

# **VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS RELATIVAS AO PERFIL DE STRESSE DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**VÍTOR HUGO NUNES VALENTE ALVES**

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

Orientação Científica – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria – Professora Coordenadora

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

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

Bragança, julho de 2024



Alves, V.H.N.V. (2024). VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS RELATIVAS AO PERFIL DE STRESSE DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. Trabalho de Projeto. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, Portugal.

Alves, V.H.N.V. & Veiga-Branco, M. A. R. (2024). VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS RELATIVAS AO PERFIL DE STRESSE DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NUMA UNIDADE DO NORTE. Servir. (No prelo)

*“A fonte básica da formação do conhecimento é a organização do conhecimento”*

*Serrano e Fialho (s.d.)*

## AGRADECIMENTOS

Para a realização de todo o caminho percorrido ao longo do trabalho desenvolvido, com trajetos por vezes tumultuosos face a vários condicionalismos, a minha profunda gratidão a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, me apoiaram e não se esqueceram da minha existência.

À Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, pela orientação científica e disponibilidade incondicional demonstrada ao longo deste percurso. Agradeço-lhe por ter confiado que seria capaz de levar a bom rumo este desafio.

À minha família, pelo carinho, disponibilidade para ouvir os meus desabafos e inigualável ajuda que me deu.

A todos os Enfermeiros que amavelmente aceitaram participar no estudo e terem compreendido o contributo que este trabalho possa fornecer.

A todos os que se cruzaram no meu caminho, nomeadamente colegas e professores, que me apoiaram em momentos de descrença e quase abandono deste caminho, só facilitado pela vossa presença e apoio.

Muito obrigado!!

## RESUMO

**Introdução:** A percepção de Stresse nos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica tem sido apresentada na literatura científica recente como uma variável despromotora de saúde, quer a nível individual quer ao nível da equipa de trabalho.

**Objetivos:** Estudar o nível de percepção de Stresse dos Enfermeiros em contexto da pessoa crítica e, analisar a relação entre o nível de percepção de Stresse dos Enfermeiros e as variáveis sociodemográficas.

**Metodologia:** Estudo transversal, quantitativo, descritivo-correlacional, a partir da análise dos resultados obtidos, através da aplicação da Escala de Percepção de Stresse (EPS) de Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), adaptada para a população portuguesa por Pais Ribeiro & Marques (2009) a uma amostra de 355 Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica numa unidade de Saúde do Norte.

**Resultados:** A amostra revelou-se maioritariamente do sexo feminino (51,0%), idade entre 36-50 anos (51.3%) e média de 39,25±8,89 anos, casada (48.7%) e com licenciatura (38.9%). O nível de Stresse percecionado pela amostra situa-se entre o mínimo de 24,15 e máximo de 32,57 pontos, com valor médio de 28,36±4,21 pontos. De acordo com a operacionalização da EPS e, considerando o valor médio obtido, esta amostra apresenta um nível moderado de percepção de Stresse, uma vez que, este valor situa-se no intervalo de pontuações intermédias entre 18 e 35 pontos – **nível moderado de Stresse**. A análise a partir da hipótese estatística (H1) formulada, indica que: (1) não pode ser rejeitada a H1, já que os resultados comprovam relação estatística entre a PS e as variáveis sociodemográficas em estudo; (2) as diferenças observadas não são estatisticamente significativas; (3) foi verificado, um perfil sociodemográfico expressivo de maior risco: Enfermeiros mais jovens ( $\leq 35$  anos), do sexo masculino, divorciados e os habilitados com mestrado, apresentam a percepção de um perfil de Stresse mais elevado.

**Conclusão:** Existe percepção de moderado nível de Stresse entre os Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, com evidência nos mais jovens, do sexo masculino, divorciados e com Mestrado, pelo que, se considera que os Enfermeiros em geral, e sobretudo, os que se encontram no facto de o estudo ter decorrido no período pós-pandemia imediato, seja particularmente revelador de níveis elevados de Stresse, fenómeno perturbador tanto na saúde mental amostral, como na qualidade de cuidados em saúde. O grupo que percebe sofrer de Stresse, necessita, segundo a literatura recente, ser alvo de apoio e observação. Sugere-se continuidade de estudos com estas e outras variáveis.

**Palavras-chave:** Stresse; Enfermeiros; Pessoa em Situação Crítica.

## ABSTRACT

**Introduction:** The perception of Stress in Nurses in the context of a person in a critical situation has been presented in recent scientific literature as a health-degrading variable, both at the individual level and at the level of the work team.

**Objectives:** To study the level of perception of Stress among Nurses in the context of a critical person and to analyze the relationship between the level of perception of Stress among Nurses and sociodemographic variables.

**Methodology:** Cross-sectional, quantitative, descriptive-correlational study, based on the analysis of the results obtained, through the application of the Stress Perception Scale (EPS) by Cohen, Kamarck and Mermelstein (1983), adapted for the Portuguese population by Pais Ribeiro & Marques (2009) to a sample of 355 nurses in the context of people in critical situations in a Northern Health unit.

**Results:** The sample was mostly female (51.0%), aged between 36-50 years (51.3%) and average of  $39.25 \pm 8.89$  years, married (48.7%) and with a degree (38.9%). The level of Stress perceived by the sample is between a minimum of 24.15 and a maximum of 32.57 points, with an average value of  $28.36 \pm 4.21$  points. According to the operationalization of the EPS and, considering the average value obtained, this sample presents a moderate level of Stress perception since this value lies in the range of intermediate scores between 18 and 35 points – a moderate level of Stress. The analysis based on the formulated statistical hypothesis (H1) indicates that: (1) H1 cannot be rejected, as the results prove a statistical relationship between PS and the sociodemographic variables under study; (2) the observed differences are not statistically significant; (3) a significant sociodemographic profile of higher risk was verified: Younger nurses ( $\leq 35$  years old), male, divorced and those qualified with a master's degree, present the perception of a higher Stress profile.

**Conclusion:** There is a perception of a moderate level of Stress among Nurses in the context of people in critical situations, with evidence in younger, male, divorced and Master's degree holders, therefore, it is considered that Nurses in general, and above all, nurses which are based on the fact that the study took place in the immediate post-pandemic period, is particularly revealing of high levels of Stress, a disturbing phenomenon both in the mental health of the sample and in the quality of health care. The group that perceives themselves to be suffering from Stress needs, according to recent literature, to be the target of support and observation. It is suggested to continue studies with these and other variables.

**Keywords:** Stress; Nurses; Person in a Critical Situation.

## ABREVIATURAS E/OU SIGLA

cf. – Conforme

DASS – Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse

DP – Desvio Padrão

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

EPS - Escala de Perceção de Stresse

et al. - e outros autores

H - Hipótese

HPA - Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IRD - Instrumento de Recolha de Dados

MBI - *Maslach Burnout Inventory*

nº - Número

N – Amostra

NOSS – Escala de Stresse Ocupacional para Enfermeiros

OBI - *Oldenburg Burnout Inventory*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PS – Perceção de Stresse

QDV – Qualidade de Vida

SNS – Sistema Nervoso Simpático

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VD – Variável Dependente

% - por cento

≥ - Maior ou igual

< - Menor

XXI – Vinte e Um

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO</b> .....	<b>16</b>
<b>1- PERCEÇÃO DE STRESSE DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</b> .....	<b>17</b>
<b>CAPITULO II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>25</b>
<b>2 – METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
2.1 - TIPO DE ESTUDO .....	27
2.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	28
2.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	28
<b>2.3.1 - Seleção do IRD</b> .....	<b>29</b>
2.4 - VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	31
2.5 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS.....	33
2.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	35
2.7 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	35
<b>3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
3.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA .....	38
3.2 – CONSISTÊNCIA INTERNA (FIABILIDADE) DA EPS PARA O PRESENTE ESTUDO .....	39
3.3- ESCALA DE PERCEÇÃO DE <i>STRESSE</i> (EPS) .....	41
<b>4 – DISCUSSÃO</b> .....	<b>46</b>
<b>5- CONCLUSÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>55</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>67</b>
ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	68
ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPB.....	73

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE “ESCALA DE PERCEÇÃO DE STRESSE” NA VERSÃO ADAPTADA (PAIS RIBEIRO & MARQUES, 2009), PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA .....	75
ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE ORIENTAÇÃO .....	77
ANEXO V – PUBLICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO NO SITE DA ORDEM DOS ENFERMEIROS .....	79
ANEXO VI – SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO: REVISTA SERVIR .....	81
ANEXO VII - RELATÓRIO DE ESTÁGIO .....	83

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Operacionalização das Variáveis Sociodemográficas.....	33
<b>Tabela 2</b> - Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors .....	36
<b>Tabela 3</b> - Apresentação dos Valores Relativos às Frequências da Variável Idade da Amostra.	38
<b>Tabela 4</b> - Apresentação dos Valores Absolutos e Relativos das Variáveis em Estudo da Caracterização Sociodemográfica da Amostra .....	39
<b>Tabela 5</b> - Apresentação da Distribuição dos Valores de Caracterização das Respostas à Escala de Perceção de Stresse (EPS) .....	40
<b>Tabela 6</b> - Valores Obtidos na Escala de Perceção de Stresse (EPS).....	42
<b>Tabela 7</b> - Apresentação da Distribuição dos Valores Descritivos Relativos à Variável Dependente Perceção de Stresse (PS) .....	43
<b>Tabela 8</b> - Apresentação da Distribuição dos Valores da Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e o Nível de Perceção de Stresse dos Enfermeiros em Contexto da Pessoa em Situação Crítica encontrados através do Teste de Kruskal-Wallis .....	45

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Apresentação Esquemática das Variáveis Sociodemográficas e Operacionalização da VD – Perfil de Stresse Percecionado, conforme é colocada em IRD .....	32
<b>Figura 2</b> - Histograma da Escala de Perceção de Stresse, com Curva de Normalidade .....	37

## INTRODUÇÃO

Definida como a “maior epidemia mundial do século XXI” pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Stresse pode interferir na qualidade de vida (QDV) das pessoas, resultando em prejuízos a nível social, familiar, doenças físicas e/ou psicológicas, falta de motivação, além de problemas relacionados com o trabalho (Antunes, 2020).

