,2%), sendo menos de metade da amostra estudada. De igual modo, no estudo de Pereira (2018), com uma amostra de 85 enfermeiros, constatou que

94,10% têm um contrato de funções públicas ou individual de trabalho a tempo Indeterminado.

O stresse é um problema grave que afeta uma grande parte dos cidadãos na atualidade. Os enfermeiros são um grupo profissional particularmente sujeito a este problema, pela natureza das suas funções (Bani-Issa et al., 2020)

A exposição permanente ao contacto humano com pessoas e com familiares ou cuidadores, assim como a necessidade de manter uma imagem positiva permanentemente, criando uma divergência entre emoções sentidas e emoções manifestadas, contribuem largamente para o stresse percebido pelo profissional de enfermagem (Gray-Toft & Anderson, 1981; Weaver et al., 2016): Adicionalmente, a gestão de situações de emergência, em que um pequeno erro pode comprometer a sobrevivência da pessoa, assim como a interação com outros profissionais de saúde, criam uma conjuntura em que o enfermeiro do SU experiencie níveis elevados de stresse no seu dia-a-dia (Yuwanich et al., 2018).

Relativamente a análise psicométrica obteve-se neste estudo uma consistência interna para o global da escala de 0,908 (α -cronbach), que segundo Vilelas (2020) enquadra-se numa análise muito boa, comparativamente com os autores responsáveis pela adaptação da escala ESPE, Santos e Teixeira (2008), para a versão Portuguesa com a obtenção um α de cronbach de 0,930.

No que se refere à perceção de stresse dos enfermeiros da amostra constatou-se que os enfermeiros que constituíram amostra do presente estudo apresentavam pontuação na ESPE de $80,94 \pm 11,95$, valor médio ligeiramente inferior ao ponto médio da escala (85). E Considerando que a pontuação máxima que pode ser obtida nesta escala é de 136 pontos, foi observada uma pontuação máxima de 110 pontos, pode considerar-se que há alguns enfermeiros do SU que apresentam níveis elevados de stresse. Analisando individualmente os sete fatores da escala ESPE, agrupados em três domínios, ambiente físico, ambiente psicológico e ambiente social, apurou-se que o stresse dos participantes estava, em média, mais associado ao fator VI “carga de trabalho”, ($17,54 \pm 3,28$) que constitui o domínio do ambiente físico, é reconhecido como a principal fonte de stresse para os enfermeiros da amostra, seguindo-se o fator I “a morte e morrer” ($17,15 \pm 2,89$) e o fator VII “incerteza quanto aos tratamentos” ($11,93 \pm 2,39$), que constituem o ambiente psicológico. De igual modo, no estudo de Pereira (2018) a carga de trabalho, a morte e sofrimento, a preparação inadequada e a incerteza nos tratamentos foram os fatores considerados como fontes mais potenciadoras de

stresse nos enfermeiros. Os resultados obtidos no presente estudo corroboram os alcançados por Alomari et al. (2021), cujo estudo visava verificar o nível de stresse de 242 enfermeiros que exerciam funções num SU do País de Gales do Sul, Austrália, tendo sido recolhidos os dados através da *Expanded Nursing Stress Scale* (ENSS), os resultados deste estudo indicaram que os enfermeiros dos SU sofriam de stresse nos seus ambientes de trabalho.

No presente trabalho, ao nível do ambiente social, o fator II “conflito com os médicos” ($11,19 \pm 2,22$) e o fator V “conflito com outros enfermeiros e com o chefe” ($9,74 \pm 2,90$), apresentam um valor médio inferior ao ponto médio. Porém, deve atender-se que para estes fatores há alguns enfermeiros para quem estes aspetos representavam uma fonte de stresse preocupante, como se depreende no valor máximo observado no fator, de 18 pontos num total possível de 20, para o conflito com os médicos e 17 pontos num total possível de 20 para o conflito com outros enfermeiros e com os chefes. Este é um fator comumente identificado como sendo uma causa de stresse em enfermeiros (Almhdawi et al., 2021; Gray-Toft & Anderson, 1981). Ainda que a relação com os pares seja habitualmente menos stressante que a relação com os médicos (Abellanoza et al., 2018; Stathopoulou et al., 2011), observaram-se também pistas que indicam que essa relação é responsável pela perceção de stresse pelos enfermeiros. Tratando-se de relações que têm uma componente socioemocional, é natural que haja tensão nessa relação com os colegas, tensão essa, que pode assumir dimensões de alguma gravidade (Park & Choi, 2022). No estudo apresentado por Pereira (2018) o conflito com os colegas é o menos apontado como fonte geradora de stresse nos enfermeiros. De acordo com o mesmo autor o ambiente físico e o ambiente psicológico são dimensões com maior potencial para gerar stresse nos enfermeiros. Prado (2016) refere que os estímulos que ocorrem no ambiente profissional definem o stresse ocupacional, resultando em consequências físicas e psicológicas deletérias. Esses estímulos são agentes stressores, ou seja, fatores extra-organizacionais e organizacionais, individuais e/ou grupais. A exposição contínua aos fatores de risco de stresse no trabalho pode acarretar consequências negativas, sendo uma delas a síndrome de burnout.

O stresse é muito determinado por traços de personalidade do individuo (Niu et al., 2017). As suas características sociodemográficas podem influenciar a forma e intensidade como perceciona o stresse.

No que respeita à perceção de stresse da amostra e as variáveis sociodemográficas e profissionais, no presente estudo observou-se que os profissionais do sexo masculino demonstram mais stresse que os profissionais do sexo feminino. Esta diferença fez-se sentir

ao nível da pontuação total da escala, e foi particularmente clara no fator VI “Carga de trabalho”, com os profissionais do sexo masculino a apresentar uma ordem média mais elevada (32,18). No que concerne à pontuação total da escala, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais do sexo masculino e feminino ($p = 0,046$). Estes resultados vão no mesmo sentido do resultado do artigo de Park & Choi (2022) ou o contrário (Gadirzadeh et al., 2017). Os resultados obtidos no presente trabalho não corroboram com os obtidos no estudo de Pereira (2018), onde as mulheres apresentarem uma maior perceção de stresse, quer no global, quer nas diversas dimensões. Ainda que haja evidências que os efeitos do stresse são diferentes em função da idade em que o individuo se encontra, tendo consequências e persistência mais ou menos graves também em função da idade (Novais et al., 2017), no presente estudo observou-se que a idade não se refletiu na perceção de stresse manifestada pelos participantes. Em relação à pontuação total da escala, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros nos diferentes escalões etários ($p = 0,625$). Em alguns estudos tem-se detetado que os níveis mais elevados de stresse são mais prevalentes em idades intermédias (Al Maqbali & Al Khadhuri, 2021).

A vida em parceria amorosa com outra pessoa, seja ela em matrimónio ou união informal, é apontada como um fator protetor em relação ao stresse, pois representa um pilar do suporte social, que é determinante para a regulação de aspetos emocionais do individuo (AbuAlRub, 2004; Mikkelsen et al., 1998). Os resultados do presente estudo contrariam essa orientação geral, pois os enfermeiros com companheiro (casados/ união de facto), demonstram níveis mais elevados de stresse do que os sem companheiro (solteiros/divorciados). Observou-se que para o fator III “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e familiares” e o fator VII “Incerteza quanto aos tratamentos” existe diferenças estatísticas significativas ($p=0,037$), com os enfermeiros casados a demonstrar maior perceção de stresse, com uma ordem média (casados 31,50; solteiros 22,86). Para o fator VII “Incerteza quanto aos tratamentos” existe diferenças estatísticas significativas ($p = 0,041$) entre os dois grupos, com os enfermeiros casados a demonstrar maior perceção de efeito stressante por este motivo, como se pode inferir na ordem média que cada um destes grupos apresenta (casados 31,50; solteiros 22,86). Eventualmente esta associação poderá decorrer de haver no seio do casamento dos enfermeiros algum conflito, que é, por si só, um forte desencadeado de stresse (Patterson, 2002), deixando o profissional menos resiliente aos stressores profissionais.

Um dos achados curiosos do presente estudo, foi ao nível das habilitações literárias, onde se observou níveis mais elevados de stresse em enfermeiros titulares do grau de mestre do que nos titulares de licenciatura ($p = 0,016$). Esta diferença foi observada tanto ao nível da pontuação total da escala como em três dos sete fatores da escala os enfermeiros mestres apresentam níveis de stresse mais elevados do que os licenciados, sendo que essas diferenças foram estatisticamente significativas para o fator VI “Carga de trabalho” ($p = 0,042$), III “Preparação inadequada (...)” ($p = 0,021$) e V “Conflito com outros enfermeiros e chefe” ($p = 0,015$). Este facto pode dever-se a diferentes aspetos, nomeadamente nos aspetos relativos às relações interpessoais com outros profissionais, em que a formação mais avançada pode levar o enfermeiro a ter uma perceção mais crítica em relação às atitudes dos outros, quer em termos da qualidade dos seus procedimentos, quer em termos do seu contributo para o trabalho em equipa (Chen et al., 2009). Por outro lado, poder-se-á especular se o efeito do conhecimento não é negativo em alguns aspetos da perceção do stresse. Observou-se que os enfermeiros mestres percecionam mais stresse (não significativo estatisticamente) relativamente à incerteza quanto aos tratamentos. Esta tendência é paradoxal, pois seria de esperar que a mais formação académica correspondesse a uma maior segurança em relação à terapêutica. Provavelmente com níveis menores de formação, há uma “felicidade da ignorância” (Beevers & Scott, 2001). Os resultados obtidos no presente trabalho vão de encontro com os obtidos por Pereira (2018), onde enfermeiros que possuem pós-licenciatura/especialidade em enfermagem médico-cirúrgica apresentam uma maior perceção de stresse na maioria das dimensões e stresse global, assim podemos dizer que quanto maior o grau académico maior a perceção de stresse por parte dos enfermeiros.

No que concerne à relação entre o tempo de serviço e exercício de funções no SU e o stresse percecionado pelos enfermeiros da amostra, na pontuação total da escala, não se verificaram diferenças estatísticas significativas. No entanto, existe diferença estatística significativa no fator II “Conflito com os médicos” ($p = 0,042$) e no fator V “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes” ($p = 0,014$) com uma média de valor mais elevada nos enfermeiros que trabalham no SU entre os 11-20 anos. No estudo de Pereira (2018) a relação entre a perceção de stresse e o tempo de exercício profissional (total ou nos vários serviços) são fracas ou muito fracas, contudo os enfermeiros que desempenham a sua atividade globalmente há mais tempo no SU apresentam tendencialmente menores níveis de stresse. Os enfermeiros são um grupo profissional particularmente sujeito a este problema, pela natureza

das suas funções (Bani-Issa et al., 2020). O stresse foi experimentado predominantemente devido a problemas em lidar com os doentes e as suas famílias, com a morte e morrer, elevada carga de trabalho e alguns conflitos entre estes e a equipa médica. Estes fatores são altamente stressantes e têm impactos negativos sobre saúde a física e mental dos enfermeiros, com consequências negativas que incluem: ansiedade, vulnerabilidade ao stresse, culpa, raiva, tristeza e, em última instância, pode resultar em *burnout*. Além disso, o stresse relacionado com o local de trabalho pode também afetar os cuidados prestados à pessoa em situação crítica/família/cuidador (Ebrahimi et al., 2016; Alomari et al., 2021).

No que se refere à relação entre o vínculo contratual dos enfermeiros à instituição e o stresse percebido pelos enfermeiros da amostra, na pontuação total da escala, não se verificaram diferenças estatísticas significativas, ainda que haja diferença estatística significativa no fator II “Conflito com os médicos” com uma média de valor mais elevada para os enfermeiros com contrato com termo. Este aspeto é de relevância, pois é dos mais facilmente modificáveis simplesmente por políticas institucionais, enquanto outros aspetos entroncam em questões de resolução muito mais complexa, muitas delas com raízes muito pessoais do próprio enfermeiro, e que por isso são mais difíceis de resolver, pelo menos numa perspetiva institucional. Os enfermeiros com contratos a termo certo demonstram níveis elevados de stresse, o que é compreensível, pois a estabilidade profissional, e consequentemente material, é um importante fator protetor para o stresse (Sumner & Gallagher, 2017). No que concerne à acumulação de funções noutra instituição não mostrou haver diferença estatística significativa. No entanto existe diferença estatística significativa ($p = 0,028$) no fator IV: “Falta de apoio dos colegas” com uma média de valor mais elevada para os enfermeiros que não tem acumulação de funções noutra instituição. Contrariando o verificado por Nobre et al. (2019), que numa amostra de 32 enfermeiros, a exercerem funções num contexto hospitalar com acumulações de funções noutra instituição se traduziu num maior risco de stresse ocupacional.

CONCLUSÃO DO ESTUDO

Depois de uma análise atenta da apresentação dos resultados obtidos e discussão dos mesmos, e tendo em conta os objetivos formulados para este estudo de investigação, apresentam-se as conclusões.

O presente estudo teve como objetivos caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal; Identificar os principais fatores indutores de stresse nos enfermeiros do Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal e avaliar a relação entre os fatores indutores de stresse e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

A amostra foi constituída por 54 enfermeiros, na sua maioria do sexo feminino e relativamente jovens, pois cerca de três quartos têm menos de 40 anos. A maioria dos profissionais (74,1%) é licenciada, o que se reflete na sua categoria profissional ser maioritariamente (61,1%) de enfermeiro. Os tempos de serviço, quer geral na profissão, quer no SU são variáveis, ainda que a maioria dos profissionais trabalhe no SU há 10 anos ou menos. Cerca de um terço dos enfermeiros acumula funções noutra instituição.

Os enfermeiros do hospital onde decorreu o estudo apresentam, em termos médios, níveis moderados de stresse, avaliado pela ESPE, ainda que esse seja muito variável entre indivíduos. Das várias componentes da escala, a “carga de trabalho” integrada na componente “ambiente físico” foi um domínio onde foram registados níveis de stresse elevados. Na componente de “ambiente psicológico” a morte do doente e a incerteza quanto aos tratamentos foram as dimensões que representaram maior stresse para os enfermeiros. No “ambiente social” a relação com os médicos mostrou-se como um fator importante na perceção de stresse pelos enfermeiros. Os enfermeiros mostraram níveis ligeiramente mais elevados de stresse que as enfermeiras, assim como os profissionais detentores do grau de mestre. A idade não influencia a perceção de stresse. As variáveis profissionais não mostraram influir na medida em que o enfermeiro percebe o stresse no contexto de trabalho. Só ao nível do vínculo contratual é que se observou níveis de perceção de stresse mais elevados nos enfermeiros sem vínculo à instituição.

O enfermeiro que trabalha num serviço de urgência está sujeito a inúmeros stressores. À priori, trata-se de pessoas que já têm naturalmente alguma resistência ao stresse, pois quando

fazem a escolha daquele serviço hospitalar, sabem que se trata de um serviço com características particulares. Há, porém, aspetos técnicos, relacionais e emocionais que potenciam o agravamento do stresse nos enfermeiros. Tratando-se de um serviço que lida permanentemente com a vida ou morte do doente, particularmente na área do doente crítico, o stresse do enfermeiro deve ser olhado com atenção, pois as implicações cognitivas do stresse crónico podem fazer o profissional ter uma prestação de menor qualidade, para além de todas as implicações que tem para a sua saúde e bem-estar.

Ao nível das possibilidades de ultrapassar este problema, para além das estratégias focadas em cada pessoa individualmente, pode haver a nível institucional ações no sentido de minimizar esse problema, nomeadamente em apoio psicológico, enquadrado no âmbito da medicina do trabalho; implementando iniciativas coletivas que visam atividades ao ar livre, nomeadamente atividades físicas e de animação coletiva (convívios); elaborar formações no âmbito da resiliência (mindfulness); Formações contínuas aos enfermeiros de forma a estes se sentirem mais confiantes e preparados para lidar com as várias problemáticas no SU.

Em relação aos atos de gestão, resolver a questão dos contratos com termo certo; respeitar horas de trabalho e os dias de descanso. Seria também de relevo, as administrações dos centros hospitalares reconhecer publicamente o trabalho árduo dos enfermeiros com compensações mediante o seu reconhecimento público e ou financeiro.

Num serviço de urgência, e particularmente na área dedicada a doentes críticos, todas as capacidades cognitivas do enfermeiro são valiosas, pelo que é determinante que se consiga criar um ambiente de reduzido stresse para que os cuidados prestados sejam de elevada qualidade, como se espera e exige que aconteça.

Limitações. O presente trabalho permitiu-nos conhecer as dimensões de stresse percecionados pelos enfermeiros de um serviço de urgência de um Hospital da região Norte de Portugal, e detetar como alguns aspetos sociodemográficos e profissionais se relacionam com a perceção de stresse. Ainda que os resultados encontrados sejam maioritariamente confirmatórios de investigações anteriores, o tamanho e tipo de amostra que utilizamos não permite extrapolar as inferências para a população em geral. Adicionalmente, há aspetos que apesar de identificados como stressores, não identificam os seus condicionantes e motivos, pelo que uma abordagem do tipo qualitativo, por exemplo, com entrevistas em grupo, poderia acrescentar valor ao trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellanoza, A., Provenzano-Hass, N., & Gatchel, R. J. (2018). Burnout in ER nurses: Review of the literature and interview themes. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/jabr.12117>
- AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 73–78. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04016.x>
- Aeby, G., Gauthier, J. A., & Widmer, E. D. (2021). Patterns of support and conflict relationships in personal networks and perceived stress. *Current Sociology*, 69(7), 981–1001. <https://doi.org/10.1177/0011392120948926>
- Al Maqbali, M., & Al Khadhuri, J. (2021). Psychological impact of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic on nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 18(3), 1–10. <https://doi.org/10.1111/jjns.12417>
- Almhdawi, K. A., Alrabbaie, H., Obeidat, D. S., Kanaan, S. F., Alahmar, M. R., Mansour, Z. M., & Oteir, A. O. (2021). Sleep quality and its predictors among hospital-based nurses: a cross-sectional study. *Sleep and Breathing*, 25(4), 2269–2275. <https://doi.org/10.1007/s11325-021-02333-z>
- Alomari, A. H., Collison, J., Hunt, L., & Wilson, N. J. (2021). Stressors for emergency department nurses: Insights from a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7-8), 975–985. doi:10.1111/jocn.15641
- Archer, L., Biscaia, J. & Osswald, W. (1996). *Bioética*. Editorial Verbo.
- Arrogante, O., González-Romero, G. M., Carrión-García, L., & Polo, A. (2021). Reversible causes of cardiac arrest: Nursing competency acquisition and clinical simulation satisfaction in undergraduate nursing students. *International Emergency Nursing*, 54(November 2020), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100938>
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists (2015). Guidelines for Transport of Critically Ill Patients. Victoria: Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetics, and College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand. Acedido: em 12 fevereiro de 2021 em

<https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/PS52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients>

- Bae, S. H., & Fabry, D. (2014). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: Systematic literature review. *Nursing Outlook, 62*(2), 138–156. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.009>
- Bambi, S., Lucchini, A., Innocenti, D., & Mattiussi, E. (2015). Complications in critically ill adult patients' transportations reported in the recent literature. *Emergency Care Journal, 11*(1). <https://doi.org/10.4081/ecj.2015.4781>
- Bani-Issa, W., Radwan, H., Al Marzooq, F., Al Awar, S., Al-Shujairi, A. M., Samsudin, A. R., Khasawneh, W., & Albluwi, N. (2020). Salivary cortisol, subjective stress and quality of sleep among female healthcare professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 13*, 125–140. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S229396>
- Barreto, M. da S., Marcon, S. S., & Garcia-Vivar, C. (2017). Patterns of behaviour in families of critically ill patients in the emergency room: a focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing, 73*(3), 633–642. <https://doi.org/10.1111/jan.13156>
- Batalha, E., Melleiro, M., Queirós, C., & Borges, E. (2020). Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário em Enfermeiros da Área Hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n°24*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0278>.
- Beevers, C. G., & Scott, W. D. (2001). Ignorance may be bliss, but thought suppression promotes superficial cognitive processing. *Journal of Research in Personality, 35*(4), 546–553. <https://doi.org/10.1006/jrpe.2001.2333>
- Blakeman, T. C., & Branson, R. D. (2013). Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care, 58*(6), 1008–1023. <https://doi.org/10.4187/respcare.02404>
- Brebner, J. (2001). Personality and stress coping. *Personality and Individual Differences, 31*(3), 317–327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00138-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00138-0)
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress and Health, 33*(1), 3–13. <https://doi.org/10.1002/smi.2673>

- Byrne, D. G., & Espnes, G. A. (2008). Occupational stress and cardiovascular disease. *Stresse and Health*, 24(3), 231–238. <https://doi.org/10.1002/smi.1203>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Edições Almedina, S.A
- Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). Endocrinology of the stress response. *Annual Review of Physiology*, 67, 259–284. <https://doi.org/10.1146/annurev.physiol.67.040403.120816>
- Chen, C. K., Lin, C., Wang, S. H., & Hou, T. H. (2009). A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *Journal of Nursing Research*, 17(3), 199–211. <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181b2557b>
- Chen, X. Q., Jiang, X. M., Zheng, Q. X., Zheng, J., He, H. G., Pan, Y. Q., & Liu, G. H. (2020). Factors associated with workplace fatigue among midwives in southern China: A multi-centre cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 881–891. <https://doi.org/10.1111/jonm.13015>
- Collins, S. (2008). Statutory social workers: Stress, job satisfaction, coping, social support and individual differences. *British Journal of Social Work*, 38(6), 1173–1193. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm047>
- Costa, D. K., Wallace, D. J., Barnato, A. E., & Kahn, J. M. (2014). Nurse Practitioner/Physician Assistant Staffing and Critical Care Mortality. *Chest*, 146(6), 1566–1573. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0566>
- Da Rocha, M. C. P., & De Martino, M. M. F. (2009). Stress and sleep quality among registered nurses who use sleeping pills. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 22(5), 658–665. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002009000500010>
- Dåderman, A. M., Kajonius, P. J., Hallberg, A., Skog, S., & Hellström, Å. (2022). Leading with a cool head and a warm heart: trait-based leadership resources linked to task performance, perceived stress, and work engagement. *Current Psychology*, 1989. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03767-8>
- Dall’Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses’ job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings from a

- cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>
- Deng, X., Liu, X., & Fang, R. (2020). Evaluation of the correlation between job stress and sleep quality in community nurses. *Medicine (United States)*, 99(4), 1–7.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018822>
- Despacho n.º 10319/2014*, de 11 de agosto. Determina a estrutura do sistema integrado de emergência médica ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos SU, bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. *Diário da República*, 153. Série II.
- Dong, H., Zhang, Q., Zhu, C., & Lv, Q. (2020). Sleep quality of nurses in the emergency department of public hospitals in China and its influencing factors: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01374-4>
- Dury, C., Hall, C., Danan, J. L., Mondoux, J., Aguiar Barbieri-Figueiredo, M. C., Costa, M. A. M., & Debout, C. (2014). Specialist nurse in Europe: Education, regulation and role. *International Nursing Review*, 61(4), 454–462. <https://doi.org/10.1111/inr.12123>
- Ebrahimi H, Hassankhani H, Negarandeh R, Gillespie M, Azizi A. (2016). Emotional Support for New Graduated Nurses in Clinical Setting: a Qualitative Study. *J Caring Sci*;5(1):11-21. doi: 10.15171/jcs.2016.002.
- ERS [Entidade Reguladora da Saúde]. 2020. Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). <https://www.ers.pt/media/bmunoko5/regulamento-para-transfer%C3%A2ncias-de-utentes-entre-estabelecimentos-prestadores-de-cuidados-de-sa%C3%BAde-contributos-e-pareceres.pdf> (acedido em 14/03/2023).
- Fink, G. (2011). Stress Controversies: Post-Traumatic Stress Disorder, Hippocampal Volume, Gastrointestinal Ulceration. *Journal of Neuroendocrinology*, 23(2), 107–117.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2010.02089.x>
- Fischer, S., Strahler, J., Markert, C., Skoluda, N., Doerr, J. M., Kappert, M., & Nater, U. M. (2019). Effects of acute psychosocial stress on the hypothalamic-pituitary-thyroid

- (HPT) axis in healthy women. *Psychoneuroendocrinology*, 110(August), 104438. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104438>
- Folkman, S., Chesney, M. A., Pollack, L., & Phillips, C. (1992). *Stresse , Coping , and High-Risk Sexual Behavior*. 11(4), 218–222.
- Ford, K. J., Batty, G. D., & Leist, A. K. (2021). Examining gender differentials in the association of low control work with cognitive performance in older workers. *European Journal of Public Health*, 31(1), 174–180. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa173>
- Fortin, M. F. (1996). “O Processo de Investigação: da concepção à realização”. *Lusociência Fórum Sociológico*, 3, 89-106
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta
- Gadirzadeh, Z., Adib-Hajbaghery, M., & Matin Abadi, M. A. (2017). Job stresse, job satisfaction, and related factors in a sample of Iranian nurses. *Nursing and Midwifery Studies*, 6(3), 125. https://doi.org/10.4103/nms.nms_26_17
- Ganster, D. C., Crain, T. L., & Brossoit, R. M. (2018). Physiological measurement in the organizational sciences: A review and recommendations for future use. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 267–293. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104613>
- Ganster, D. C., & Rosen, C. C. (2013). Work Stresse and Employee Health: A Multidisciplinary Review. In *Journal of Management* (Vol. 39, Issue 5). <https://doi.org/10.1177/0149206313475815>
- Ghawadra, S. F., Abdullah, K. L., Choo, W. Y., & Phang, C. K. (2019). Mindfulness-based stresse reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21–22), 3747–3758. <https://doi.org/10.1111/jocn.14987>
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). The Nursing Stresse Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11–23. <https://doi.org/10.1007/BF01321348>
- GTP [Grupo Português de Triagem] (2011). O sistema de triagem de Manchester e as vias

- verdes. Princípios aplicáveis, integração e compatibilização de metodologias de trabalho. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf> (acedido em 14/03/2023).
- Hall, K. S., Kusunoki, Y., Gatny, H., & Barber, J. (2014). Stresse symptoms and frequency of sexual intercourse among young women. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(8), 1982–1990. <https://doi.org/10.1111/jsm.12607>
- Hammen, C. (2005). Stresse and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- Hänsel, A., Hong, S., Cámara, R. J. A., & von Känel, R. (2010). Inflammation as a psychophysiological biomarker in chronic psychosocial stresse. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*(1), 115–121. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.12.012>
- Happell, B., Pinikahana, J., & Martin, T. (2003). Stresse and burnout in forensic psychiatric nursing. *Stresse and Health*, *19*(2), 63–68. <https://doi.org/10.1002/smi.963>
- Haruna, J., Minamoto, N., Shiromaru, M., Taguchi, Y., Makino, N., Kanda, N., & Uchida, H. (2022). Emergency Nursing-Care Patient Satisfaction Scale (Enpss): Development and Validation of a Patient Satisfaction Scale with Emergency Room Nursing. *Healthcare*, *10*(3), 518. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030518>
- Heckenberg, R. A., Eddy, P., Kent, S., & Wright, B. J. (2018). Do workplace-based mindfulness meditation programs improve physiological indices of stresse? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *114*(May), 62–71. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.010>
- Herrigel, D. J., Carroll, M., Fanning, C., Steinberg, M. B., Parikh, A., & Usher, M. (2016). Interhospital transfer handoff practices among US tertiary care centers: A descriptive survey. *Journal of Hospital Medicine*, *11*(6), 413–417. <https://doi.org/10.1002/jhm.2577>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