Existem várias profissões que são especialmente suscetíveis ao Stresse devido à natureza implícita do trabalho. Profissões como a Enfermagem, que envolvem gerir emoções intensas, pressão temporal, responsabilidade por vidas humanas, exposição a situações de perigo e interações complexas com outras pessoas, estão entre as mais suscetíveis ao Stresse (Wu et al., 2022).

O fenómeno de Stresse em Enfermagem não é recente nem novo. Uma das áreas laborais mais afetadas pelo Stresse ocupacional diz respeito aos profissionais da área da saúde, mais concretamente a classe de Enfermagem (Schneider-Matyka et al., 2023). Cada profissão implica uma certa quantidade de Stresse, e, se os Enfermeiros não gerirem corretamente as pressões do seu trabalho, o Stresse percebido por estes profissionais de saúde, pode levar à fadiga e ao esgotamento físico e/ou emocional (Saravanan et al., 2023). A carga de trabalho intensa, horários irregulares, pressão para prestar cuidados de elevada qualidade, exposição a situações de vida ou morte e interações com utentes e/ou familiares em sofrimento, tornam os Enfermeiros mais expostos ao Stresse e, portanto, mais suscetíveis à fadiga comparativamente a outros profissionais de saúde (Schneider-Matyka et al., 2023).

Vários estudos relatam que os Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica estão expostos a um alto risco de ansiedade, depressão, esgotamento e Stresse (Cecere et al., 2023). Também Werke e Weret (2023) referem que, a maioria dos Enfermeiros em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, relata níveis significativos de Stresse ocupacional, principalmente, devido a fatores como a morte e o morrer, incertezas no tratamento dos utentes e conflitos com inter/intra-equipas.

O aumento do Stresse nos Enfermeiros, especialmente durante a pandemia de COVID-19, é uma preocupação crescente (Righi et al., 2022). A pandemia exacerbou os desafios existentes, levando a uma série de consequências negativas adicionais para a saúde mental e bem-estar dos profissionais de saúde, incluindo os Enfermeiros. Além disso, foi observado um

fenómeno conhecido como “coronafobia”, caracterizado pelo medo intenso de contrair o vírus, tanto para o próprio, como para os seus entes queridos (Fronza & Labrague, 2022). Isso contribuiu para um ambiente de trabalho ainda mais Stressante e desafiador. O medo da contaminação, a carga de trabalho intensificada e a falta de recursos adequados, foram fatores que contribuíram para intenção de abandonar a profissão. (Poon et al., 2022).

A par disto, ao longo dos últimos anos, a área da Enfermagem tem sido exposta a uma variedade de desafios externos e internos em todo o mundo, incluindo a devastação generalizada nos sistemas de saúde (Ahmed et al., 2023). As cargas de trabalho (físicas e/ou mentais) dos Enfermeiros também aumentaram devido a questões legislativas e ético-legais e a novos requisitos educacionais que resultaram num aumento do Stresse e da fadiga no cumprimento do trabalho de Enfermagem (Ahmed et al., 2023).

Além de prestar assistência direta ao utente e lidar diariamente com o sofrimento humano, espera-se que os Enfermeiros atendam aos múltiplos pedidos, por vezes conflitantes, impostos pelos Enfermeiros gestores, supervisores, médicos e outros funcionários dos serviços de saúde. Estes profissionais, levam os Enfermeiros a experienciar Stresse, ao aumento de conflitos de papéis e da sobrecarga de trabalho, prejudicando seriamente a eficácia na prestação de cuidados de saúde de qualidade (Al-Yaqoubi & Arulappan, 2023).

Peter et al. (2024) revelam que, a incompatibilidade entre a vida profissional e a vida privada dos Enfermeiros, a elevada carga física e quantitativa de trabalho, bem como, a escassez de oportunidades de desenvolvimento profissional, são significativamente associados às suas reações de Stresse, à insatisfação no trabalho, à intenção de abandonar a profissão e aos problemas relacionados com a sua saúde física e/ou mental, em todas as áreas de trabalho da Enfermagem.

A equipa de Enfermagem que presta cuidados à pessoa em situação crítica, lida com situações de vida e morte todos os dias, lida com utentes, com complexos problemas de saúde e precisa de prestar assistência qualificada e de qualidade aos utentes (Trabuco, 2022). Desta forma, estes profissionais experimentam um nível mais elevado de perceção de Stresse e esgotamento, comparativamente aos Enfermeiros de outras áreas de cuidados. Aproximadamente 50% dos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica estão levemente stressados e, quase 20% moderadamente stressados, demonstrando efeitos deletérios na qualidade e na segurança da prestação de cuidados de Enfermagem ao utente (Villarante et al., 2023). Evidenciando-se como principais fatores causadores de Stresse: a

sobrecarga de trabalho, as questões emocionais relacionadas à morte e ao morrer, o desgaste do trabalho noturno e a redução da satisfação no trabalho. (Al-Yaqoubi & Arulappan, 2023).

Em suma, todas as evidências foram tornando visível o efeito da morbidade do desgaste pessoal devido ao Stresse, (Costeira et al., 2022). Revelam ainda, a necessidade de intervenções preventivas, bem como, a avaliação e análise dessas mesmas intervenções (Park et al., 2022; Perilli et al., 2022; Righi et al., 2022; Pollock et al., 2022).

Os autores, independentemente das diferenças de contextos e metodologias, confluem na necessidade de estudar o Stresse e os seus co-fatores e, de investir no estudo dos fatores que podem atuar como barreiras e facilitadores para a implementação de intervenções. Pollock et al. (2022) defendem o planeamento de pesquisas futuras e o desenvolvimento e aplicação das intervenções, mas executadas em ambientes locais. Além deste, Robins-Browne et al. (2022) defendem mesmo que, as intervenções devem ser personalizadas de forma a dar resposta às necessidades dos profissionais de saúde, usando para isso, um co-design de experiência para a saúde mental e bem-estar, assumindo que, para tal, é necessária a avaliação de processos e resultados. Como exemplo de intervenção digital nesta matéria, Dominguez-Rodriguez et al. (2022) apresentam mesmo uma intervenção psicológica multicompetente em formato online para Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica.

Tendo por base estes pressupostos, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Quais as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e habilitações literárias) que estabelecem qualquer tipo de relação de influência, na perceção de Stresse dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica?”

Esta questão fundamenta o seguinte Objetivo Geral: “Estudar a relação entre o nível/perfil de Stresse e as variáveis sociodemográficas, tal como é auto-percecionado, pelos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica”.

Este Objetivo geral desdobra-se nos seguintes Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a amostra do ponto de vista das suas variáveis sociodemográficas.
2. Conhecer o nível/perfil de Stresse, tal como é auto-percecionado, pela amostra de Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica.
3. Analisar a relação estatística entre o nível/perfil de Stresse auto-percecionado pelos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, e as variáveis sociodemográficas estudadas.
4. Identificar as variáveis sociodemográficas que estabelecem efeito de variação no perfil de Stresse percecionado.

A apresentação textual, que apresenta esta investigação, encontra-se dividida em duas partes. A Parte I, apresenta o Enquadramento Teórico, onde serão abordados conceitos e evidência científica, que permitem contextualizar o estudo empírico. A Parte II, apresentará a metodologia de investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, o desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a especificidade estatística utilizada. Seguir-se-á a apresentação dos resultados e a sua análise estatística, a discussão dos resultados e as conclusões mais relevantes.

Por último, são apresentadas as principais conclusões, limitações e sugestões para investigações futuras, uma proposta esquemática breve, de formação e implementação de estratégias de intervenção face ao Stresse, seguindo-se, as referências bibliográficas.

Salienta-se que a Unidade Curricular de Estágio, com relatório, é constituída por duas componentes: a componente clínica e a componente investigacional. Relativamente à componente clínica, foi desenvolvida no Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto-Douro, na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Tondela-Viseu e na Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Moimenta da Beira da Delegação Regional do Norte do INEM. No anexo VII deste Relatório Final, apresenta-se o Relatório do Desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado no final da referida componente clínica. Foi também ao longo das experiências vivenciadas durante esta prática clínica, que se foi tomando a progressiva consciência da problemática que originou o presente estudo.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO**

## **1- PERCEÇÃO DE STRESSE DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

O conceito de Stresse tem sido amplamente estudado e definido ao longo dos anos. As definições têm evoluído para captar melhor a complexidade deste fenómeno.

O Stresse é uma resposta complexa, que ocorre quando os indivíduos percebem uma discrepância entre as exigências do ambiente e os recursos disponíveis para lidar com as mesmas (Lazarus & Folkman, 1984 *cit. in* Dias & Pais Ribeiro, 2019). A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que o Stresse é uma reação natural do corpo a estímulos que são percebidos como ameaçadores. Esse estado de tensão, pode manifestar-se através de sintomas físicos, como cefaleias e problemas gastrointestinais, e sintomas mentais, como ansiedade e irritabilidade (WHO, 2023).

O Stresse é uma resposta fisiológica ou psicológica a ameaças percebidas ou reais que, podem ser agudas ou crónicas (Uchakin et al., 2024). O Stresse é caracterizado pela ativação de sistemas neuroendócrinos, como o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e o sistema nervoso simpático (SNS), que resultam na libertação de hormonas do Stresse, como o cortisol e a adrenalina (Uchakin et al., 2024). Esta resposta é essencial para a sobrevivência, pois prepara o corpo para lidar com desafios imediatos, mas, a exposição crónica ao Stresse, pode levar a uma variedade de distúrbios físicos e/ou mentais devido à carga alostática acumulada, que é o desgaste do corpo causado pela ativação prolongada das respostas ao Stresse (Xavier et al., 2022).

Segundo Peter et al. (2024), o Stresse tem sido alvo de estudo por inúmeros investigadores da área da saúde, devido ao impacto significativo que este tem na saúde física e/ou mental dos profissionais de saúde, gerando uma elevada preocupação com as consequências que podem advir na QDV do ser humano. Em Enfermagem, particularmente em cuidados críticos, o Stresse é uma resposta comum devido à alta exigência física e emocional do trabalho (Arimon-Pagés et al., 2023).