- Honorato, C. & Machado, F. (2019). *Fatores desencadeantes de stress laboral na emergência médica: uma revisão integrativa*. *Revista Ciência Plural*, 5(1):52-70. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1ID17945>
- India Society of Critical Care Medicine (2017). *To develop guidelines for intrahospital and interhospital Transport Critically ill Patients*. Acedido em 8 de abril de 2021 em <https://isccm.org/pdf/Section4.pdf>
- Intensive Care Society (2019). *Guidelines for the transport of the critically ill adult* (3rd ed.) London: Intensive Care Society. https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf
- Iwasa, T., Matsuzaki, T., Yano, K., & Irahara, M. (2017). Gonadotropin-inhibitory hormone plays roles in stress-induced reproductive dysfunction. *Frontiers in Endocrinology*, 8(APR). <https://doi.org/10.3389/fendo.2017.00062>
- Jamieson, J. P., Crum, A. J., Goyer, J. P., Marotta, M. E., & Akinola, M. (2018). Optimizing stress responses with reappraisal and mindset interventions: an integrated model. *Anxiety, Stress and Coping*, 31(3), 245–261. <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1442615>
- Jessop, D. S., Richards, L. J., & Harbuz, M. S. (2004). Effects of stress on inflammatory autoimmune disease: Destructive or protective? *Stress*, 7(4), 261–266. <https://doi.org/10.1080/10253890400025497>
- Ježová, D., & Dunčko, R. (2002). Enhancement of stress-induced pituitary hormone release and cardiovascular activation by antidepressant treatment in healthy men. *Journal of Psychopharmacology*, 16(3), 235–240. <https://doi.org/10.1177/026988110201600308>
- Kaihlanen, A. M., Gluschkoff, K., Laukka, E., & Heponiemi, T. (2021). The information system stress, informatics competence and well-being of newly graduated and experienced nurses: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07132-6>
- Kessler, R. C. (2013). The effects of stressful life events on depression. *Depression: The Science of Mental Health*, 6, 67–91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191>
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., & Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: The epidemiologic evidence for four main

- types of stressors. *Psychopharmacology*, 218(1), 1–17.
<https://doi.org/10.1007/s00213-011-2236-1>
- Kim, M., Kowalsky, A. H., & Lee, J. H. (2021). Sestrins in Physiological Stress Responses. *Annual Review of Physiology*, 83, 381–403. <https://doi.org/10.1146/annurev-physiol-031620-092317>
- Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., de Boer, S. F., Flügge, G., Korte, S. M., Meerlo, P., Murison, R., Olivier, B., Palanza, P., Richter-Levin, G., Sgoifo, A., Steimer, T., Stiedl, O., van Dijk, G., Wöhr, M., & Fuchs, E. (2011). Stresse revisited: A critical evaluation of the stresse concept. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1291–1301. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.02.003>
- Larzelere, M. M., & Jones, G. N. (2008). Stresse and Health. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 35(4), 839–856. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2008.07.011>
- Liu, R. T., Walsh, R. F. L., & Sheehan, A. E. (2019). Prebiotics and probiotics for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 102(January), 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.03.023>
- Locke, R., & Lees, A. (2020). A literature review of interventions to reduce stresse in doctors. *Perspectives in Public Health*, 140(1), 38–53. <https://doi.org/10.1177/1757913919833088>
- Luchtemberg, M. N., & Pires, D. E. (2016). Enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência: Perfil e atividades desenvolvidas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 213-220. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0213.pdf>
- Maravilha, P. (2019). *Gestão no bloco operatório: Metodologia Lean*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu. 112 pgs. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/6274>
- McDowall, K., Murphy, E., & Anderson, K. (2017). The impact of shift work on sleep quality among nurses. *Occupational Medicine*, 67(8), 621–625. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx152>
- Mert, S., Aydin Sayilan, A., & Baydemir, C. (2021). Nurse Stresse Scale (NSS): Reliability

- and validity of the Turkish version. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 443–454.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12606>
- Mikkelsen, A., Saksvik, P. Ø., & Ursin, H. (1998). Job Stress and Organizational Learning Climate. *International Journal of Stress Management*, 5(4), 197–209.
<https://doi.org/10.1023/A:1022965727976>
- Mikkola, R., Huhtala, H., & Paavilainen, E. (2019). Development of a coping model for work-related fear among staff working in emergency department in Finland—study for nursing and medical staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 651–660.
<https://doi.org/10.1111/scs.12658>
- Mönnikes, H., Tebbe, J. J., Hildebrandt, M., Arck, P., Osmanoglou, E., Rose, M., Klapp, B., Wiedenmann, B., & Heymann-Mönnikes, I. (2001). Role of Stress in Functional Gastrointestinal Disorders. *Digestive Diseases*, 19(3), 201–211.
<https://doi.org/10.1159/000050681>
- Moura, B. R. S., Oliveira, G. N., Medeiros, G., Vieira, A. de S., & Nogueira, L. de S. (2022). Rapid triage performed by nurses: Signs and symptoms associated with identifying critically ill patients in the emergency department. *International Journal of Nursing Practice*, 28(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/ijn.13001>
- Mrayyan, M. T. (2009). Job stressors and social support behaviors: Comparing intensive Care Units to wards in Jordan. *Contemporary Nurse*, 31(2), 163–175.
<https://doi.org/10.5172/conu.673.31.2.163>
- Niu, S. F., Miao, N. F., Liao, Y. M., Chi, M. J., Chung, M. H., & Chou, K. R. (2017). Sleep Quality Associated With Different Work Schedules: A Longitudinal Study of Nursing Staff. *Biological Research for Nursing*, 19(4), 375–381.
<https://doi.org/10.1177/1099800417695483>
- Nobre, D.F.R., Rabiais, I.C.M., Ribeiro, P.C.P.S.V., Seabra, P.R.C. (2019). Avaliação do burnout em enfermeiros de um serviço de urgência geral. *Rev Bras Enferm.*; 72(6), 1533-9.<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>
- Novais, A., Monteiro, S., Roque, S., Correia-Neves, M., & Sousa, N. (2017). How age, sex and genotype shape the stress response. *Neurobiology of Stress*, 6, 44–56.
<https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2016.11.004>

- Nowacka-Chmielewska, M., Grabowska, K., Grabowski, M., Meybohm, P., Burek, M., & Małeckı, A. (2022). Running from Stresse: Neurobiological Mechanisms of Exercise-Induced Stresse Resilience. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(21), 13348. <https://doi.org/10.3390/ijms232113348>
- Ocak, U., & Avsarogullari, L. (2019). Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 26(6), 328–335. <https://doi.org/10.1177/1024907918802737>
- OE (Ordem dos Enfermeiros) (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. *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 Peri-operatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Diário da República n.º 135/2018, Série II: 19359-19370.
- OE (Ordem dos Enfermeiros) (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. *Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II: 4744-4750
- Ordem dos enfermeiros (2020), Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 07/2020; *Transporte intra-hospitalar de pessoas em situação crítica*. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-n%C2%BA07_ce_27022020_transporte-secund%C3%A1rio-de-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Park, S. H., & Choi, E. H. (2022). The Cycle of Verbal Violence Among Nurse Colleagues in South Korea. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), NP3107–NP3129. <https://doi.org/10.1177/0886260520945680>
- Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stresse theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349–360. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x>
- Pavedahl, V., Holmström, I. K., Summer Meranius, M., von Thiele Schwarz, U., & Muntlin, Å. (2021). Fundamentals of care in the emergency room – An ethnographic observational study. *International Emergency Nursing*, 58(September). <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101050>

- Pavek, K. U., Steege, L. M., & Kwekkeboom, K. (2022). Testing Content Validity of Nursing Stresse Scales: Do They Reflect Current Practice? *SAGE Open*, 12(3). <https://doi.org/10.1177/21582440221123508>
- Peltzer, K., Shisana, O., Zuma, K., Van Wyk, B., & Zungu-Dirwayi, N. (2009). Job stresse, job satisfaction and stresse-related illnesses among South African educators. *Stresse and Health*, 25(3), 247–257. <https://doi.org/10.1002/smi.1244>
- Pérez, S. P., Costa, M. A., Moreno, A. D., López, I. C., López, P. M., Zamorano, M. A., & Rubio, M. J. G. (2021). Dispositional optimism and stresse: Keys to promoting psychological well-being. *Papeles Del Psicologo*, 42(2), 135–142. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2021.2953>
- Pereira , M.J. (2018). *Fatores desencadeantes de stresse em sala de emergência* [Master Dissertation, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=58483&codigo=140
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*, 6ª ed. Edições Sílabo
- Pinho, C., Fonseca, B., Cabral, L., Maia, T., Cipriano, A., Silva, S., & Silva, J. (2020). Aspetos associados ao Estresse em Enfermeiros que Atuam em Serviços de Urgência e Emergência. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 5, 1. <http://dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20200011>.
- Pfau, M. L., & Russo, S. J. (2015). Peripheral and central mechanisms of stresse resilience. *Neurobiology of Stresse*, 1(1), 66–79. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2014.09.004>
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Porcel-Gálvez, A., Barrientos-Trigo, S., Bermúdez-García, S., Fernández-García, E., Bueno-Ferrán, M., & Badanta, B. (2020). The nursing stresse scale-spanish version: An update to its psychometric properties and validation of a short-form version in acute care hospital settings. *Int J Environ Res Public Health* [revista en Internet] 2020 [acceso 1 de febrero de 2021]; 17(22): 1-. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8456), 1–13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7697776/pdf/ijerph-17-08456.pdf>

- Prada-Ospina, R. (2019). Social psychological factors and their relation to work-related stress as generating effect of burnout. *Interdisciplinaria*, 36(2), 39–53. <https://doi.org/10.16888/interd.2019.36.2.3>
- Prado, C.E.P. (2016). Estresse ocupacional: causas e consequências. *Rev Bras Med Trab*; 14(3), 285-9. <https://doi: 10.5327/Z1679- 443520163515>
- Radley, J. J., Kabbaj, M., Jacobson, L., Heydendael, W., Yehuda, R., & Herman, J. P. (2011). Stress risk factors and stress-related pathology: Neuroplasticity, epigenetics and endophenotypes. *Stresse*, 14(5), 481–497. <https://doi.org/10.3109/10253890.2011.604751>
- Raquel, T., Azeredo, M., Couto, T., & Chianca, M. (2015). Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *International Emergency Nursing*, 23(2), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>
- Robles, T. F., Brooks, K. P., & Pressman, S. D. (2009). Trait Positive Affect Buffers the Effects of Acute Stress on Skin Barrier Recovery. *Health Psychology*, 28(3), 373–378. <https://doi.org/10.1037/a0014662>
- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: Its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 172–180. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01247.x>
- Rodrigues, N.V.M.C. de (2021). *Conhecimentos e práticas dos enfermeiros de serviços de urgência sobre recolha e preservação de vestígios forenses*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu. URI: <http://hdl.handle.net/10400.19/7023>
- Rout, U. (1996). Job stress among British general practitioners: Predictors of job dissatisfaction and mental ill-health. *Stresse Medicine*, 12(3), 155–166. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(199607\)12:3<155::AID-SMI687>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(199607)12:3<155::AID-SMI687>3.0.CO;2-A)
- Rowold, J. (2011). Effects of Spiritual Well-Being on Subsequent Happiness, Psychological Well-Being, and Stress. *Journal of Religion and Health*, 50(4), 950–963. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9316-0>
- Sandström, L., Nilsson, C., Juuso, P., & Engström, Å. (2016). Experiences of nursing patients

- suffering from trauma – preparing for the unexpected: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 36, 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.04.002>
- Santos, J. J. M., & Teixeira, Z. Z. (2008). The Nursing Stresse Scale: Desenvolvimento da versão portuguesa da escala. *Revista de Investigação Em Enfermagem*, 18, 29–40. <http://hdl.handle.net/10284/8139>
- Santos, J., & Teixeira, Z. (2009). O stresse profissional dos enfermeiros. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde*, 6, 11. <http://hdl.handle.net/10284/1290>
- Santos, T.M., Kozasa, E.H., Carmagnani, I.S., Tanaka, L.H., Lacerda, S.S., & Nogueira-Martins, L.A. (2016). Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *Explore (NY)*, 12(2), 90-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26778081>
- Schilling, D., Haisch, G., Sloom, N., Jakobs, R., Saggau, W., & Riemann, J. F. (2000). Low seroprevalence of Helicobacter pylori infection in patients with stresse ulcer bleeding - A prospective evaluation of patients on a cardiosurgical intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 26(12), 1832–1836. <https://doi.org/10.1007/s001340000724>
- Schuster, B., Ziehfrend, S., Albrecht, H., Spinner, C. D., Biedermann, T., Peifer, C., & Zink, A. (2020). Happiness in dermatology: a holistic evaluation of the mental burden of skin diseases. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(6), 1331–1339. <https://doi.org/10.1111/jdv.16146>
- Sehrawat, N., Yadav, M., Singh, M., Kumar, V., Sharma, V. R., & Sharma, A. K. (2021). Probiotics in microbiome ecological balance providing a therapeutic window against cancer. *Seminars in Cancer Biology*, 70(June 2020), 24–36. <https://doi.org/10.1016/j.semcancer.2020.06.009>
- Selye, H. (1951). The general-adaptation-syndrome. *Annual Review of Medicine*, 2, 327–342. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.02.020151.001551>
- Silva-Pereira, P.. (2021). Stress e Coping. Em Henriques, E.M. (Ed), *O cuidado centrado no cliente. Da apreciação à intervenção de enfermagem*. Lusodidacta
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (Comissão da competência em Emergência Médica. (2008). *Transporte do Doente Crítico-*

- Recomendações*. Acedido em 8 de abril de 2021 em http://ordemosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Recomendacoes_Doente_Critico.pdf
- SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos– Recomendações*. Acedido em 29 de abril de 2021 em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Stathopoulou, H., Karanikola, M. N. K., Panagiotopoulou, F., & Papathanassoglou, E. D. E. (2011). Anxiety Levels and Related Symptoms in Emergency Nursing Personnel in Greece. *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.03.006>
- Sterling, P. (2014). Homeostasis vs allostasis implications for brain function and mental disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(10), 1192–1193. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1043>
- Stevenson, A., Fiddler, C., Craig, M., & Gray, A. (2005). Emergency department organisation of critical care transfers in the UK. *Emergency Medicine Journal*, 22(11), 795–798. <https://doi.org/10.1136/emj.2004.017822>
- Stimpfel, A. W., Fatehi, F., & Kovner, C. (2020). Nurses’ sleep, work hours, and patient care quality, and safety. *Sleep Health*, 6(3), 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.11.001>
- Sumner, R. C., & Gallagher, S. (2017). Unemployment as a chronic stressor: A systematic review of cortisol studies. *Psychology and Health*, 32(3), 289–311. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1247841>
- Sun, Q., Ji, X., Zhou, W., & Liu, J. (2019). Sleep problems in shift nurses: A brief review and recommendations at both individual and institutional levels. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 10–18. <https://doi.org/10.1111/jonm.12656>
- Suresh, P., Matthews, A., & Coyne, I. (2013). Stresse and stressors in the clinical environment: A comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5–6), 770–779. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04145.x>
- Tamashiro, K. L., Sakai, R. R., Shively, C. A., Karatsoreos, I. N., & Reagan, L. P. (2011).

- Chronic stress, metabolism, and metabolic syndrome. *Stress*, 14(5), 468–474.
<https://doi.org/10.3109/10253890.2011.606341>
- Tarhan, M., Aydin, A., Ersoy, E., & Dalar, L. (2018). The sleep quality of nurses and its influencing factors. *Eurasian Journal of Pulmonology*, 20(2), 78–84.
<https://doi.org/10.4103/ejop.ejop>
- Teh, H. C., Archer, J. A., Chang, W., & Chen, S. H. A. (2015). Mental well-being mediates the relationship between perceived stress and perceived health. *Stress and Health*, 31(1), 71–77. <https://doi.org/10.1002/smi.2510>
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: A review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 173–182.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01007.x>
- Theorell, T. (2010). Critical Life Changes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(3), 108–117. <https://doi.org/10.1159/000288583>
- Tian, Y., Yue, Y., Liao, X., Wang, J., Ye, M., Liu, Y., Li, Y., & Zhou, J. (2021). Mental health service use and its associated factors among nurses in China: A cross-sectional survey. *PeerJ*, 9, 1–13. <https://doi.org/10.7717/peerj.11181>
- Tsiotra, P. C., & Tsigos, C. (2006). Stress, the endoplasmic reticulum, and insulin resistance. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1083, 63–76.
<https://doi.org/10.1196/annals.1367.007>
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., & Siegrist, J. (2001). Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 27(2), 146–153. <https://doi.org/10.5271/sjweh.602>
- Tuckey, M. R., Chrisopoulos, S., & Dollard, M. F. (2012). Job demands, resource deficiencies, and workplace harassment: Evidence for micro-level effects. *International Journal of Stress Management*, 19(4), 292–310.
<https://doi.org/10.1037/a0030317>
- Tyler, P., & Cushway, D. (1992). Stress, coping and mental well-being in hospital nurses. *Stress Medicine*, 8(2), 91–98. <https://doi.org/10.1002/smi.2460080206>
- Usher, M., Sahni, N., Herrigel, D., Simon, G., Melton, G. B., Joseph, A., & Olson, A. (2018).

- Diagnostic Discordance, Health Information Exchange, and Inter-Hospital Transfer Outcomes: a Population Study. *Journal of General Internal Medicine*, 33(9), 1447–1453. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4491-x>
- Valentino, R. J., & Van Bockstaele, E. (2008). Convergent regulation of locus coeruleus activity as an adaptive response to stress. *European Journal of Pharmacology*, 583(2–3), 194–203. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2007.11.062>
- Vancheri, F., Longo, G., Vancheri, E., & Henein, M. Y. (2022). Mental Stress and Cardiovascular Health—Part I. *Journal of Clinical Medicine*, 11(12), 1–17. <https://doi.org/10.3390/jcm11123353>
- Vergara, Sylvia C. (2016) *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 16.ed. Atlas
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Sílabo.
- Vitellio, P., Chira, A., De Angelis, M., Dumitrascu, D. L., & Portincasa, P. (2020). Probiotics in psychosocial stress and anxiety. A systematic review. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 29(1), 77–83. <https://doi.org/10.15403/jgld-352>
- Vollrath, M. (2001). € Erson — Lity — Nd Stresse. Personality and stress *Journal of Personality*, 1. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00245>
- Wadee, A. A., Kuschke, R. H., & Path, M. C. (2001). *Personality factors, stress and immunity*. 40(January 1999), 25–40. [Personality factors, stress and immunity - Wadee - 2001 - Stress and Health - Wiley Online Library](https://doi.org/10.1002/9781118445111.ch40)
- Weaver, A. L., Stutzman, S. E., Supnet, C., & Olson, D. W. M. (2016). Sleep quality, but not quantity, is associated with self-perceived minor error rates among emergency department nurses. *International Emergency Nursing*, 25, 48–52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.08.003>
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 11(6), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>
- Wemm, S. E., & Sinha, R. (2019). Drug-induced stress responses and addiction risk and relapse. *Neurobiology of Stress*, 10(January), 100148. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100148>

- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- Whitehead, R., Bates, G., Elphinstone, B., Yang, Y., & Murray, G. (2019). Nonattachment Mediates the Relationship Between Mindfulness and Psychological Well-Being, Subjective Well-Being, and Depression, Anxiety and Stresse. *Journal of Happiness Studies, 20*(7), 2141–2158. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0041-9>
- Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Clark, P. R., Edwards, C., & Frankenberger, W. D. (2020). Traumatic stresse in emergency nurses: Does your work environment feel like a war zone? *International Emergency Nursing, 52*(July), 100895. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100895>
- Wolfers, L. N., & Utz, S. (2022). Social media use, stresse, and coping. *Current Opinion in Psychology, 45*, 101305. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101305>
- Wu, F., Ren, Z., Wang, Q., He, M., Xiong, W., Ma, G., Fan, X., Guo, X., Liu, H., & Zhang, X. (2021). The relationship between job stresse and job burnout: the mediating effects of perceived social support and job satisfaction. *Psychology, Health and Medicine, 26*(2), 204–211. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1778750>
- Yaakubov, L., Hoffman, Y., & Rosenbloom, T. (2020). Secondary traumatic stresse, vicarious posttraumatic growth and their association in emergency room physicians and nurses. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1830462>
- Yaribeygi, H., Maleki, M., Butler, A. E., Jamialahmadi, T., & Sahebkar, A. (2022). Molecular Mechanisms Linking Stresse and Insulin Resistance. *EXCLI Journal, 21*, 317–334. <https://doi.org/10.17179/excli2021-4382>
- Yoo, I. G. (2022). The effects of the type of delivery of cognitive-behavioral therapy for healthcare workers: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology, 78*(2), 149–166. <https://doi.org/10.1002/jclp.23215>
- Yu, R. (2016). Stresse potentiates decision biases: A stresse induced deliberation-to-intuition (SIDI) model. *Neurobiology of Stresse, 3*, 83–95. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2015.12.006>

- Yuwanich, N., Akhavan, S., Nantsupawat, W., Martin, L., Elfström, M. L., & Sandborgh, M. (2018). Development and psychometric properties of the stressor scale for emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 39(January), 77–88. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.01.005>
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., & Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: Study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2329–2341. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03118.x>

APÊNDICES

Apêndice I- Relatório de Estágio

**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**

Mestranda: Ilda Lúcia da costa Fernandes

Orientador: Professor Carlos Magalhães

Bragança, 2022

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Relatório Final do Estágio Profissional integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado pela mestranda Lúcia Fernandes nº 19649, no âmbito da unidade de Trabalho e Projeto de Estágio, com a coordenação pedagógica da Professora Maria Augusta Romão Veiga Branco e do Professor Carlos Magalhães e em contexto de estágio sob a orientação direta da Senhora Enfermeira Especialista Patrícia Vieira e o enfermeiro especialista Pedro Rodrigues.

Bragança, 2022

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC- Acidente vascular cerebral

CODU- Centro de orientação de doentes urgentes

EEMC- Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INEM- Instituto nacional de emergência médica

OE- Ordem dos enfermeiros

OBS- Observação

PBCI- Precauções básicas do controlo de infeção

RASS- Richmond Agitation-Sedation Scale

SAV- Suporte avançado de vida

SIEM- Sistema integrado de emergência médica

SIV- Suporte imediato de vida

SMI- Serviço de medicina intensiva

SU- Serviço de urgência

SUB- Serviço de urgência básica

SUMC- Serviço de urgência médico-cirúrgica

TEPH- Técnico de emergência pré-hospitalar

UCI- Unidade de cuidados intensivos

ULSN- Unidade local de saúde do nordeste

VMER- Viatura médica de emergência e reanimação

VNI- Ventilação não invasiva

ÍNDICE

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	107
2- REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	113
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS..	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
CONCLUSÃO	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132

INTRODUÇÃO

O relatório que será descrito nas próximas páginas redige o percurso por mim realizado nos últimos meses em campos de estágios diversos sob o pretexto de adquirir novos conhecimentos e habilidades, aumentando desta forma o meu autoconhecimento, autoconhecimento este, que por si só é possível mediante uma análise reflexiva e introspectiva.

Segundo Sussams Jonh E.(1987), um relatório é “um documento definitivo, o produto final de um trabalho e tem duas finalidades: primeiro, fornece um relato permanente, global e coerente de uma investigação, de um estudo, de uma pesquisa ou de um trabalho prático; segundo, fornece a informação necessária à tomada de decisões”.

Sendo assim, um relatório é a capacidade de se apreciar e realizar uma autocrítica sobre o nosso próprio desempenho.

Este relatório enquadra-se no 6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança. Neste âmbito estão inseridos obrigatoriamente a realização de 3 campos estágios, dois deles de carácter obrigatório e um opcional, estes foram realizados: na Emergência pré-hospitalar (opcional), nomeadamente no suporte imediato de vida (SIV) de Mirandela e na viatura médica de emergência e reanimação (VMER) de Bragança, no Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (obrigatórios), na unidade local de saúde do Nordeste em Bragança (ULSN). Os estágios anteriormente mencionados foram realizados com uma carga horaria de 168 horas cada um.

A preferência dos locais de estágio teve por base o interesse para a minha formação visto que na minha prática profissional contacto frequentemente com doentes em situação de urgência/ emergência, de forma a poder melhorar a continuidade dos cuidados e perceber melhor o circuito e cuidados inerentes ao doente crítico.

A escolha do local de estágio opcional na área do pré-hospitalar foi deliberadamente pensada para colmatar potenciais falhas durante o meu percurso profissional, e desta forma ter mais conhecimentos e habilidades perante a abordagem inicial ao doente em situação crítica.

Nos diversos campos de estágio pude consolidar conhecimentos e pô-los em prática no meu exercício profissional, promovendo ganhos para a saúde dos doentes. De acordo

com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) este deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica. Por outro lado, o enfermeiro detentor da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), deve promover a melhoria das condições do doente, favorecer o processo de recuperação deste propiciar ganhos em saúde e gerir, de forma eficaz os recursos. Na abordagem ao doente crítico, por seu lado, este deve identificar, o mais rapidamente possível, os problemas do doente, tendo competências não só para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas, mas também minimizar-lhe os efeitos indesejáveis (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011)

A metodologia utilizada neste relatório baseia-se no método analítico através da reflexão das atividades desenvolvidas e na fundamentação baseada nos conhecimentos adquiridos durante a parte teórica do curso, assim como bibliografia considerada pertinente, tendo por base o relato das experiências vivenciadas ao longo do estágio.

O objetivo geral do estágio centraliza-se na obtenção e acréscimo de competências especializadas para a abordagem à pessoa em situação crítica, tendo sido idealizados como objetivos específicos, os seguintes

- Desenvolver competências especializadas no âmbito do reconhecimento precoce e tratamento da pessoa em situação crítica;
- Caracterizar e descrever os locais de estágio quanto à sua estrutura e organização;
- Descrever as atividades desenvolvidas durante o percurso de aprendizagem ao longo do estágio.

Estruturalmente, o presente relatório foi organizado em quatro partes fundamentais interligadas entre si. A primeira parte contextualiza a importância do estágio e a configuração do relatório reflexivo.