A Enfermagem, é o grupo de profissionais de saúde mais representativo, centrando o seu trabalho no cuidado ao ser humano, com uma ligação direta entre Enfermeiro/doente e “a vivência de vários fatores, que poderão configurar-se com potenciais impactos negativos psicossociais e psicossomáticos, resultando na redução da produtividade, no aumento de

acidentes de trabalho e, numa assistência de Enfermagem não tão eficaz” (Dal’Bosco et al., 2020, p. 2).

Recentemente, estudos continuam a explorar como o Stresse afeta os Enfermeiros em contextos de alta pressão. Por exemplo, Santos (2024) investiga o impacto do Stresse ocupacional em Enfermeiros de UCI e, propõe estratégias de intervenção para mitigar esses efeitos. A elevada carga de trabalho, a complexidade dos casos dos utentes, a necessidade de tomar decisões rápidas e, a falta de recursos adequados, tanto humanos quanto materiais (Nabi Fodani et al., 2024), são fatores críticos que contribuem para o Stresse entre Enfermeiros nas UCI. A falta de suporte emocional e administrativo também contribui para o Stresse dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, na medida em que, a falta de políticas de apoio ao bem-estar dos Enfermeiros e, a falta de reconhecimento pelo trabalho árduo, podem minar a motivação, a iniciativa e o empenho destes profissionais (Silva & Oliveira, 2023).

Na investigação de van Zuylen et al. (2023), foi permitido verificar que a natureza intensiva e complexa do cuidado de utentes críticos, potencia o esforço da carga de trabalho e a responsabilidade dos Enfermeiros. Além disso, a falta de controle ao nível do ambiente, como por exemplo, as tarefas imprevistas e emergências, que contribuem para a perceção de Stresse constante. Hovland et al. (2024), destacam que, a falta de comunicação eficaz, a existência de conflitos inter e intra-equipa e, uma cultura organizacional tóxica, pode prejudicar a coesão e o apoio mútuo entre os Enfermeiros, funcionando como fontes adicionais de Stresse.

Durante a pandemia de COVID-19, os Enfermeiros enfrentaram desafios adicionais. Uma revisão de Baraka et al. (2023), destacou que, o aumento de exigência e afluência nas UCI, a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) e, o medo de contaminação, contribuíram significativamente para os níveis de Stresse. Para além disto, o distanciamento social, e, a separação dos utentes das suas famílias, uma vez que as visitas presenciais não eram autorizadas, aumentaram a pressão emocional sobre os Enfermeiros.

No ambiente de urgência/emergência, é comum encontrar-se diferentes stressores complementares. A complexidade dos cuidados de Enfermagem prestados à pessoa em situação crítica e seus familiares, pode tornar estes profissionais de saúde mais vulneráveis ao Stresse. Os Enfermeiros lidam, quotidianamente, com a dor, com o sofrimento, estão sujeitos a ritmos intensos, longas horas de trabalho, relações humanas complexas, escassez de materiais e um número reduzido de profissionais (Teixeira et al., 2021). Um estudo levado a cabo por Villarante et al. (2023) a 260 Enfermeiros que exercem funções em UCI, nos Estados Unidos da América, indicou que, a população estudada, apresentava Stresse e *Burnout* moderados, evidenciando

como fator mais pertinente associado ao Stresse e *Burnout* a saúde geral do ambiente de trabalho.

A natureza do trabalho de Enfermagem é o cuidar, estabelecer uma relação terapêutica com os utentes, de forma melhorar a sua saúde, e, conseqüentemente, tudo o que daí advém. Em ambiente de cuidados intensivos, o Enfermeiro é exposto repetidamente a acontecimentos traumáticos de outras pessoas, acabando por absorver, de forma indireta, experiências e emoções do utente e respetiva família (Vogt et al., 2023). De uma forma mais direta, terá que lidar com mortes prematuras e doenças trágicas (Vogt et al., 2023). Assim, não é surpreendente que os Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, tenham um risco aumentado de desenvolver sintomas de Stresse e *Burnout* (Levi et al., 2021). Estes sintomas podem-se desenvolver devido à exposição a um único evento traumático, à exposição a longo prazo de múltiplos eventos, ao testemunhar um evento traumático que afeta outra pessoa ou, indiretamente, através da exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos de um evento traumático (Vogt et al., 2023), e, é caracterizado por lembretes negativos persistentes sobre o evento (por exemplo, flashbacks), evitação de estímulos relacionados ao trauma, pensamentos e sentimentos negativos e, maior excitação ou reatividade (por exemplo, hipervigilância ou problemas de sono) (Associação Psiquiátrica Americana, 2013).

Greenberg et al. (2021), estudaram a saúde mental de 709 profissionais de saúde que trabalham em nove hospitais no Reino Unido, dos quais, 49% eram Enfermeiros de UCI; destes, 19% relataram ideação suicida e tinham uma probabilidade significativamente maior de atingir os limiares de rastreio para depressão (moderada e grave), ansiedade (moderada e grave) e Stresse, em comparação com médicos e outros profissionais de saúde das UCI.

Para os Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, os fatores ocupacionais específicos que foram sugeridos como causadores de Stresse incluem o envolvimento desproporcional na morte e no morrer, cargas de trabalho elevadas, rotinas diárias desafiantes, o ritmo acelerado a que as intervenções devem ser realizadas, o risco aumentado de erros de medicação e o confronto com dilemas éticos (Tolksdorf et al., 2022). Um estudo conduzido por Johnson e Taylor (2023) revelou que, Enfermeiros que exercem funções em contexto da pessoa em situação crítica, frequentemente trabalham além das suas horas de trabalho contratadas, contribuindo para o aumento da exaustão física, mental e Stresse, destacando a alta demanda nos cuidados intensivos, levando os Enfermeiros a trabalharem horas extras regularmente e, por conseguinte, menos horas/períodos de descanso.

As UCI e os serviços de Urgência/Emergência são ambientes de alta pressão, onde, os Enfermeiros cuidam e monitorizam continuamente pacientes com condições críticas, têm de tomar decisões rápidas e precisas em situações de vida ou morte (White & Black, 2024). A exposição contínua neste ambiente, de volume constante e elevado trabalho, de tomada de decisões rápidas e complexas, faz com que os Enfermeiros testemunhem frequentemente situações traumáticas, como a morte e o sofrimento intenso dos pacientes, podendo levar ao surgimento e desenvolvimento de sintomas de Stresse e despersonalização (Pappas et al., 2024). Uma pesquisa de Al-Yaqoubi e Arulappan (2023) a 383 Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica de um hospital em Omã, conclui que, as condições causadoras de Stresse nestes eram a observação do sofrimento do utente no momento da realização de procedimentos dolorosos, sentir-se desamparado no caso de não haver melhoras clínicas, número reduzido de profissionais na unidade e, sentir-se imaturo profissionalmente para atender às demandas emocionais dos pacientes e seus familiares. A investigação de van Zuylen et al. (2023) destacou que, a natureza intensiva e complexa do cuidado de pacientes críticos, aumenta a carga de trabalho e a responsabilidade dos Enfermeiros. Além disso, a falta de controle sobre o ambiente, como imprevistos e emergências, contribui para a percepção de Stresse constante.

O Stresse crónico em Enfermeiros pode levar a várias consequências negativas, incluindo *Burnout*, ansiedade, depressão, e problemas de saúde física como doenças cardiovasculares e insônia. Além disso, o Stresse pode comprometer a qualidade do cuidado prestado aos pacientes e aumentar a rotatividade de pessoal. O estudo de Cecere et al. (2023) conclui que, a QDV física não é ideal em Enfermeiros de cuidados intensivos, enquanto o esgotamento e a pontuação da Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995), impactam diretamente a QDV emocional e profissional. Wu e Liu (2022), investigaram o impacto do Stresse ocupacional no desempenho dos Enfermeiros em unidades de cuidados intensivos e descobriram que, níveis elevados de Stresse estão associados a um desempenho inferior e maior probabilidade de erros. Zhang et al. (2023), conduziram um estudo transversal sobre o Stresse ocupacional e a saúde mental em Enfermeiros, confirmando que o Stresse elevado está correlacionado com sintomas aumentados de ansiedade e depressão. Nabi Fodani et al. (2024), revisaram a literatura sobre Stresse em Enfermeiros de UCI, destacando que, os principais fatores e stressores incluem a gravidade dos casos dos pacientes, a complexidade dos cuidados necessários e a falta de recursos adequados. Também Coelho et al. (2023) corroboram e destacam que, a escassez de equipamentos médicos, de recursos humanos técnicos, o aumento da sobrecarga de trabalho e, a percepção de falta de controle sobre o

ambiente, funcionam, por conseguinte, como fontes de Stresse. Silva et al. (2023), estudaram o impacto psicológico da COVID-19 em profissionais de saúde, incluindo Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, e encontraram níveis elevados de ansiedade, depressão, insónia e Stresse.

Tendo em conta o nível de Stresse percebido que os Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica demonstram, é pertinente apresentarem-se estratégias que possam minimizar ou mesmo prevenir essa perturbação. É muito pertinente para os Enfermeiros continuarem a fazer o seu trabalho mantendo a sua saúde mental. Dada a situação específica, é necessário pensar em como reforçar a sua saúde mental e criar um sistema ativo para os apoiar. Para reduzir as perturbações psicológicas e reforçar a sua saúde mental, devem ser tomadas as medidas necessárias (Naeim et al., 2020).