Na segunda parte descreve-se os locais de estágios, com as suas respetivas características. A terceira parte inclui a descrição das atividades desenvolvidas e a reflexão crítica sobre toda a aquisição de conhecimentos e a aplicação de competências do enfermeiro especialista.

Por fim, na quarta parte descreve-se as conclusões mais relevantes sobre todo o estágio.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

A assistência ao doente crítico exige a necessidade permanente de cuidados especializados e diferenciados, pois 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” (OE, 2011). Assim, para uma abordagem à pessoa em situação crítica imediata e de excelência apareceu a minha necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências fundamentais para posteriormente por em prática na minha vida profissional.

Como anteriormente descrito, faz parte integrante do curso de mestrado médico-cirúrgico a unidade curricular Trabalho de Projeto/Estágio Profissional, lecionado na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança e de acordo com o planeado no curso, tendo como objetivo descrever as atividades desenvolvidas e relatar uma análise crítica e reflexiva da prática clínica. Sendo assim, para cada campo de estágio foi delineado objetivos gerais e específicos que serão relatados seguidamente e em conformidade com o planeado. Como objetivos gerais planeei a aquisição de novos conhecimentos; interpretar e atuar em conformidade face a instabilidade hemodinâmica do doente; refletir sobre melhoria da prática clínica; identificar e conhecer as competências do enfermeiro especialista; Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas; Adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica; Proporcionar cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas. Como objetivos específicos no estágio do pré-hospitalar: Conhecer a forma de atuação do instituto nacional de emergência médica (INEM); conhecer a forma de transição dos doentes para a unidade hospitalar; entender os vários fluxogramas existentes consoante a patologia do doente e forma de tratamento. Em relação ao estágio nos cuidados intensivos: Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; maximizar prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica. Por fim o estágio no serviço de urgência: Demonstrar

conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida. Reconhecer as situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado.

PRÉ-HOSPITALAR (SIV/VMER) - Opcional

O estágio opcional no pré-hospitalar foi motivado para colmatar eventuais lacunas e obter mais conhecimentos sobre toda a dinâmica que envolve o doente no pré-hospitalar.

Este decorreu entre o dia 20 de setembro com término a 29 de outubro tendo um total de 168 horas, sendo que estas horas foram divididas entre o estágio na ambulância SIV de Mirandela e VMER em Bragança, tendo como orientador o enfermeiro/a que estava em horário laboral. A coordenação pedagógica do mesmo esteve a cargo da Professora Doutora Maria Augusta Branco.

Tanto a ambulância SIV em Mirandela como a VMER em Bragança estão localizadas em anexos ao hospital propriamente dito, tendo sido colocadas as respetivas viaturas em áreas estratégicas para puderem sair do hospital com a maior brevidade possível e de fácil acesso para o exterior.

A SIV de Mirandela em cada turno é composta por enfermeiro e Técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH), cuja missão é garantir cuidados de saúde diferenciados de acordo com protocolos de atuação médica.

Nas ambulâncias SIV afetas aos serviços de urgência básica (SUB) integram a equipa de enfermagem, recursos humanos que pertencem à instituição da SUB e recursos humanos do quadro do INEM.

Todos os enfermeiros que integram os meios SIV têm obrigatoriamente que possuir a competência SIV. Esta competência, segundo a Circular Normativa N.º 3/2019 do Departamento de Formação em Emergência do INEM, é atribuída através da conclusão com sucesso de uma formação ministrada exclusivamente pelo INEM composta por cinco módulos teórico-práticos, aos quais se seguem estágios obrigatórios. São eles:

- Módulo de Suporte Avançado de Vida (SAV);
- Módulo de Emergências Médicas SIV;
- Módulo de Emergências Pediátricas e Obstétricas SIV;

- Módulo de Emergências de Trauma SIV;
- Módulo de Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção SIV;
- Estágios Obrigatórios. No curso SIV Enfermeiros, os estágios assumem a configuração de um módulo de curso.

Em relação aos recursos técnicos, a carga desta ambulância tem um conjunto de equipamentos diferenciados e vários fármacos. O equipamento das SIV permite também a utilização de um sistema informático (*Inem Tool for Emergency Alert system-ITEAMS*), a transmissão eletrónica de diversos dados tais como, eletrocardiograma e sinais vitais diretamente para o CODU.

No contexto de VMER, a VMER, é composta por um médico e por um enfermeiro, ambos com formação específica não diferenciada entre as duas classes profissionais, ministrada pelo INEM, nomeadamente em SAV e equipada com o respetivo material de apoio. Tem como objetivo principal a prestação de cuidados para a estabilização extra-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte do doente crítico.

ESTÁGIO EM CUIDADOS INTENSIVOS

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pertencem a um contexto muito específico de cuidados de saúde, pois são um serviço muito sofisticado pela tecnologia de monitorização e intervenção terapêutica, tal como pelos recursos humanos especializados e pela gravidade do estado clínico das pessoas aí internadas (Almeida & Ribeiro, 2008).

O estágio de medicina intensiva decorreu entre o período de 1 de novembro e 22 de dezembro na Unidade Local de Saúde do Nordeste em Bragança, sob a orientação da Enfermeira especialista Patrícia Vieira, orientado pelo Professor Carlos Magalhães com um total de 168 horas.

A Medicina Intensiva faz parte do Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos, localiza-se no piso 0 e próximo ao serviço de Urgência e aos serviços de meios complementares de diagnóstico, dispõe também de Sala espera para visitas; Armazém; Stock de farmácia com o sistema Pyxis medStation System®, sistema este que armazena e contabiliza a medicação; Vestiários; Zona de sujos; gabinete médico e de Enfermagem e sala de refeições.

O serviço em si é composto por 13 unidades, uma das quais destinada a um quarto de isolamento e 3 destinam-se a doentes que testam positivo para o vírus Sars-CoV2. Em relação às unidades estas são compostas por uma cama articulada que inclui um colchão de pressão alternada, monitorização cardíaca e hemodinâmica, ventilador, rampa de gases, suporte de equipamento de perfusão, mesa de trabalho, mesa de apoio, contentores individualizados de lixos com as respetivas categorias e bancada de trabalho para a realização de registos nos processos clínicos dos doentes. Cada enfermeiro do serviço fica escalado para prestar cuidados de enfermagem no máximo a dois doentes de cuidados intensivos ou a 3 se forem doentes de cuidados intermédios.

A equipa multidisciplinar é constituída pela equipa médica, nutricionista, fisioterapeuta, de enfermagem e equipa de assistentes operacionais, que trabalham de forma coordenada e árdua, tendo como objetivo a excelente prestação de cuidados.

É no armazém que está guardado todo o material necessário à prática clínica. Nele podemos encontrar vários ventiladores de reserva e transporte, máquinas de diálise e de Hemofiltração.

Segundo pude constatar, as patologias mais frequentes a qual os doentes estão sujeitos a internamentos nos cuidados intensivos são maioritariamente problemas do foro cardíaco, respiratório e doentes politraumatizados.

Este estágio foi sem dúvida enriquecedor nomeadamente em termos técnicos e teóricos. Com tudo, o facto de lidar diariamente com o doente crítico facilitou-me na abordagem ao doente e a enquadrar-me na equipa multidisciplinar.

ESTÁGIO EM URGÊNCIA

O referido estágio decorreu entre do dia 27 de janeiro e 26 de março no serviço de urgência (SU) da ULSN, perfazendo o total imposto de 168 horas sob a tutela do enfermeiro Pedro Rodrigues e orientado pela professora Maria Augusta Branco.

O SU encontra-se localizado no edifício principal, conjuntamente ao serviço de medicina intensiva, laboratório clínico e serviço de imagiologia.

Este serviço está equipado de recursos humanos, materiais e clínicos que dão resposta a um nível diferenciado a situações de urgência/emergência. A área de referência de doentes que abrange o SU é constituída pelo distrito de Bragança.

Os doentes que dão entrada no SU, vêm do exterior, em veículo próprio ou acompanhados por meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), pelos bombeiros, referenciados dos vários Centros de Saúde da ULSNE ou de outras Unidades Hospitalares públicas ou privadas.

O SU de Bragança inclui área de admissão e registo administrativo, sala de triagem de prioridades, onde os doentes são triados conforme graus de prioridades de acordo com a triagem de Manchester, salas de espera, área de atendimento de pediatria (gabinete de avaliação médica, sala de nebulizações/hidratação oral de pediatria, Observação (OBS) pediátrico e casa de banho pediátrico), 3 gabinetes de avaliação médica, área de emergência / doentes críticos com condições para suporte avançado de vida (sala laranja - 4 unidades e sala de emergência – 2 unidades), área para tratamento de adulto, gabinete de registos de enfermagem, área de macas (6 unidades), área de ortopedia e traumatologia e área de OBS contendo 8 camas com monitorização contínua e área dedicada aos doentes respiratórios.

Para simplificar a gestão dos serviços farmacêuticos o serviço dispõe de 2 Pyxis medStation System® – sistema automático de reposição de stock nivelado de medicamentos.

O SUMC tem uma equipa específica de enfermeiros, assistentes operacionais auxiliares de ação médica e assistentes técnicos que se distribuem em regime de roulement pelos diferentes turnos.

No SMUC estão implementadas três vias verdes, a via verde trauma, via verde sépsis e a via verde de acidente vascular cerebral (VV AVC). A sua ativação é realizada pelo enfermeiro da triagem, ou pelo CODU (se VV AVC), aquando da passagem dos utentes na sala de triagem, e após a sua ativação os utentes são encaminhados para a sala de emergência a fim de prestar cuidados mais rápidos e eficientes.

É neste serviço que muitas vezes se efetua uma primeira abordagem ao utente em situação crítica, doentes esses que necessitam de uma intervenção rápida e eficaz a fim de reverter o estado clínico.

2- REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica tem como objetivo a atribuição de novos conhecimentos, promovendo o desenvolvimento de competências que posteriormente serão postas em prática na prestação de cuidados ao doente.

O domínio das competências comuns do enfermeiro especialista é composto por 4 partes integrantes, sendo elas:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Face a cada domínio de competência, seguidamente será relatado a minha reflexão crítica que se foi formulando durante os diferentes campos de estágio.

2.1. Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

- **Competência do domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

A enfermagem está orientada para a arte do cuidar, onde as intervenções que praticamos abrangem tomadas de decisão, devendo estas serem de acordo com o respetivo doente. A área do conhecimento sobre o apropriado, o conveniente e o dever diz respeito à Deontologia.

A Deontologia visa a manutenção da ordem e da harmonia da sociedade por meio de condutas apropriadas. A grande diferença entre a Deontologia, a Ética e a Moral decorre da própria origem das normas, uma vez que as deontológicas são estabelecidas pelos próprios profissionais, depois de uma reflexão sobre a prática e tendo por base o que favorece e prejudica a profissão (OE, Deontologia Profissional, 2015).

Nos estágios realizados, nos serviços de Urgência, Medicina Intensiva e Pré-hospitalar, observei e refleti sobre situações do dia-a-dia e verifiquei que na prática das funções diárias, os profissionais de saúde são confrontados com tomadas de decisão, que requerem uma análise ponderada sobre determinados procedimentos, especialmente quando o doente não se encontra capaz de emitir a sua opinião.

Muitos dos doentes não têm conhecimentos/capacidades para tomarem decisões, ou porque não compreendem a informação que lhes é transmitida ou porque se encontram numa situação de grande instabilidade clínica. Nestes momentos, os princípios da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, e os princípios orientadores da deontologia em enfermagem assumem um papel preponderante.

Analisando esta controvérsia, nos diferentes campos de estágio, e face ao que anteriormente foi mencionado, tentei aprimorar as minhas intervenções de forma a construir uma tomada de decisão em equipa, sempre guiada pelos princípios éticos inerentes à profissão.

Porém, nem sempre é tarefa fácil gerir determinadas decisões, pois várias questões éticas surgem quanto à “correta” tomada de decisão, uma vez que, para além de uma equipa de saúde com determinadas avaliações sobre o estado clínico do doente crítico também existe a família do doente, que muitas vezes tem uma opinião divergente com os profissionais de saúde na tomada dessas mesmas decisões.

Perante a minha abordagem aos doentes conscientes e orientados tive o cuidado de incentivá-los na sua autonomia, dando a conhecer os procedimentos que posteriormente iria realizar. De igual modo, respeitei a vontade expressa pelos doentes, permitindo-lhes participar nas tomadas de decisão, demonstrando assim respeito pelos seus direitos, dignidade, autonomia, privacidade, bem como pelas suas crenças e valores.

A existência de elementos na equipa de enfermagem com formação diversa, favorece o crescimento de toda a equipa, através da partilha de experiências enriquecedoras e auxiliadoras no processo de tomada de decisão. Na promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, o enfermeiro “Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (OE, Regulamento das Competências Comuns, 2010).

Os enfermeiros têm por obrigação respeitar a dignidade humana que implica serem detentores dos direitos dos doentes, assim como dos princípios éticos para poder pô-los em prática. Os doentes manifestam muitas vezes as suas preocupações, ansiedades e medos aos enfermeiros, esperando empatia como consequência da relação de confiança e partilha entre ambos.

Quando o doente se encontra no hospital existe uma fragmentação da pessoa, uma vez que existe uma constante invasão da privacidade pelos profissionais de saúde, aquando da realização de procedimentos ou tratamentos mais ou menos invasivos e que invadem a área íntima da pessoa. Neste sentido, no hospital ou na área de saúde em geral, a privacidade pode ser considerada a essência para o cuidar.

Contudo, os enfermeiros devem estar despertos para auxiliar o doente a proteger a sua privacidade a todos os níveis, que num contexto hospitalar e nomeadamente, nos serviços de Urgência, Medicina Intensiva e Pré-hospitalar possam estar sujeitos

Os cuidados de saúde convergem com respeito pela intimidade/privacidade da pessoa, à partida fragilizada na sua própria condição de doente. Identicamente, Watson (2002) considera a privacidade como um fator importante no cuidado, mencionando que a privacidade compreende a exposição física, psíquica bem como o sigilo profissional, fatores muito importantes para a promoção de um ambiente de apoio e de proteção. Deste modo, todos nós enfermeiros devemos entender a privacidade como um direito básico do indivíduo e como cada pessoa é única, devemos compreendê-la na globalidade, defendendo e promovendo a ajuda necessária para a realização e manutenção da sua privacidade e, inerentemente, da sua dignidade.

Quem cuida, pode entrar na experiência do outro, e o que é cuidado pode entrar na experiência de quem cuida. Remetendo para os campos de estágio, é notório nestas unidades de saúde a dimensão técnica, pois a pessoa que se encontra em situação crítica necessita de atuação imediata, precisa e segura dos enfermeiros, mas apesar da técnica ser importante para o sucesso das intervenções praticadas, a dimensão humana é comparativamente importante, pois nos momentos de urgência/emergência a presença e a postura dos enfermeiros são cruciais para a estabilidade física e psicológica do doente e família.

O doente espera do enfermeiro uma abordagem competente, atualizada e eficaz mas igualmente humana, pois “o ser humano, pelo simples facto de existir, é detentor de uma dignidade constitutiva e inviolável e merece todo o respeito, que não diminuem nem desaparecem quando está doente.” (Pacheco, 2004)

Em relação ao serviço de Urgência e o pré-hospitalar, nestes serviços os profissionais de enfermagem encontram situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, situações que podem provocar choque relativamente aos seus próprios valores,

princípios, sentimentos, pois a prioridade das suas ações está mais focada nas funções técnicas com o objetivo de salvar a vida da pessoa em situação crítica. Como é evidente, a dimensão humana, mais precisamente o respeito pela privacidade do doente, a nível dos cuidados prestados, encontra-se muito comprometida, condicionada em parte pela estrutura física do serviço, onde se encontra o doente, que não permite um isolamento adequado no decorrer das suas práticas. Estes aspetos provocaram-me inquietação e necessidade de refletir com os profissionais de enfermagem, no sentido de modificá-los/melhorá-los ou mesmo diminuí-los. Ao dialogar com alguns enfermeiros, percebi que os mesmos têm consciência de que se deve melhorar/valorizar esta dimensão e, por isso, nas suas práticas clínicas diárias procuram preservar esta componente, utilizando, quando disponível, recursos materiais ao seu dispor no sentido de minimizar a exposição do doente. Relativamente à confidencialidade e à segurança de informação notei que esta é respeitada pelos profissionais de enfermagem, sendo apenas partilhada pelos enfermeiros envolvidos nos cuidados diretos aos doentes em causa.

Fazendo referência ao serviço de Medicina Intensiva, nesta unidade de saúde a vertente técnica também é importante, pois a situação crítica do doente, com necessidade de monitorização e de vigilância contínua aliada aos inúmeros equipamentos como monitores, ventiladores, bombas e seringas perfusoras, Cuidados especializados ao doente crítico desde o ambiente urgente ao ambiente cirúrgico, bem como o registo contínuo dos parâmetros vitais e das ações executadas, conduzem os enfermeiros à tecnicidade, pois a exigência nesta vertente é muito grande.

Neste contexto observei que os doentes, com frequência, se encontravam despidos, protegidos apenas por um lençol, quando levantei esta questão foi-me referido que este aspeto é auxiliador na vigilância e permitir mais facilmente a manipulação do corpo, principalmente em situações de emergência. A minha aprendizagem nesta unidade, quanto à preservação privacidade, fez com que aplicasse conhecimentos e capacidade de compreensão relativos à sua salvaguarda, pois a especificidade deste serviço, fez-me compreender que a implementação de determinadas medidas, como por exemplo o doente despido, é deveras necessária para uma potencial intervenção rápida e eficaz.

Os doentes conscientes internados em unidades de cuidados intensivos, além do sofrimento pelo comprometimento biológico, demonstram desconforto e constrangimento por estarem despidos e serem, frequentemente, expostos e invadidos na sua intimidade. A perda da privacidade é, portanto, condição adicional de stresse e

sofrimento durante a hospitalização. Na realização dos cuidados, o profissional de enfermagem muitas vezes precisa de expor o corpo do doente e/ou partes íntimas para a execução de procedimentos, condição que invariavelmente constrange e embaraça a pessoa exposta.

Os enfermeiros adotam uma postura comportamental de respeito para com os assuntos relacionados com o doente, nomeadamente acerca da informação sobre o seu estado clínico, sendo este também um indicador de respeito pela sua privacidade.

O desrespeito pela intimidade da pessoa que cuidamos pode constituir-se como uma invasão forçada e provocar danos que podem ameaçar o equilíbrio interno da pessoa, com possibilidade de gerar estados de stresse. Por vezes, existem certos condicionalismos nos serviços, nomeadamente estruturas arquitetónicas pouco apropriadas e em alguns casos degradadas que, em simultâneo com a necessidade de rapidez de atuação, dificultam a humanização dos cuidados e conseqüentemente a preservação da privacidade, sendo então compreensível que os enfermeiros tenham dificuldades acrescidas no desempenho das suas funções.

Atendendo à elevada afluência de pessoas em situação crítica que são admitidas nestes serviços, a adoção de certos comportamentos fará com certeza diferença no respeito pela privacidade do doente que se encontra muito vulnerável. Um dos aspetos prende-se com a exposição do doente no decorrer dos procedimentos, sendo então necessário minimizar tal ato, expondo apenas o necessário sobretudo em situações urgentes/emergentes que são mais suscetíveis de provocar uma maior curiosidade por parte de terceiros. Por outro lado, a avaliação do doente e a prestação de cuidados mais simples devem ser executados em espaços próprios, e não no corredor onde estão constantemente a passar pessoas. A limitação do acesso das pessoas apenas autorizadas pelo doente para as visitas, é outro dos aspetos a considerar assim como a restrição do número de pessoas nestas unidades de saúde, tendo um controlo mais rigoroso mediante normas instituídas após o surgimento da pandemia provocada pelo vírus covid-19, no entanto o cuidar da pessoa na sua privacidade implica muito mais do que a simples atenção a aspetos estruturais e ambientais, logo os profissionais devem entender que a privacidade é algo abrangente e imprescindível, como uma necessidade humana básica, que para além da sua vertente física e psicológica também inclui outros aspetos como a informação. Nesta vertente, existem cuidados a reter nomeadamente, em relação ao tom de voz; à utilização de espaços adequados para a transmissão de informação sensível

(evitando o corredor ou a porta de entrada dos serviços) e limitar a exposição dos diagnósticos dos doentes em locais que não são exclusivos dos profissionais de saúde.

No âmbito da proteção da informação, é fundamental e da responsabilidade dos profissionais a manutenção das suas passwords confidenciais, da sua alteração periódica, bem como a necessidade de fechar o sistema sempre que o mesmo não seja utilizado de forma a que outras pessoas não tenham acesso a informação dos doentes.

- **Competência do domínio da Melhoria contínua da qualidade**

Em enfermagem uma melhoria contínua da qualidade é prioritário, na qual as junções de vários profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental.

No caso específico da enfermagem, tal foi reconhecido pelo estado português aquando da criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) em 1996, tendo ficado definido nos seus estatutos a necessidade de definir padrões de qualidade, pois a OE é responsável, perante todos os cidadãos, pela qualidade dos cuidados praticados.

Em enfermagem os padrões de qualidade permitem analisar e refletir sobre os cuidados prestados a fim de detetar alternativas de melhoria sobre o exercício profissional.

Contudo, a qualidade precisa de um envolvimento não só dos enfermeiros, mas também das instituições onde estes exercem a sua atividade profissional, de forma a proporcionar os meios adequados e necessários para um desempenho do exercício profissional de alta qualidade.

A qualidade necessita por sua vez de reflexão sobre a atividade praticada para definir objetivos do serviço a prestar e projetar estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo para refletir nos cuidados prestados.

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é uma temática relativamente recente em Portugal, sendo que é importante saber como avaliá-la, pelo que houve necessidade de implementar programas de acreditação, os quais ao longo dos anos têm evoluído bastante.

Segundo a ordem dos enfermeiros (2012) *“para a melhoria da qualidade, é importante que o enfermeiro desenvolva o seu exercício profissional tendo em conta a aquisição e desenvolvimento das competências, participam em programas de melhoria da*

qualidade, atuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas”.

Como aluna de especialidade tive a oportunidade de desempenhar algumas competências de enfermeiro especialista neste âmbito, nomeadamente verificação check-list pré-operatória, check-list do material da sala de emergência, check-list do material e dos medicamentos compostos que fazem parte da ambulância SIV/VMER, da sala de emergência, verificação do ventilador, higienização correta das mãos e os seus passos.

Observei que cada serviço é detentor de normas e regras para a execução correta de vários procedimentos, estes por sua vez dão a quem presta cuidados uma maior segurança, promovendo assim uma maior organização pessoal e do serviço em si.

Pude constatar, que o serviço que detém mais protocolos e normas é o serviço de medicina intensiva, não só pela sua peculiaridade mas também pelos cuidados prestados ao doente, doente este, que se encontra numa fase crítica e de grande vulnerabilidade, desta forma, a manutenção da segurança da pessoa doente, pela subida das grades da cama para prevenir quedas, pela prevenção de úlceras de pressão através dos posicionamentos, pelo respeito pelas normas básicas de prevenção do controlo de infeção, como a higienização da mãos constitui um importante indicador de qualidade.

Relativamente às Guidelines sobre a prevenção de infeção com os dispositivos intravasculares (Centers for Diseases Control and Prevention, 2011), baseie a atuação respeitando os princípios de preparação da pele utilizando a solução de Clorhexidina 2% e Álcool isopropílico 70%, na manipulação do cateter venoso central e sistemas de perfusão, usei sempre técnica assética, tal como nas colheitas de sangue pela linha arterial, não esquecendo das medidas universais de proteção individual.

Outra preocupação relativa ao controlo de infeção prendeu-se com a prevenção da pneumonia associada à ventilação invasiva existindo um conjunto de medidas como: diminuição de transmissão de microrganismos à pessoa doente pelos profissionais através da higienização das mãos e uso de equipamento proteção individual; diminuição da contaminação associada à manipulação o tubo traqueal através da aspiração das secreções das vias respiratórias; estratégias para prevenção da aspiração atendendo à pressão do cuff, posicionamento adequado da cabeceira 30°, monitorização do conteúdo

gástrico; diminuição da colonização do trato digestivo, prestando cuidados de higiene oral com Clorhexidina (Matos & Sobral, 2010).

Durante o módulo de estágio no serviço de medicina intensiva (SMI) colaborei em todas as atividades e rotinas diárias, relacionadas com técnicas invasivas seguindo os princípios de controlo de infeção. Na admissão de doentes numa unidade de saúde, deve-se presumir que estas estão potencialmente colonizadas ou infetadas com microrganismos, sendo que podem representar uma fonte potencial para a transmissão cruzada de infeção. Esta premissa apresenta maior ênfase aquando da admissão de pessoas doentes num serviço de urgência em que existe um ambiente microbiano diversificado e de difícil controlo. Sendo assim, é necessário o cumprimento de algumas normas, como atender à distribuição e alocação de doentes, à higiene das mãos, bem como à utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela etiqueta respiratória e pelas práticas seguras na preparação e administração de injetáveis (Direção Geral de Saúde, 2012).

Ao longo dos diversos campos de estágio procurei aplicar o processo de enfermagem mobilizando todos os conhecimentos adquiridos, de forma a identificar problemas existentes para o doente, efetuando um diagnóstico da situação, planeando posteriormente quais as ações de enfermagem mais adequadas, implementando-as e efetuando uma nova avaliação para observar a sua eficiência.

É de salientar a formação contínua dos profissionais de saúde por parte das instituições onde trabalham, apesar de nos últimos dois anos essa formação estar ligeiramente estagnada face à pandemia pela qual nos encontramos. Segundo pude constatar no início de cada ano, é estabelecido um cronograma de formação no qual os enfermeiros são automaticamente ora formandos ora formadores.

A avaliação da qualidade depende muito do conhecimento e da investigação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente de todo o seu processo, desde a avaliação inicial até à avaliação dos resultados obtidos. Como aluna de especialidade tive sempre a curiosidade de obter toda a informação do doente, adotando uma postura crítica e posteriormente reflexiva para finalmente atuar de forma a obter resultados favoráveis.

- **Competência do domínio da Gestão da Qualidade e dos Cuidados**

No que respeita a este domínio, o enfermeiro no sentido de desenvolver competências na área da gestão dos cuidados, gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores para além de estabelecer articulação com a equipa multiprofissional, com os cuidados especializados ao doente crítico desde o ambiente urgente ao ambiente cirúrgico, a fim de garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Igualmente, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento nº122/2011 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista).