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

Assim, é pertinente que os Enfermeiros possuam estratégias de Coping que envolvam mecanismos cognitivos e comportamentais destinados a dar uma resposta ativa aos fatores de Stresse, alterando diretamente o problema (controlo primário) ou as emoções negativas a ele associadas (controlo secundário). Esta categoria inclui estratégias como o planeamento, a tomada de ações específicas, a procura de apoio (instrumental e emocional), a reavaliação positiva da situação ou a aceitação. As estratégias evasivas são aquelas que envolvem mecanismos cognitivos e comportamentais utilizados para evitar a situação Stressante, tais como a distração, a negação e o desejo (Freire et al., 2020). Com base nesta classificação, existe um amplo consenso de que as estratégias de *Coping* estão relacionadas a um bom ajustamento físico e psicológico (Gustems-Carnicer et al., 2019), ao passo que as estratégias evasivas geralmente significam consequências mal-adaptadas (Skinner et al., 2016; Tran & Lumley, 2019). As estratégias de *Coping* podem ser classificadas em dois tipos, consoante a sua função: o *Coping*

focado na emoção e o *Coping* focado no problema. As estratégias focadas na emoção, atuam através dos processos cognitivos e comportamentais, com o objetivo de diminuir as consequências geradas por uma situação de Stresse sem, todavia, atuarem diretamente sobre esta, sendo exemplos destas estratégias centradas na emoção: passear, relaxar ou ver um filme, ações que visam reduzir a percepção física desagradável do estado de Stresse. As estratégias focadas no problema, têm como objetivo analisar e definir a situação, de modo a encontrar formas ativas de enfrentar a fonte de Stresse no sentido da resolução dos problemas em causa e, assim, reduzir a percepção de ameaça (Pacheco, 2013).

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

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

Têm sido identificados fatores individuais, como as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil) e capacidades adaptativas. Fatores relacionados com o trabalho que incluem o Stresse e a atitude perante o trabalho, a exposição a experiências stressantes, o apoio social (Fernandez et al., 2020).

Algumas investigações recentes, como a de Galanis et al. (2021), encontraram um elevado nível de Stresse em Enfermeiros na linha de frente contra a COVID-19, associado a diferentes fatores ocupacionais e sociodemográficos. Em particular, os fatores ocupacionais associados positivamente ao Stresse que incluíram a elevada carga de trabalho, Stresse no trabalho, pressão e apoio restrito por parte da organização de saúde.

Trabalhar em situações críticas e num ambiente de trabalho caracterizado por um contato contínuo com a dor e a morte aumenta o risco de esgotamento para os Enfermeiros. Com base nestas premissas teóricas, Bellanti et al. (2021) realizaram um estudo transversal que teve como foco, o nível de *Burnout* em Enfermeiros que trabalhavam num Hospital Universitário italiano, com o objetivo de identificar os fatores associados. O questionário foi aplicado *online* a

uma amostra de 293 Enfermeiros, contendo questões de caracterização sociodemográfica e ocupacional, incluindo o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson (1981), e o *Oldenburg Burnout Inventory* (OBI) de Demerouti e Bakker (2008). De acordo com os resultados do MBI de Maslach e Jackson (1981), apuraram níveis de exaustão emocional moderada/alta em 76,5% dos Enfermeiros, despersonalização em 50,2% e realização pessoal em 54,6% dos participantes. O *Burnout* avaliado pelo OBI de Demerouti e Bakker (2008) resultou em médio/alto *Burnout* em 89,1% dos participantes. No que se refere às características sociodemográficas e fatores ocupacionais, uma análise de regressão multivariada identificou a falta de suporte emocional, considerar deixar o emprego e a carga de trabalho como preditores de *Burnout* em Enfermeiros.

Os Enfermeiros, independentemente da idade e do sexo, apresentaram níveis moderados/altos de *Burnout*. Hu et al. (2020), estudaram uma amostra de Enfermeiros que trabalhavam em dois hospitais de Wuhan e, mais da metade relataram *Burnout* moderado a alto. Weilenmann et al. (2020) avaliaram o nível de *Burnout* em profissionais de saúde (857 médicos e 553 Enfermeiros) na Suíça, mostrando altos níveis de ansiedade, Stresse, depressão e sintomas de *Burnout*. Neste âmbito, Santos et al. (2021) salientam que, os Enfermeiros revelam maior predisposição para o sofrimento mental, destacando-se a depressão, que se deve quer a natureza da atividade que exercem, diretamente relacionada com sofrimento físico e emocional das pessoas a quem prestam cuidados, quer às condições de trabalho e à falta de reconhecimento profissional.

Clinton et al. (2020) realizaram um estudo com análises multidimensionais e unidimensionais Rasch de dados do *Burnout* recolhidos de uma amostra de conveniência de 457 Enfermeiros a exercerem funções em urgência/emergência em hospitais no Líbano. A análise Multidimensional Rasch confirmou que, o *Copenhagen Burnout Inventory* tem as três escalas unidimensionais altamente correlacionadas que avaliam o *Burnout* pessoal, o *Burnout* relacionado com o trabalho e o *Burnout* relacionado com o utente. Para cada dimensão, a os resultados confirmaram cinco níveis estatisticamente diferentes de *Burnout* em Enfermeiros. A média das pontuações de *Burnout* pessoal e de *Burnout* relacionado com o trabalho (50,24, 51,11 respetivamente) não foram superiores às relatadas na literatura internacional. No entanto, a pontuação média de 50,3 de *Burnout* relacionado com o utente foi mais elevada do que a registada em outros países. Os autores concluíram que é necessária uma ação urgente para reduzir os níveis de *Burnout* relacionados com os utentes em Enfermagem.

Os níveis de Stresse nos Enfermeiros em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, estão a aumentar e, as suas defesas psicológicas estão sob ataque constante (Wu et al., 2023), tornando estes profissionais vulneráveis a baixas intenções de retenção e problemas de saúde física e/ou mental, como esgotamento, fadiga, transtorno de Stresse agudo, ansiedade e depressão (Molina-Mula et al., 2022). Os fatores causadores de Stresse nos Enfermeiros em contexto da pessoa crítica são particularmente pronunciados no trabalho diário destes, como altas demandas emocionais devido ao confronto com a doença e a morte, agressões no trabalho, altas demandas físicas ao levantar ou mobilizar pacientes, trabalhar sob pressão de tempo, fazer horas extras, longas horas de trabalho e falta de pessoal (Peter et al., 2024). Além disso, são ainda confrontados com a falta de oportunidades de desenvolvimento, fracas qualidades de liderança dos superiores, uma elevada exposição a doenças infecciosas ou substâncias perigosas no seu trabalho diário, são fortemente afetados por incompatibilidades entre trabalho e vida privada, trabalho por turnos e problemas de demarcação entre trabalho e lazer (Peter et al., 2021). Esta situação leva a um aumento no número de Enfermeiros que optam por abandonar a profissão, resultando num agravamento da escassez de Enfermeiros (Yang et al., 2020). O aumento do investimento na equipa de Enfermagem e na segurança do emprego tornaram-se questões pertinentes (Daly et al., 2020). Portanto, é crucial analisar os fatores que influenciam o Stresse percebido pelos Enfermeiros em contexto de doente crítico e fornecer informações valiosas para intervenções psicológicas direcionadas e gestão de recursos humanos.

## **CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO**

## 2 – METODOLOGIA

A segunda parte deste estudo, diz respeito à investigação empírica, a qual, se inicia com as considerações metodológicas. Este capítulo, procura definir as estratégias necessárias para estudarmos as Variáveis Sociodemográficas relativas ao perfil *de* Stresse auto-percecionado dos Enfermeiros em contexto da pessoa crítica – Estudo numa Unidade de Saúde do Norte de Portugal. Por conseguinte, definimos os procedimentos metodológicos que procurarão dar resposta às questões que foram formuladas. Descreve-se e explica-se o tipo de investigação, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, os procedimentos efetuados, bem como o respetivo tratamento estatístico que nos irá permitir tirar conclusões sobre a problemática em estudo.

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

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

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

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

Posto isto, o desenvolvimento da investigação será orientado no sentido de responder à seguinte questão: “Quais as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e habilitações literárias) com relação de influência, no nível/perfil de Stresse, auto-percecionado, dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica?”.

Formulada a questão de investigação, foi delineado o objetivo geral deste estudo: “Estudar a relação entre o perfil de Stresse auto-percecionado dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica e as variáveis de caracterização sociodemográficas”.

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

1. Caracterizar a amostra do ponto de vista das suas variáveis sociodemográficas;
2. Conhecer o nível/perfil de Stresse, tal como é auto-percecionado, pela amostra de Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica;
3. Analisar a relação estatística entre o nível/perfil de Stresse auto-percecionado pelos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, e as variáveis sociodemográficas estudadas;
4. Identificar as variáveis sociodemográficas que estabelecem efeito de variação no perfil de Stresse Percecionado.

Na presente investigação, a variável dependente é o Perfil de Stresse percecionado pelos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica. Sendo que as variáveis independentes, são variáveis sociodemográficas (idade, sexo, habilitações literárias e estado civil).

## 2.1 - TIPO DE ESTUDO

Para se poder dar resposta aos objetivos delineados, optou-se por um estudo quantitativo, descritivo-correlacional com enfoque transversal. Este tipo de estudo “visa analisar

a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal e qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, *explicar* ou ainda explorar” (Coutinho, 2021, p. 317).

## 2.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Assim, a amostra que integrou este estudo ficou constituída por 355 Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica a nível nacional, inscritos na Ordem dos Enfermeiros, de uma Unidade de Saúde do Norte. A população consiste “no conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e quem partilham uma característica comum” (Coutinho, 2021, p. 89). No âmbito desta investigação, o plano amostral foi do tipo não probabilístico, accidental ou por conveniência. A amostragem não probabilística é um procedimento de seleção, segundo o qual, cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (Kim, 2024). A amostra accidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e que estão presentes num determinado local, num momento preciso, sendo os sujeitos incluídos na amostra à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.

## 2.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados (cf. Anexo I) incluiu os seguintes instrumentos de medida:

- 1- Questionário orientado para caracterização das variáveis sociodemográficas (*ad hoc*);
- 2- Escala de Perceção de Stresse (EPS) de Cohen, Kamarck, e Mermelstein (1983), adaptada para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Marques (2009). A EPS é, segundo os autores, uma unidade de medida global de Stresse que se propõe avaliar o grau em que um indivíduo aprecia as suas situações de vida como stressantes (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983).