Segundo a OE (Regulamento das Competências Comuns, 2010) os enfermeiros especialistas são detentores de competências, que são “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”

A gestão dos cuidados necessita de uma tomada de decisão, sendo esta um processo difícil e que requer muita experiência, assim como conhecimentos teóricos e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Deste modo, a gestão dos cuidados requer organização, distribuição de tarefas, de acordo com as competências do profissional, e envolvimento do doente em todo o processo de recuperação, para que todo este processo seja favorável, especialmente para o doente. Por outro lado, a utilização eficiente dos recursos existentes, com o fim de alcançar a máxima qualidade com o menor consumo de recursos, é primordial na prestação de cuidados, onde o principal recurso existente é o ser humano, que enquanto indivíduo desenvolve a sua atividade laboral num grupo social, onde o seu nível de eficiência depende muito da sua motivação. Nesta vertente, a liderança assume um papel mais importante do que a gestão, uma vez que liderança é o processo interpessoal que envolve motivação e orientação dos outros para atingir os objetivos propostos. Assim para se ter sucesso enquanto líder é necessário um bom planeamento, boa capacidade de organização, capacidade de incentivar os outros, boa capacidade de controlo situacional e por último, boa capacidade de decisão. No entanto sem uma liderança eficaz não será possível motivar e consequentemente inspirar os outros para o atingir dos objetivos estabelecidos. Como tal, um líder eficaz adequa o seu estilo de liderança às circunstâncias e eventos presentes, de acordo com as necessidades do grupo e tarefas a serem concluídas. No decorrer dos estágios aprendi a otimizar o processo de cuidados

ao nível da tomada de decisão, intervindo na melhoria da informação para o processo de cuidar, recolhendo dados essenciais, através do doente ou sua família/pessoa significativa, para o estabelecimento de diagnósticos e participando no planeamento dos cuidados procurando soluções eficazes para a recuperação do doente, aplicando-os e avaliando-os à posteriori. Identicamente, percebi que o trabalho de equipa é favorecido quando se adequa os recursos Cuidados especializados ao doente crítico.

Na VMER por exemplo, foi notória a sintonia da equipa, uma equipa diferenciada onde a competência no atendimento à pessoa em situação crítica emerge, com um trabalho de equipa sistematizado em que cada um atuava de forma inequívoca na resolução das variáveis que estariam comprometidas e poderiam comprometer o estado do doente. Na SIV destaca-se o desempenho do enfermeiro enquanto team-leader, sendo o elemento mais diferenciado que tem como função organizar a sua intervenção baseada num processo de tomada de decisão, mas ao mesmo tempo coordenar e supervisionar as ações levadas a cabo pelo TEPH e os demais intervenientes do sistema integrado de emergência médica (SIEM).

Na minha prestação de cuidados pelos diferentes serviços, verifiquei que o enfermeiro Especialista, mantinha sempre o diálogo com todos os Enfermeiro dando-lhe sempre que possível encorajamento positivo, tomava especial atenção à prestação de cuidados seguros e tenta maximizar a garantia da qualidade, certificando-se de que o doente/família recebem cuidados de excelência.

Neste processo pude perceber que o Enfermeiro Especialista tem um papel importante na verificação de situações desfavoráveis, procurando atualizar conhecimentos de forma a conseguir examinar, delinear, definir estratégias de solução, por em prática, motivar e avaliar junto da restante equipa.

- **Competência no domínio das aprendizagens profissionais**

Neste domínio a obtenção de competências deve-se sobretudo ao meu investimento e curiosidade pessoal com o fim de me manter atualizada e, ao desejo de aperfeiçoar os cuidados efetuados. A aquisição de novos conhecimentos científicos favorece o profissional a ter mais segurança no decorrer da sua prática clínica, com efeitos benéficos para a pessoa a cuidar. De igual modo, a transmissão destes conhecimentos a outros profissionais de saúde proporciona atualização de determinados procedimentos e sentido de responsabilidade face às intervenções praticadas. Neste sentido o enfermeiro fortifica o autoconhecimento e a assertividade, demonstrando capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Regulamento nº 122/2011 - Competências comuns do enfermeiro especialista).

É condicionante do autoconhecimento os aspetos da vida, incluindo relações interpessoais, habilidades funcionais e estado de saúde. Faz parte do que nos torna únicos, implica uma autoavaliação nas dimensões física, emocional, intelectual e funcional, variando ao longo do tempo e consoante o contexto de cada situação. É o guia referencial para perceber e entender o mundo e embora não seja visível nem tangível, exerce uma poderosa influência na vida de cada um. O conhecimento dos valores pessoais permite a base para reconhecer e desenvolver valores profissionais, estes em última instância fornecem um guia para exercermos enfermagem. Por isso, sem uma constante consciência de quais são os valores pessoais e profissionais em cada momento da nossa vida é impossível o estabelecimento de objetivos, o reconhecimento dos recursos e dos limites pessoais e profissionais (Carroll, 2007).

Assim, nos diferenciados contextos de estágios fundamentei a minha prática clínica em conhecimentos sólidos e válidos, já obtido anteriormente em formação específica, (SAV, formação em transporte de doente crítico e várias formações em serviço) assentando os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) reconhecidos, atuais e pertinentes, estando sempre disponível para a aprendizagem e para o diálogo com os enfermeiros tutores e restante equipa, sobre temas que surgissem

em contexto de cuidados especializados a pessoa em situação crítica, como por exemplo, o manuseamento da ventilação não invasiva (VNI) (muito utilizada no serviço de Urgência e Medicina Intensiva). Identicamente, nestes momentos de aprendizagem, refletir sobre a humanização dos cuidados/privacidade foi um dos aspetos que procurei estabelecer com os enfermeiros dos diferentes contextos de estágio, tendo percebido que esta temática necessita de ser mais debatida, com o fim de ser interiorizada e conseqüentemente mais valorizada/implementada nos momentos de prestação de cuidados. Remato referindo que a aprendizagem é processo contínuo, inacabado, e primordial no aperfeiçoamento das atividades que desempenhamos diariamente. Deste modo, estes estágios foram mais uma etapa de aprendizagem que contribuíram para a evolução das minhas competências como enfermeira, neste caso, na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica em diferentes contextos de urgência/emergência.

De salientar, que durante o desenvolvimento destes estágios, sempre que o momento o permitiu e foi oportuno, foi realizada educação para a saúde, de forma a promover hábitos saudáveis e estar atento a sinais de alerta para possíveis problemas associados a cada situação.

Sintetizando, segundo a ordem dos enfermeiros (2009) “o enfermeiro especialista deve sentir a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, consolidando a sua prática numa base científica sólida, devendo, sempre que possível transmitir conhecimentos, através de formações em serviço, a título individual ou em grupo”.

2.2. Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

Segundo o regulamento nº 124 de 2011 das competências específicas do enfermeiro especialista “a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica está direcionada para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, sendo estes cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”.

O surgimento, cada vez mais frequente, de doenças súbitas e crónicas que agudizam rapidamente, bem como o aumento do número e da gravidade de acidentes, conduzem à deterioração progressiva e rápida das funções vitais da pessoa, onde existe uma necessidade emergente de cuidados especializados e de qualidade

Consequentemente, o foco da prática do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica é mais do que uma monitorização e observação constantes, inclui o cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, a resposta adequada e oportuna em situações de catástrofe ou em emergência multi-vítimas, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, face à complexidade da situação.

- **Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica**

A obtenção de competências determina que o enfermeiro possua interesse, conhecimento e treino, tendo vivenciado este processo no decorrer dos vários campos de estágio, onde assimilei, compreendi e mobilizei conhecimentos acerca das diferentes atividades praticadas, através de várias experiências, aperfeiçoando o meu desempenho perante pessoa em situação crítica.

Face ao serviço de urgência, uma vez que é o serviço onde exerço a minha atividade profissional, não tive dificuldades de maior, pude contudo melhorar a minha prática clínica aperfeiçoando-a com a partilha de conhecimento com os demais enfermeiros especialistas.

Segundo Alminhas (2007), o serviço de Urgência é um local particularmente despersonalizante. Ao entrar nele, o doente já pouco pode decidir acerca de cuidados físicos, socialização ou privacidade. Para além da debilidade física, está vulnerável, ficando sob rigorosa vigilância de médicos e enfermeiros.

Tenho a realçar que verifiquei uma lacuna minha face ao tratamento da família do doente crítico e desta forma vou realçar a sua importância, pois muitas vezes não orientamos e esclarecemos as suas dúvidas.

Quando as famílias verificam que o doente vai ficar internado, vivenciam sensação de descontinuidade e impotência, face ao decurso dos acontecimentos. Esta rutura brusca origina reações emocionais diversas, de sofrimento, dor, medo de perda e medo, ansiedade e desespero. São momentos do ponto de vista emocional fortes que dão origem a comportamentos para os quais os enfermeiros devem estar preparados no sentido de dar o apoio adequado, pois é inerente aos cuidados de enfermagem o cuidar à família. É então responsabilidade do enfermeiro que cuida de uma pessoa em situação crítica o apoio e acompanhamento à família.

Prestar cuidados de enfermagem num serviço de Urgência ou mesmo no pré-hospitalar, é considerado por muitos, como uma das realidades mais agressivas da prática de enfermagem.

No que respeita ao estágio pré-hospitalar pude constatar que situações de atuação imediata são fundamentais para responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, tendo percebido que tanto a experiência/treino como a atualização de conhecimentos, através de pesquisa de evidência científica, análise, reflexão e esclarecimento de dúvidas, sobre as intervenções praticadas, são pontos chave para o sucesso das mesmas.

Após uma abordagem inicial e posterior estabilização do doente, este é muitas vezes encaminhado para a unidade de cuidados intensivos. Esta unidade está vocacionada para o atendimento de doentes com patologias diversas, características e tratamentos, sendo constituída por uma grande diversidade de suporte tecnológico, permitindo

monitorizações contínuas e avançadas. A sobrevivência de uma pessoa com disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, depende de meios avançados de monitorização e terapêutica, bem como dos recursos humanos especializados.

Durante o período de estágio no SMI, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com diversas patologias (como por exemplo: patologia cardíaca, respiratória, doentes politraumatizados, em choque séptico e em doentes provenientes do Bloco Operatório.

Neste contexto, no decorrer do estágio sob a orientação de uma enfermeira especialista, pude assistir ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva, através do uso do ventilador, permitindo-me aperfeiçoar a manipulação deste equipamento e a prestação de cuidados a este tipo de doente. A ventilação mecânica é uma técnica invasiva indicada para o tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. É um método de suporte da função respiratória, que assume diferentes modalidades e parâmetros em função das necessidades do doente.

A dinâmica ventilatória também é alterada pela ventilação artificial. Há alterações das pressões intratorácicas e os ciclos do ventilador que contrariam, muitas vezes, o ritmo fisiológico do doente. Existem diferentes modos ventilatórios, desde modos controlados unicamente pelo ventilador (por pressão ou por volume), modos ventilatórios mais sincronizados, em que o ventilador adapta os ciclos aos movimentos espontâneos do doente.

Outro aspeto importante a considerar na ventilação artificial, é que o doente fica completamente dependente do equipamento e do profissional de saúde para manter uma função vital, esperando-se da parte do profissional, para além do conhecimento e destreza técnica, a ajuda no sentido de minimizar o mal-estar.

Ao prestar cuidados a estes doentes, certifiquei que a assistência ao doente ventilado é intensiva, complexa e contínua, iniciando-se antes da instalação do dispositivo ventilatório e terminando com a reabilitação do doente, contemplando um vasto número de conhecimentos em diversas áreas de cuidados, tanto técnicos como humanos.

Em relação a procedimentos específicos desta unidade, a aspiração de secreções por meio de um sistema fechado foi inovadora, pois não tinha conhecimento acerca deste método de aspiração.

Outra das técnicas que desenvolvi no estágio estava relacionada com a terapia nutricional, pois o doente ventilado não ingere alimentos por via oral. Estes doentes são

seguidos pela nutricionista do hospital sendo a sua dieta personalizada de acordo com as suas necessidades. Verifiquei que a função do enfermeiro não se limita à administração e controlo da alimentação, inclui também a vigilância de possíveis efeitos adversos, monitorização do conteúdo gástrico, otimização da sonda de alimentação, otimização da máquina de alimentação, substituição dos sistemas de alimentação (substituída a cada 24 horas) e da sonda, entre outros.

Semelhantemente, as passagens de turno são momentos relevantes, pois nestas ocasiões são transmitidas informações importantes acerca do estado clínico do doente e são discutidas Cuidados especializados ao doente crítico desde o ambiente urgente ao ambiente cirúrgico. Senti que as passagens de turno neste serviço constituem um momento de reflexão em equipa, de aprendizagem e de transmissão de saberes através dos quais se pretende assegurar a continuidade dos cuidados, por meio da informação verbal. Relativamente ao local das passagens de turno, este está localizado numa área central da unidade, num espaço aberto onde se visualizam os doentes, havendo necessidade de comunicar com tom de voz adequado, pois na passagem de informação reporta-se o direito relativo à confidencialidade e privacidade.

Na UCIP, a maioria dos doentes possui Cateter Venoso Central de 3 lúmenes, sendo estes essencialmente utilizados para fluidoterapia, administração de fármacos, sangue e hemoderivados, alimentação parentérica (suporte nutricional que não pode ser administrado com segurança através de cateteres venosos periféricos), monitorização hemodinâmica ou realização de outras técnicas de substituição renal, entre outros.

O estágio realizado no serviço de Medicina Intensiva permitiu-me conhecer diferentes protocolos terapêuticos complexos relativos à antibioterapia, drogas vasopressoras, insulino-terapia, nutrição entérica, reposição sérica de potássio e hipotermia induzida, tendo-os aplicado no decorrer do estágio, atendendo às particularidades de cada doente e estando desperta para possíveis complicações, o que me proporcionou acréscimo de competências nesta área.