### 2.3.1 - Seleção do IRD

No momento de pós-pandemia imediato, considerou-se que o IRD a ser apresentado aos enfermeiros, deveria ter características pertinentes:

1. Deveria ser não exaustivo, com linguagem simples e clara;
2. A análise estatística deveria poder ser de fácil acesso, o que neste caso se verifica: a variável dependente em estudo, (Nível de Perceção de Stresse), é operacionalizada através de médias de valores dos itens, que configuram ao respondente, atitudes e comportamentos ocorridos, e que estes, por sua vez, são operacionalizados, através de uma escala Likert, apresentada como uma seleção de frequências, através das quais, o respondente é convidado a marcar, na escala, a resposta que mais traduz a sua opinião, relativamente ao nível de frequência: 0, que corresponde a “Nunca”; 1, que corresponde a “Quase Nunca”; 2, que corresponde a “Às Vezes”; 3, que corresponde a “Com Muita Frequência” e 4, que corresponde a “Muitas vezes”.

3. A escala de Lickert, apresenta a simetria essencial para estudos de variáveis de qualidade, porque apresenta o mesmo número de categorias positivas - em relação ao mesmo item - e de categorias negativas, além de apresentar, para o respondente, mas não para efeitos de níveis, um ponto neutro, como “por norma” ou como acontece nesta Escala de Stresse, “às vezes”.

4. A escala EPS, na forma como foi construída e, nas análises a que foi submetida para ser validada para a população portuguesa, apresenta-se como uma escala direcional composta por 13 itens que operacionaliza a variável Perceção de Stresse. A partir da forma como a amostra responde a cada categoria na escala de Likert, permite aceder a um valor numérico global, que resulta da soma dos valores atribuídos a cada um.

5. Para efeitos de compreensão e análise, existem itens que são considerados invertidos, pelo que, nesta inversão de análise para a média de frequência, são assumidos os itens:

- 4 (“No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?”);

- 5 (“No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças pertinentes que estavam a ocorrer na sua vida?”);

- 6 (“No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?”);

- 7 (“No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?”);
- 9 (“No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?”);
- 10 (“No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?”);
- 12 (“No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?”) como itens invertidos.

Assim, nestes itens, a cela (categoria) assinalada com 5, assume, para efeitos de análise estatística descritiva, o valor de 1 e vice-versa.

Qual o nível de perceção de Stresse que poderemos obter através deste IRD?

Segundo os autores, e em respeito pela psicométrica da escala, a pontuação varia entre um mínimo de 0 pontos e um máximo de 52 pontos. Deste modo, poderemos considerar os seguintes níveis:

- pontuações baixas indicam um baixo nível de Stresse percebido;
- pontuações intermédias, indicam um nível moderado de Stresse;
- pontuações altas indicam um alto nível de Stresse percebido.

Os autores assumem que não existem pontos de corte. (Pais Ribeiro & Marques, 2009, p.244).

Todavia, neste estudo, e para efeitos de poder trabalhar com esta análise de pontuação, entre o mínimo de 0 pontos e um máximo de 52 pontos, serão considerados os seguintes limites de pontos para cada um dos 3 níveis de perceção de Stresse:

1. - **nível baixo** de Stresse percebido - pontuações baixas entre 0 e 17;
2. - **nível moderado** de Stresse - pontuações intermédias, entre 18 e 35;
3. - **nível alto** de Stresse percebido - pontuações altas entre 36 e 52.

Mais se esclarece, que esta divisão, só diz respeito, e neste estudo, à necessidade de atender, à resposta específica do Objetivo específico que pretende analisar os níveis de Stresse percecionado, e esses níveis se apresentarem através de números, atribuídos pelos autores, a cada item, como elemento transformado de descritivo qualitativo, para quantitativo.

Esta sequência de níveis será assumida ao longo de toda a apresentação de resultados, dos diferentes momentos de análises entre estudos, na Discussão e será tida em conta na Conclusão do estudo.

## 2.4 - VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis seleccionadas, operacionalizadas e utilizadas nesta investigação emergiram da questão de investigação, dos objetivos do estudo e, naturalmente, não puderam resultar, e como assume Coutinho, (2021) de uma escolha livre e arbitrária do investigador. As variáveis seleccionadas foram assumidas como qualidades, propriedades ou características, relativas às pessoas em estudo e de situações contextuais estudadas na investigação (Coutinho, 2021).

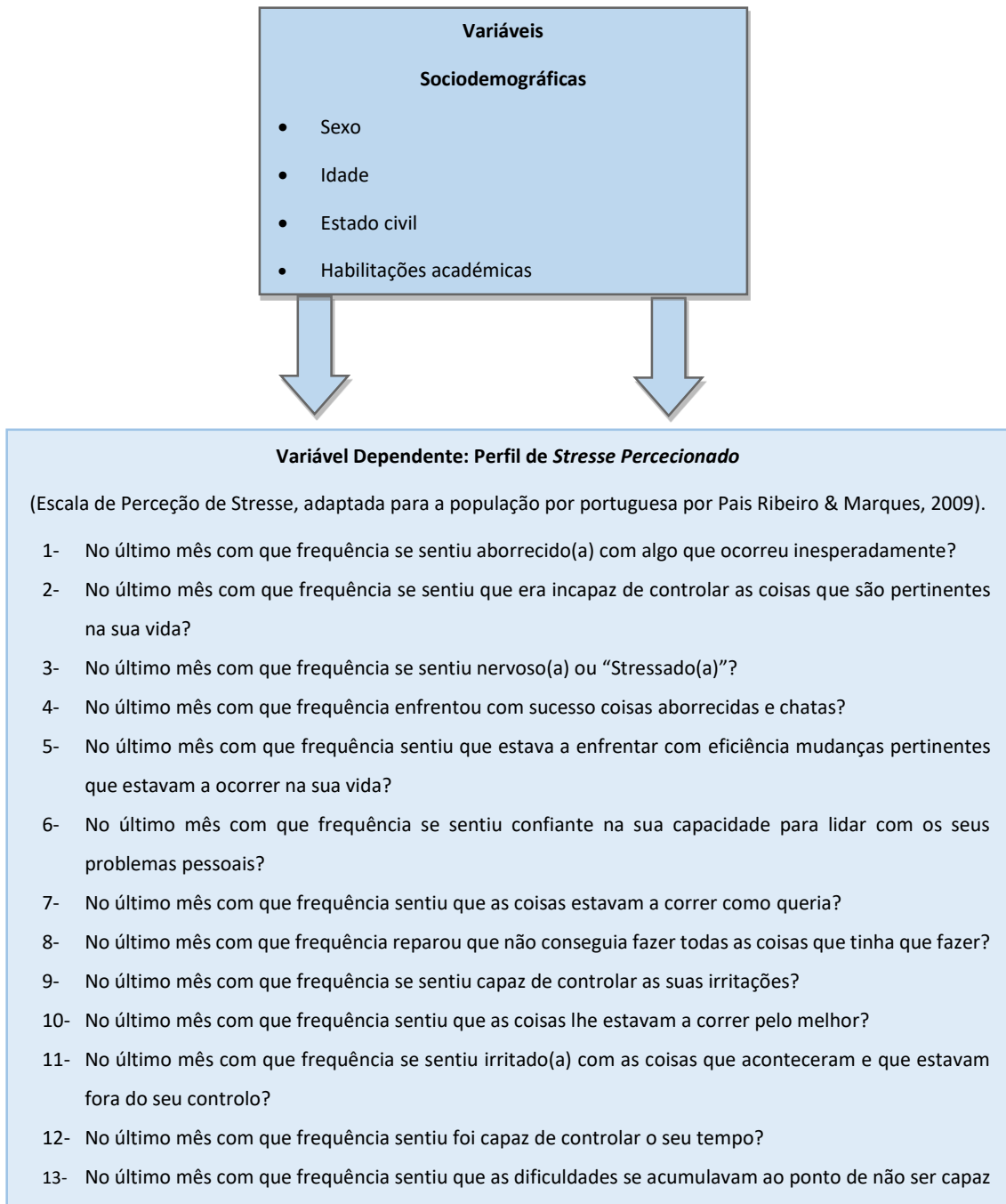
Na presente investigação serão consideradas:

1. A variável dependente – Perfil de Stresse auto-percecionado;
2. As variáveis independentes – aqui assumidas como características – as variáveis sociodemográficas de caracterização da amostra - que segundo outros estudos poderiam eventualmente, assumir efeito de modificabilidade do conjunto de valores que caracterizará a variável dependente em estudo.

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

**Figura 1**

*Apresentação Esquemática das Variáveis Sociodemográficas e Operacionalização da VD – Perfil de Stresse Percecionado, conforme é colocada em IRD*



Depois de serem apresentados os itens que do ponto de vista metodológico, são usados para operacionalizar a variável dependente, apresenta-se a tabela 1 que explicita a identificação e operacionalização das variáveis independentes em estudo.

**Tabela 1**

*Operacionalização das Variáveis Sociodemográficas*

Variável	Tipo variável	Categoria da variável
Sexo	Qualitativa nominal	Masculino
		Feminino
Idade	Quantitativa discreta	Anos completos
Estado Civil	Qualitativa nominal	Casado
		Solteiro
		Divorciado
		União de fato
		Viúvo
Habilitações Académicas	Qualitativa nominal	Bacharelato
		Licenciatura
		Pós-graduação
		Mestrado
		Doutoramento

## 2.5 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS

Após realizado o trabalho de pesquisa relativo à temática em análise e selecionado o IRD, procedeu-se a uma série ações para a aplicação e recolha de dados, tais como:

- Foi enviado a solicitação de autorização para aplicação do IRD, aos autores portugueses (Pais Ribeiro & Marques, 2009) responsáveis pela validação portuguesa da Escala de Perceção de Stresse (EPS), com deferimento (cf. Anexo III);

- Foi apresentada solicitação de autorização à digníssima bastonária da Ordem dos Enfermeiros, para aplicação dos questionários, no site institucional e na *maillist* da OE e divulgação do *link online* do *Google Forms*® (cf. Anexo VI), entre o período compreendido de 15 de abril de 2021 a 15 junho de 2021.

Este estudo decorreu em período com substantivas diferenças de relação e interação possíveis, entre os cidadãos em geral e entre técnicos de saúde e doentes em particular. Assim, e em respeito às possíveis ainda contaminações, a aplicação do IRD, obedeceu a um procedimento específico.

A recolha de dados ocorreu entre 15 de abril de 2021 a 15 junho de 2021, após o comunicado do Conselho de Ministros de 11 de março de 2021<sup>1</sup>, em cujo documento se determina, a aprovação do decreto que regulamenta o estado de emergência decretado pelo Presidente da República. Neste documento, foram introduzidas alterações que possibilitaram maior mobilidade e interação, mas não ainda completamente. Por exemplo, a partir de 15 de março, foram permitidas as atividades educativas e letivas em regime presencial nos estabelecimentos de ensino públicos, particulares e cooperativos e do setor social e solidário, bem como a retoma, a partir de 15 de março, das atividades, em regime presencial, de apoio à família e de enriquecimento curricular, bem como atividades prestadas em centros de atividades de tempos livres e centros de estudo e similares. Foi a partir de dia 15 de março, que se permitiu a possibilidade de reinício da atividade dos estabelecimentos de bens não essenciais que pretendam manter a respetiva atividade exclusivamente para efeitos de entrega ao domicílio, bem como as atividades de comércio a retalho não alimentar e de prestação de serviços, e nomeadamente, nos restaurantes e similares, a disponibilização de bebidas em *take-away*. Em geral, foi a partir de dia 15 de março, que foi levantada a proibição das deslocações para fora do território continental, efetuadas por qualquer via, designadamente rodoviária, ferroviária, aérea, fluvial ou marítima, por parte de cidadãos portugueses; todavia, manteve-se a determinação da proibição de circulação entre concelhos, a qual será aplicável no fim-de-semana de 20 e 21 de março, e diariamente a partir do dia 26 de março de 2021.

Foi considerado alargamento do "*lay-off* simplificado" a empresas cuja atividade, não estando suspensa ou encerrada, foi significativamente afetada pela interrupção das cadeias de

---

<sup>1</sup> Contexto Pandémico em Portugal - Comunicado do Conselho de Ministros de 11 de março de 2021. Foi aprovada a resolução que estabelece uma estratégia gradual de levantamento de medidas de confinamento no âmbito do combate à pandemia da doença Covid-19 com quatro fases, com um período de 15 dias entre cada uma para que sejam avaliados os impactos das medidas na evolução da pandemia, bem como os níveis de incidência e crescimento. (...) Prolongamento do apoio extraordinário à retoma progressiva até 30 de setembro de 2021, estabelecendo um regime especial de isenção e redução contributivas para empresas dos setores do turismo e da cultura; <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/governo/comunicado-de-conselho-de-ministros?i=407>

abastecimento globais, ou da suspensão ou cancelamento de encomendas, e ainda aos sócios-gerentes.

## 2.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste âmbito, e para os devidos efeitos, foi apresentada a solicitação de autorização ao Conselho de Ética da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança, tendo sido apresentado parecer deferido relativamente à temática do estudo de investigação (cf. Anexo II). Seguiram-se as normas de conduta próprias inerentes a um trabalho de investigação, o que implicou a providência de determinadas diligências preliminares, com a finalidade de proteger o direito e a liberdade dos participantes. Neste estudo respeitaram-se os princípios de definidos pela declaração de Helsínquia, assegurando-se o anonimato, a participação voluntária, a confidencialidade dos dados e o consentimento informado, bem como os princípios da convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano de Oviedo.

## 2.7 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

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

Diferentes tipologias de variáveis como estas, podem levar-nos a admitir que, pese embora os valores de correlação não se expressem de forma determinante, importa, para o mundo em geral, e para o contexto laboral e relacional da enfermagem em particular, dar atenção a pormenores específicos. E este é o caso dos valores que podem ser indicativos de correlação, mas, sem contudo, apresentarem expressão de significância estatística.

Ou seja, de forma pragmática poderíamos assumir duas Hipóteses de trabalho:

H0 – Não existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de Perceção de Stresse.

H1 - Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de Perceção de Stresse.

Partindo desta composição de Hipótese em antítese, e, mantendo o objetivo de reconhecer o, ou os níveis de influência das variáveis sociodemográficas relativamente ao nível

de percepção de Stresse, pode acontecer que se existirem valores indicativos de correlação, mas sem potencial para significância estatística, teremos que assumir:

- Não se pode assumir a H0;
- Mas não pode negar-se a H1.

Assim, e se tal contexto de resultados se verificar, assumir-se-á a H1, mas perscrutando passo a passo da análise estatística, no que pode e deve ser refletido, relativamente a cada relação.

Considerando estes pressupostos, foram assumidos os seguintes exercícios de análise estatística:

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

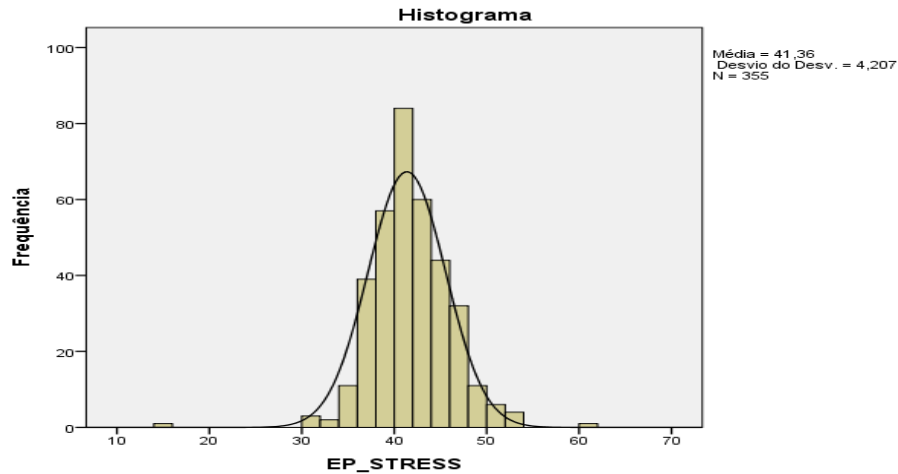
## Tabela 2

### Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors		
	Estatísticas	p
Escala de Percepção do Stresse	0,089	0,000***
	* $p < 0,05$	** $p < 0,01$
		*** $p < 0,001$

**Figura 2**

*Histograma da Escala de Percepção de Stresse, com Curva de Normalidade*



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

- teste de hipóteses não paramétrico de U Mann Whitney, para estudar as diferenças entre as amostras independentes apresentadas em estudo, relativas às variáveis independentes;

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

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

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

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

### 3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Serão apresentados todos os resultados, de forma sequencial, da análise descritiva da caracterização sociodemográfica dos Enfermeiros. Serão ainda apresentados os resultados sobre a perceção que os Enfermeiros têm sobre o Stresse em contexto da pessoa em situação crítica.

Foi realizada a análise estatística descritiva e inferencial dos dados recolhidos.

#### 3.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

O estudo descritivo, tabela 3, revela que os inquiridos apresentam uma idade mínima de 22 anos e uma máxima de 80 anos, ao que corresponde uma idade média de 39,25 anos com um desvio padrão de 8,89 anos. Já pelo coeficiente de variação, constatamos uma dispersão moderada (de 15% a 30%) dos dados em torno da média.

**Tabela 3**

*Apresentação dos Valores Descritivos, Relativos às Frequências da Variável Idade da Amostra*

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>D.P.</i>	<i>CV (%)</i>
<b>Idade</b>	22	80	39.25	8.89	22.65

O estudo das variáveis da caracterização sociodemográfica da amostra (tabela 4) através dos valores absolutos e relativos apresentados, permite verificar que, e no que respeita à variável idade, a maioria dos Enfermeiros (51,3%), se situa entre os 36-50 anos, seguidos de uma minoria de 36,3%, que têm menos de 35 anos. Apenas 1 elemento da amostra tem mais de 66 anos.

Maioritariamente trata-se de uma amostra feminina (51,0%), prevalecendo os participantes casados (48,7%). No que se refere às habilitações académicas, a maioria possui a licenciatura (38,9%), seguidos dos pós-graduados (31,8%).

**Tabela 4***Apresentação dos Valores Absolutos e Relativos das Variáveis em Estudo da Caracterização**Sociodemográfica da Amostra*

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

### 3.2 – CONSISTÊNCIA INTERNA (FIABILIDADE) DA EPS PARA O PRESENTE ESTUDO

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade da escala EPS, foi efetuado o estudo da análise estatística consistência interna (homogeneidade dos itens). Na tabela 5

apresentam-se os respetivos valores de Alpha de Cronbach obtidos para cada um dos itens, após a devida ordenação. Assim, constatou-se, pela análise das correlações do respetivo item com os restantes, que estas oscilam entre associações positivas muito fracas (0,024) e associações positivas baixas (0,329). Estes valores são aceitáveis, porque indicam que todos os itens contribuem mais ou menos de forma igual, homogénea e no mesmo sentido (correlações positivas) para o nível de Perceção de Stresse, como propõe Pestana e Gageiro (2020). Já pela análise dos valores de alpha de Cronbach, os valores obtidos são pouco satisfatórios (todos superiores a 0,274), o que nos indica que mesmo excluindo os itens um a um, os valores de fiabilidade interna (alpha) mantêm-se superiores a 0,274; o que significa que o nível de Perceção de Stresse não depende exclusivamente de um só item. Em termos gerais, o valor de alpha geral obtido (0,372) é considerado fraco.