No que respeita à sedação dos doentes, a sua avaliação é feita através da escala de sedação de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale). A escala de agitação e sedação de RASS é uma escala utilizada para avaliar o grau de sedação e agitação de um doente que necessite de cuidados intensivos ou que esteja sob agitação psicomotora. Consiste em um método de avaliar a agitação ou sedação de doentes usando três passos claramente definidos que determinam uma pontuação que vai de -5 a + 4, sendo que no

– 5 o doente é incapaz de ser desperto e no + 4 o doente encontra-se desperto, agitado e por vezes agressivo para com a equipa de saúde. Esta escala permite que os profissionais de saúde possam ajustar os níveis de sedação e controlar a agitação e o delírio, tendo sempre em conta o conforto do doente.

No decorrer deste estágio, desenvolvi competências na assistência ao doente e sua família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde, respondendo às questões colocadas de forma segura, com linguagem adequada ao nível sociocultural e estado emocional, bem como à gravidade da situação do doente, com o intuito de esclarecer e contribuir para a minimização da ansiedade no doente e sua família/pessoa significativa, tendo aprendido a adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica, aperfeiçoando deste modo, habilidades no processo de relação terapêutica.

- **Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação**

Segundo Lennquist (2012), “o principal receio numa situação destas será sempre o de os recursos disponíveis serem insuficientes para as necessidades imediatas de cuidados de saúde, situação que poderá comprometer a prestação de cuidados de saúde com a consequente perda de vidas ou aumento das incapacidades dos sobreviventes, situação que não se verificaria caso os recursos fossem suficientes”.

Posso referir que no decorrer dos estágios não estive perante nenhuma situação de catástrofe, mas tomei conhecimento sobre os protocolos existentes nomeadamente no pré-hospitalar.

- **Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

O enfermeiro deverá atuar de forma eficaz na prevenção e no controlo da infeção, pois nos múltiplos contextos de atuação o risco de infeção encontra-se presente, quer devido à complexidade das situações quer devido à diferenciação dos cuidados, onde por vezes

necessitam de recorrer a procedimentos invasivos, sendo estes facilitadores na aquisição de infeção.

Contextualizando esta temática a DGS, emitiu uma norma (norma nº 029, 2012) acerca das Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) dirigida aos dirigentes de instituições de saúde, mas também aos profissionais de saúde. Nesta norma, os dirigentes das unidades prestadoras de cuidados de saúde, devem garantir a existência de recursos e sistemas que ajudem na implementação das precauções básicas do controlo da infeção e a monitorização do seu cumprimento, por todos aqueles que prestam cuidados de saúde, neste sentido, o surgimento das comissões de controlo da infeção constituiu um recurso indispensável para a implementação do programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde nas unidades de saúde.

Remetendo para os diversos campos de estágios, conheci e cumpro com os procedimentos adotados para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (adotando as medidas que minimizam a transmissão de microrganismos) como por exemplo, o cumprimento das normas relativas ao vestuário, aos circuitos do pessoal e do material, ao uso de material de proteção individual (bata, máscara e luvas) e a utilização de produtos de desinfeção, antes da realização de qualquer procedimento, bem como a desinfeção das mãos.

Verifiquei que mais que nos outros serviços no serviço de Medicina Intensiva aplica-se a integridade das medidas preconizadas para a prevenção e controlo da infeção em todos os doentes. Para além do cumprimento dos feixes de intervenção no controlo da infeção, no serviço de Medicina Intensiva existe um manual para higienização do serviço, que é rigorosamente cumprido pelos assistentes operacionais e, durante o período das visitas há o cuidado de informar/educar a família/pessoa significativa sobre as precauções a ter, tendo em conta as especificidades do doente que vão visitar. Assim, se o doente estiver no isolamento, colocam bata, máscara e luvas (para além de lavarem previamente as mãos), caso contrário, apenas lavam as mãos e colocam uma bata.

CONCLUSÃO

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, focalizado no cuidado à pessoa em situação crítica, tem sentido necessidade de fortalecer conhecimentos e competências, devido à evolução tecnológica, científica e também devido às constantes modificações das necessidades das pessoas. Por conseguinte, a formação é uma ferramenta essencial no processo de construção de competências especializadas, pois proporciona ao enfermeiro saberes específicos, atuais e primordiais para uma intervenção eficaz e segura. Assim, o percurso efetuado nos distintos campos de estágio, nomeadamente nos serviços do pré-hospitalar, de Medicina Intensiva e Urgência da ULSN, possibilitou-me o contacto com diferenciadas áreas de atuação ao doente crítico, fortalecendo as minhas competências técnicas, científicas e humanas. Através deste relatório, descrevi as competências aperfeiçoadas, adquiridas e desenvolvidas na prestação de cuidados a pessoa em situação crítica, nos diferentes contextos de estágio, tendo refletido sobre as intervenções efetuadas

A estrutura deste relatório principiou com uma breve contextualização sobre os diferentes ensinamentos clínicos, posteriormente relatou as competências comuns e específicas desenvolvidas. Ao finalizar este relatório e refletindo sobre o percurso desenvolvido, sinto-me mais habilitada para interpretar e resolver situações problemáticas que surjam em contexto urgente/emergente, pois o contacto com diversas experiências, permitiu-me fortalecer as minhas opiniões e atitudes, adicionando mais segurança ao meu desempenho profissional.

Finalmente, gostaria de enaltecer o grande apoio e sentimento de cooperação por parte dos meus enfermeiros orientadores, que muito me ajudaram na consolidação e obtenção de novos conhecimentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M.;& Ribeiro, J. (2008). Stresse dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Referência-Revista de Enfermagem*, II (7), 79-88.
- Alminhas, S. M. P. (2007). Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Revista Sinais Vitais*, 75, 14
- Carroll, T. (2007). *Leadership and management: theories, processes and practice*. Philadelphia: Davis Company.
- Centers for Diseases Control and Prevention (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Circular normativa n.º: 029/2012*. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Lennquist, S. (2012). Major Incidents: definitions and demands on the health-care system. In S. Lennquist. *Medical response to major incidents and disasters* (pp. 1-7). Springer.
- Matos, A.; & Sobral, A. (2010). Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Pneumonia Associado à Ventilação Mecânica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. 17 (1), 61-65.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, p. 45.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituaçãoCrítica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011) *Regulamento das competências comuns dos enfermeiros especialistas*. Regulamento n.º122/2011. DR, 2.º série, N.º 35, 18 de fevereiro de 2011, 8648 – 8653. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>

- Ordem dos enfermeiros. (2011) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Regulamento nº124/2011. DR, 2ª Série, Nº35, 18 de fevereiro de 2011, 8656-8657. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0865608657.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros. nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: ordem dos enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Regulamento 140/2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar da pessoa em fase terminal: perspetiva ética*. Lusociência.
- Sussams, John E. (1987) – *Como Fazer Um Relatório*. 1ª Ed. Editorial.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Lusociência.

Apêndice II- Questionário

QUESTIONÁRIO

Lúcia Fernandes, Enfermeira

Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, pretende realizar um trabalho de investigação sobre situações de stress em enfermeiros dos serviços de urgência, para o qual solicitam a sua colaboração, através do preenchimento deste questionário. A sua colaboração é voluntária, anónima e confidencial. Peço que responda de forma atenta e honesta.

Agradeço a sua disponibilidade.

Parte I

1. Sexo: Masculino
Feminino

2. Idade: 21 – 30 anos
31 – 40 anos
41- 50 anos
51 – 60 anos
> 61 anos

3. Estado Civil: Solteiro
Casado
Viúvo
Divorciado
União de Facto

4. Habilitações Literárias: Licenciatura
Mestrado
Doutoramento

5. Categoria Profissional: Generalista
Especialista
Gestor

6. Tempo de exercício de funções como enfermeiro: <2 anos
2-10 anos
11-20 anos
21-30 anos
>31 anos

7. Tempo de exercício de funções no serviço em que se encontra atualmente:

- <2 anos
- 2-10 anos
- 11-20 anos
- 21-30 anos
- >31 anos

8. Localidade onde exerce atualmente: Vila Real

Chaves

Lamego

9. Tipo de vínculo à instituição: Contrato de trabalho sem termo

Contrato de trabalho a termo certo

Contrato de trabalho a termo incerto

Contrato de prestação de serviços

Contrato de utilização de trabalho temporário

10. Acumulação de funções noutra local de trabalho: Sim

Não

Parte II

Esta escala apresenta um conjunto de situações que, com alguma frequência, ocorrem numa unidade hospitalar. Coloque para cada uma delas um círculo (O) no ponto da escala que considerar mais de acordo com a resposta que pretende dar. Note bem: Não lhe peço que me diga “com que frequência estas situações acontecem no seu serviço”. O que lhe peço é que indique, para cada situação “qual a frequência com que a sente (quando acontece) como stressante”. Se há alguma situação que nunca ocorreu no seu serviço, deixe a questão por responder.

Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros				
	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
1. Avaria informática.	1	2	3	4
2. Ser criticado por um médico.	1	2	3	4
3. Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos.	1	2	3	4
4. Sentir-se impotente quando o doente não melhora com os tratamentos.	1	2	3	4
5. Conflito com um superior hierárquico.	1	2	3	4
6. Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte.	1	2	3	4
7. Falta de oportunidade de falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço.	1	2	3	4
8. A morte de um doente.	1	2	3	4
9. Conflito com um médico.	1	2	3	4
10. Receio de cometer erros no tratamento de um doente.	1	2	3	4
11. Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço.	1	2	3	4
12. A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade.	1	2	3	4
13. Ausência de médico quando um doente morre.	1	2	3	4
14. Desacordo em relação ao tratamento de um doente.	1	2	3	4
15. Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais.	1	2	3	4
16. Falta de oportunidade para exprimir junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente.	1	2	3	4
17. Informação inadequada fornecida pelo médico em relação a situação clínica do doente.	1	2	3	4
18. Não ter resposta adequada para uma questão colocada por um doente.	1	2	3	4
19. Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente.	1	2	3	4
20. Ser mobilizado para outro serviço para suprimir falta de pessoal.	1	2	3	4
21. Ver um doente em sofrimento.	1	2	3	4
22. Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (enfermeiros) em particular de outros serviços.	1	2	3	4
23. Sentir falta de preparação para dar apoio as necessidades emocionais do doente.	1	2	3	4
24. Receber críticas de um superior hierárquico.	1	2	3	4
25. Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho.	1	2	3	4
26. Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente.	1	2	3	4
27. Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo.	1	2	3	4
28. Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente.	1	2	3	4
29. Dificuldade de trabalhar com um enfermeiro (enfermeiros) em particular do mesmo serviço.	1	2	3	4
30. Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem.	1	2	3	4
31. Ausência de médico durante uma situação de emergência médica.	1	2	3	4
32. Não saber o que deve ser dito ao doente e à família a cerca do seu estado e do tratamento.	1	2	3	4
33. Dúvidas em relação ao fornecimento de um determinado equipamento especializado.	1	2	3	4
34. Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço.	1	2	3	4

Fonte: Santos, José Manuel; Teixeira, Zélia (2008)

Apêndice III- Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

TÍTULO DO ESTUDO: "Stresse nos enfermeiros do serviço de urgência na abordagem ao doente crítico "

INVESTIGADORES: Lúcia Fernandes, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

ORIENTADOR CIENTÍFICO: _____

Eu, _____ declaro de livre vontade que aceito participar no estudo acima identificado, após ter tomado conhecimento do mesmo e me terem sido apresentados o âmbito e objetivo, bem como explicados todos procedimentos de investigação inerentes ao estudo. Reconheço que responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões e compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre a investigação ou os métodos utilizados.

Consinto que seja gravada a minha participação no programa de formação do estudo, em ambiente laboratorial simulado, tendo como finalidade única a utilização no âmbito da investigação.

Asseguraram-me que todos os materiais inerentes ao estudo que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação pessoal será divulgada. Compreendo que sou livre de a qualquer momento me retirar do estudo.

Pelo presente documento, declaro o meu consentimento informado, disponibilizando-me para participar no estudo acima identificado.

O participante,

O investigador,

Data: ____ / ____ / _____

1 Exemplar para o enfermeiro; 1 Exemplar para o investigador


ANEXOS

Anexo I- Autorização dos autores da Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros

DECLARAÇÃO

A fim de ser utilizada pela Senhora Enfermeira Ilda Lúcia da Costa Fernandes no estudo subordinado ao tema “Stress nos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica” que pretende desenvolver no âmbito da sua tese do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica que se encontra a realizar na Escola Superior de Saúde de Bragança, declaro autorizar a utilização da Escala de Stresse Profissional dos Enfermeiros.

Universidade Fernando Pessoa, 28/01/2022



José Manuel Oliveira dos Santos

Anexo II- Parecer/Autorização da Comissão de Ética para a realização do estudo



CARLA FONTE

Luciacosta88@hotmail.com+9

15/12/2021



SVR-IMP1-AD21111218500.pdf

PDF - 1 MB



Exma. Senhora
Enfa. Ilda Lúcia
Serviço de Urgência da UHVR

Por incumbência da Sra. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, remete-se documento relativo ao assunto em apreço, sobre o qual a Comissão Ética, em reunião do dia 07 dezembro de 2021 emitiu, o seguinte parecer:

“Aprovado.”

Mais se informa que este parecer foi homologado em reunião do CA dia 09.12.2021.

Com os melhores cumprimentos,

Carla Fonte

Anexo III- Comprovativo da submissão de artigo

Revista de Enfermagem Referência Tarefas 1 Português Ver Site

Referência
Submissões

Submissões

Minha Fila 4 Arquivos 1 Ajuda

Minhas Designações Nova Submissão

33648	Stresse nos enfermeiros de urgência na abordagem à pessoa em situação crítica	Submissão	▼
-------	---	-----------	---