**Tabela 5**

*Apresentação da Distribuição dos Valores de Caracterização das Respostas à Escala de Perceção de Stresse (EPS)*

Itens	ALPHA DE CRONBACH	
	<i>Correlação entre itens</i>	<i>Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)</i>
Item 1	0,300	0,288
Item 2	0,290	0,282
Item 3	0,329	0,274
Item 4	0,238	0,319
Item 5	0,216	0,321
Item 6	0,024	0,401
Item 7	0,124	0,427
Item 8	0,275	0,301
Item 9	0,081	0,414
Item 10	0,207	0,446
Item 11	0,304	0,290
Item 12	0,114	0,427
Item 13	0,192	0,329
Valor de Alpha global		0,372

### 3.3- ESCALA DE PERCEÇÃO DE STRESSE (EPS)

Pela análise da tabela 6, e, no que se refere às respostas dadas à Escala de Perceção do Stresse (EPS), salienta-se que em todos os 13 itens dominam as respostas “Às Vezes” com um valor 3. “Nunca”, foram as respostas menos referidas nos 12 primeiros itens. Já para o 13º item, a resposta que obteve menor frequência de respostas foi o “Muitas Vezes”.

Relativamente à escolha da opção de resposta da Escala EPS a cada um dos itens, verifica-se que “Às Vezes”, com pontuação de 2 valores, é a escolha de eleição da maioria dos Enfermeiros ( $x=156,39$ ), seguida da opção “Com Muita Frequência”, pontuada com 3 valores ( $x=80,46$ ). Já “Nunca” - (zero pontos), foi a opção de resposta menos escolhida por parte da amostra ( $x=12,31$ ).

Tabela 6

Valores Obtidos na Escala de Percepção de Stresse (EPS)

Itens	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às Vezes (2)	Com Muita Frequência (3)	Muitas Vezes (4)	N
<i>1 - No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?</i>	7	48	160	78	62	355
<i>2 - No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são pertinentes na sua vida?</i>	30	77	125	73	50	355
<i>3 - No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou "Stressado"?</i>	5	48	123	98	81	355
<i>4 - No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?</i>	7	25	185	99	39	355
<i>5 - No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças pertinentes que estavam a ocorrer na sua vida?</i>	21	68	167	69	30	355
<i>6 - No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?</i>	5	45	155	101	49	355
<i>7 - No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?</i>	13	97	166	65	14	355
<i>8 - No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?</i>	4	55	146	103	47	355
<i>9 - No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?</i>	4	52	179	90	30	355
<i>10 - No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?</i>	10	96	181	54	14	355
<i>11 - No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?</i>	9	59	148	101	38	355
<i>12 - No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?</i>	6	91	160	72	26	355
<i>13 - No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?</i>	39	119	138	43	16	355
Média	12,31	67,69	156,39	80,46	38,15	355

Em termos teóricos, e, sendo a escala EPS constituída por 13 itens, cada item com 5 possibilidades de resposta (que variam de 0 ponto até 4 pontos), o valor final total poderá variar entre um mínimo possível de 0 pontos e um máximo possível de 52 pontos, mas que na prática, não se verificou como a seguir se apresenta.

Pela análise da tabela 7, os resultados revelam que os inquiridos apresentam um valor de PS mínimo de 24,15 pontos e um máximo de 32,57 pontos, ao que corresponde o valor da média ( $x=28,36$ ) de PS, que, o valor de 4,21 de desvio padrão, nos indica que é uma variável de distribuição normal, e, portanto, que as respostas da amostra configuram uma linearidade confortável, e, indicam uma mesma orientação de resposta. Por este motivo, o coeficiente de variação, apresenta uma dispersão baixa ( $< a 15\%$ ) dos dados em torno da média. (cf. tabela 7). Em suma, e em resposta ao segundo objetivo específico, a média de 28,36 indica que a amostra apresenta um nível moderado de Stresse percecionado, uma vez que se encontra entre 24,15 e 32,57 pontos, e, que o mesmo nível de perceção de Stresse, se identifica para o mínimo e máximo identificados, pois o valor de 4,21 de D.P., situa o nível de perceção entre 18 e 35.

**Tabela 7**

*Apresentação da Distribuição dos Valores Descritivos Relativos à Variável Dependente Perceção de Stresse (PS)*

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>D.P.</i>	<i>CV (%)</i>
Valor PS	2	48	28,36	4,21	14,84

Com a finalidade de se saber quais as variáveis sociodemográficas que influenciam o nível de perceção do Stresse dos Enfermeiros em contexto de doente crítico, formulou-se a questão que se segue, para conhecer as relações entre as variáveis em causa: **“Quais as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e habilitações académicas) que influenciam o Perfil de Stresse dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica?”**

Não obstante, neste estudo serão apresentadas diferentes tipologias de variáveis: o grupo das categóricas como por exemplo as nominais, como o estado civil ou as expressões da habilitação académica, as ordinais como se vê através das escalas de Lickert para

operacionalização dos itens da Escala de Percepção de Stresse; e ainda, o grupo de variáveis numéricas em forma de discretas e contínuas como a idade.

Diferentes tipologias de variáveis como estas, podem levar-nos a admitir que, pese embora os valores de correlação não se expressem de forma determinante, importa, para o mundo em geral, e para o contexto laboral e relacional da enfermagem em particular, dar atenção a pormenores específico. E este é o caso dos valores indicativos de correlação, mas sem expressão de significância estatística.

Ou seja, de forma pragmática poderíamos assumir:

H0 – Não existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de Percepção de Stresse.

H1 - Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de Percepção de Stresse.

Partindo desta composição de Hipótese em antítese, e, mantendo o objetivo de reconhecer o, ou os níveis de influência das variáveis sociodemográficas relativamente ao nível de percepção de Stresse, foram assumidos os seguintes exercícios de análise estatística:

- para a relação entre a variável idade e PS, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis, cujos resultados indicam um maior nível de Stresse percebido por parte dos Enfermeiros mais jovens ( $\leq 35$  anos), seguidos dos de que se situam na faixa etária dos 51-65 anos e com idade entre 36-50 anos. Os Enfermeiros mais velhos ( $>65$  anos) são os que manifestam menor percepção de Stresse. Verificou-se a ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. tabela 8).

- Quanto ao sexo *versus* a percepção de Stresse por parte dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, efetuou-se o Teste de U Mann Whitney, através do qual se verificou, que existe um maior nível de percepção de Stresse em Enfermeiros do sexo masculino. Porém, também aqui, com ausência de significado estatístico ( $p > 0,05$ ) (cf. tabela 8).

- A relação entre a influência do estado civil, o mesmo teste de Kruskal-Wallis, permite constatar que é maior o nível de percepção de Stresse por parte dos Enfermeiros divorciados, secundados pelos que vivem em união de facto e pelos solteiros. Os Enfermeiros viúvos são os que manifestam menor percepção de Stresse. Todavia, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. tabela 8).

- A relação entre habilitações académicas e a PS, estudada através do teste de Kruskal-Wallis, permite verificar que o maior nível de percepção de Stresse, é por parte dos Enfermeiros com mestrado, seguidos dos pós-graduados e dos que têm o bacharelato. Os Enfermeiros com

o doutoramento são os que manifestam menor percepção de Stresse. Porém, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ) (cf. tabela 8).

**Tabela 8**

*Apresentação da Distribuição dos Valores da Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e o Nível de Percepção de Stresse dos Enfermeiros em Contexto da Pessoa em Situação Crítica encontrados através dos Testes de Kruskal-Wallis e Wilcox Mann Whitney*

Variáveis	Percepção do nível de Stresse	
	Ordenação média	Teste
<b>Idade</b>		
≤35 anos	185,31	
36-50 anos	174,26	Kruskal-Wallis
51-65 anos	176,01	
66-80 anos	1,0	
<b>(p)</b>	0,271	
<b>Sexo</b>		
Feminino	170,73	U Mann Whitney
Masculino	185,56	
<b>(p)</b>	0,172	
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	177,14	Kruskal-Wallis
Casado	176,08	
União de fato	184,37	
Divorciado	190,76	
Viúvo	128.13	
<b>(p)</b>	0,819	
<b>Habilitações Literárias</b>		
Bacharelato	173,93	Kruskal-Wallis
Licenciatura	171,72	
Pós-Graduação	176,0	
Mestrado	195,53	
Doutoramento	112,64	
<b>(p)</b>	0,193	

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

\*\*\* $p<0,001$

#### 4 – DISCUSSÃO

Este capítulo será apresentado, seguindo a sequência dos objetivos específicos, para melhor indicar aos leitores, a orientação e a pertinência dos resultados em análise e em contraste.

Assim, e, para dar resposta ao primeiro objetivo formulado “Caracterizar a amostra do ponto de vista das suas variáveis sociodemográficas”, o presente trabalho teve como amostra 355 Enfermeiros, que exercem funções em contexto da pessoa em situação crítica a nível nacional, com uma idade média de  $39,25 \pm 8,89$  anos, predominando os que se situam na faixa etária dos 36-50 anos (51,3%). Trata-se maioritariamente de uma amostra feminina (51,0%), casada (48,7%) e licenciada (38,9%). Paralelamente, a investigação científica levada a cabo por Ahmed et al. (2023), obteve resultados muito similares, uma vez que, 66% dos participantes eram do sexo feminino, com idade média de  $32,8 \pm 4,6$  anos, 65% eram casados e tinham como grau académico Licenciatura. O estudo de Petrosino et al. (2024) corrobora em parte com os resultados obtidos nesta investigação, uma vez que os 160 Enfermeiros de um hospital de Itália tinham idade média de  $38,06 \pm 10,73$  anos, variando entre 24 a 63 anos; a maioria era do sexo feminino (54,4%) e com elevado grau de formação pós-graduada (62.1%). Divergindo, apenas, na variável estado civil, onde predomina o solteiro (53,8%). Os mesmos resultados foram encontrados por Schneider-Matyka et al. (2023), contando com uma amostra sobretudo feminina (75.3%), com idade média de 42.2 anos ( $\pm 10.8$  anos), que está num relacionamento (78.4%), divergindo nas habilitações académicas, onde predomina o bacharelato (35.7%). No entanto, mais de 33,2% dos entrevistados haviam concluído o curso de especialização e, 33,8% além de concluírem o curso de especialização, haviam participado em outras modalidades de pós-graduação. No seu estudo, Çinar et al. (2021) também contou com uma amostra maioritariamente feminina (74,4%) de Enfermeiros a exercerem em urgência/emergência e UCI, mas numa faixa etária inferior à da amostra do presente estudo, pois 42,9% tinham entre 25 e 34 anos de idade, prevalecendo os solteiros (56,5%), contrariamente à amostra estudada.

Relativamente ao nível/perfil de Stresse, tal como é auto-percecionado pelos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, obteve-se um valor médio de PS de  $28,36 \pm 4,21$  pontos, correspondendo a um valor de PS mínimo de 24,15 pontos e um máximo de 32,57 pontos. Assim, considerando o valor médio obtido, esta amostra apresenta um nível/perfil moderado de Stresse percecionado, uma vez que, este valor, situa-se no intervalo de

pontuações intermédias, entre 18 e 35 pontos, cuja interpretação, de acordo com os autores da escala, indica nível moderado de Stresse. Já pelo coeficiente de variação, constatou-se uma dispersão baixa (< a 15%). Os mesmos resultados foram encontrados no estudo realizado por Salameh et al. (2024), no qual, a maioria dos Enfermeiros questionados foi categorizada com um nível moderado de Stresse percebido (39,0%). Similarmente, a investigação levada a cabo por Zhou et al. (2023), vai ao encontro dos resultados obtidos, pois, em 2780 Enfermeiros questionados, verificaram que 56,9% relataram níveis moderados de Stresse percebido em contexto da pessoa em situação crítica. A igual conclusão chegou Silva (2022) na sua investigação sobre Stresse dos Enfermeiros em contexto laboral em Serviços de Urgência e de UCI dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, no qual o resultado sobre o perfil de Stresse percecionado foi similar ao obtido, obtendo-se uma pontuação média na escala de “The Nursing Stresse Scale” de 51,5 pontos, demonstrando um nível médio de Stresse percecionado. No entanto, a pesquisa levada a cabo por Al-Ghabeesh et al. (2022) não testemunha os resultados obtidos, pois a pontuação média da Escala de Stresse Ocupacional para Enfermeiros [NOSS] de Gray-Toft e Anderson (1981), foi de 60,83 (DP = 9,47), variando de 37,00 a 84,00, indicando níveis globais elevados de Stresse percecionado.

Atualmente, o nível de Stresse percecionado por parte dos Enfermeiros tem sido consistentemente considerado moderado a superior à média, comparativamente a outras classes profissionais (Ghaderi et al., 2024). E, de facto, tem merecido atenção em muitos estudos após a pandemia de COVID-19. As diferenças podem ser explicadas por variações no trabalho por turnos, no aumento da carga de trabalho, expectativas sociais, stressores no local de trabalho, quantidade/qualidade de descanso e tempo livre, tempo gasto com a família, amigos e envolvimento em atividades físicas e em grupo (Qiu et al., 2021).

Schneider-Matyka et al. (2023) referem que níveis elevados de Stresse nos Enfermeiros, têm um efeito negativo no racionamento dos cuidados de Enfermagem e na satisfação profissional, o que, conseqüentemente, afeta a qualidade dos cuidados. Por sua vez, Zaghini et al. (2023) referem na sua investigação a 1126 Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica de dez hospitais de Itália, que, os Enfermeiros que trabalham em UCI percecionam maiores níveis de Stresse comparativamente aos seus colegas que exercem funções em outros serviços, e, por conseguinte, relataram menor QDV no trabalho. Houve uma relação negativa entre o nível de Stresse percecionado e a QDV no trabalho dos Enfermeiros, indicando que o Stresse percecionado no seu ambiente de trabalho, afeta negativamente a QDV no trabalho dos Enfermeiros, reduzindo a sua satisfação no mesmo.

Um estudo transversal realizado por Babapour et al. (2022) sobre Stresse percebido pelos Enfermeiros e o seu impacto na QDV e nos comportamentos de cuidado, encontrou uma correlação negativa significativa entre o Stresse percebido e a QDV. Uma carga de trabalho elevada afeta a capacidade de realizar tarefas de forma eficiente nos Enfermeiros. Foi demonstrado que a falta de um bom equilíbrio entre trabalho e vida pessoal gera altos níveis de Stresse percebido e reduz a QDV geral. Vários estudos sobre a percepção dos níveis de Stresse por parte dos profissionais de saúde, demonstraram que priorizar o trabalho em detrimento da vida pessoal, aumenta a probabilidade de esgotamento, reduz a satisfação no trabalho e diminui o bem-estar geral (Dousin et al., 2021).

Partindo do objetivo que analisa a relação entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de Stresse da amostra, será apresentada nesta discussão de resultados o pressuposto básico que subjaz ao fenómeno de interação inter variáveis, e a sua mais valia para efeitos de compreensão e de predição de um dado comportamento.

No global, os testes estatísticos para determinar se existe ou não, qualquer tipo de correlação e/ou associação em diferentes combinações de variáveis, servem para expressar o quão forte é a relação entre duas variáveis, o que posteriormente nos auxilia tanto ao nível dos insights quanto ao nível das predições, nomeadamente num contexto ou populações específicas.

Ao longo deste estudo foram sendo apresentadas diferentes tipologias de variáveis: o grupo das categóricas como por exemplo as nominais, como o estado civil ou as expressões da habilitação académica, as ordinais como se vê através das escalas de Lickert para operacionalização dos itens da Escala de Percepção de Stresse; e ainda, o grupo de variáveis numéricas em forma de discretas e contínuas como a idade. Diferentes tipologias de variáveis como estas, podem levar-nos a admitir que, pese embora os valores de correlação não se expressem de forma determinante, importa, para o mundo em geral, e para o contexto laboral e relacional da Enfermagem em particular, dar atenção a pormenores específicos. E este é o caso dos valores indicativos de correlação, mas sem expressão de significância estatística.

Ou seja, foi já assumido que se reconhece o conjunto de relações entre variáveis, dentro dos limites assegurados pela análise estatística.

Como se apresentará nesta Discussão, toda a argumentação, partirá dos seguintes pressupostos:

Rejeita-se a H0, assume-se como facto a H1, e cada relação terá o seu momento e campo de reflexão, por forma a melhor compreender todo o contexto elementar do tecido humano

que labora em Enfermagem, na prestação e interação com a pessoa em situação crítica, em campo cronológico de elevado nível de Stresse, de angústia e de insegurança.

Para dar consecução ao respetivo objetivo, foi analisada a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e habilitações académicas) e o nível de perceção de Stresse dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, tendo sido constatado que nenhuma das variáveis em estudo obteve resultados de relação estatisticamente significativa. Todavia, os valores de ordenação média indicam um maior nível de Stresse percecionado por parte dos Enfermeiros mais novos ( $\leq 35$  anos), do sexo masculino, dos divorciados e dos Enfermeiros com mestrado.

No que diz respeito à variável Idade, comprovou-se não haver diferenças estatisticamente significativas na perceção do nível/perfil de Stresse dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica ( $p=0,271$ ), evidenciando apenas que, os Enfermeiros mais novos ( $\leq 35$  anos), percecionam níveis mais elevados de Stresse. A investigação realizada por Pappas et al. (2024) sobre o impacto do Stresse nos Enfermeiros de UCI, corrobora os resultados obtidos, pois verificaram que os Enfermeiros mais jovens (com menos de 30 anos) relataram níveis significativamente mais altos de Stresse auto-percecionado e de exaustão emocional comparativamente aos seus colegas mais velhos. Estes Enfermeiros mais jovens enfrentam maior intensidade de frustração, raiva e irritação, o que se correlaciona com uma maior taxa de *Burnout*. A pesquisa sugere que a falta de experiência e a menor capacidade de gestão emocional, podem contribuir para um perfil de Stresse mais elevado. Na mesma linha de resultados, Narbona-Gálvez et al. (2024) destacaram na sua pesquisa que enfermeiros mais novos enfrentam níveis mais elevados de estresse devido à carga de trabalho, à falta de apoio e à adaptação a um ambiente novo. Além disso, a falta de experiência foi identificada como um fator importante que contribui para o aumento do estresse entre enfermeiros mais jovens. Também Judge (2024) relatou que os Enfermeiros mais jovens são mais propensos a sentir que suas organizações não se preocupam com o seu bem-estar, levando a níveis mais altos de perceção de Stresse e ao esgotamento emocional. A falta de suporte adequado contribui para que esses Enfermeiros experimentem emoções negativas de forma mais frequente e intensa.

Relativamente à variável sexo, não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre esta e o nível/perfil de Stresse percecionado pelos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica ( $p=0,172$ ). Não obstante, os resultados na análise inferencial, demonstraram que os Enfermeiros percecionaram maiores níveis de Stresse comparativamente às Enfermeiras. Os resultados obtidos na pesquisa de Johnson e Taylor, (2023) vão ao encontro desta investigação,

pois mostraram que os Enfermeiros em comparação com as Enfermeiras apresentam um perfil de Stresse mais elevado, devido à combinação do aumento da carga de trabalho e da expectativa da sociedade de ter um desempenho eficiente numa profissão predominantemente feminina. Também o estudo realizado por Fernandes (2023) corrobora os resultados obtidos, tendo-se observado que os Enfermeiros demonstram maior nível de Stresse percecionado comparativamente às Enfermeiras. O estudo realizado por White e Black, (2024) constatou que os Enfermeiros que exercem funções nas UCI, percecionam níveis mais elevados de Stresse, comparativamente às Enfermeiras, devido ao ambiente de alta pressão. A necessidade constante de tomar decisões rápidas e que salvam vidas, e, o fato de se sentirem menos apoiados nas suas funções, contribui significativamente para os seus níveis de Stresse percebido. Contrariamente Cui et al. (2021) num estudo realizado a 453 Enfermeiros que responderam a um questionário de informações gerais online, a *Self-Rating Anxiety Scale e Perceived Stress Scale-14*, concluíram que o sexo feminino influenciava de forma negativa o perfil de Stresse percecionado dos Enfermeiros. Também o estudo de Babapour et al. (2022) não corroborou com os resultados da presente investigação pois revelou que a perceção dos níveis de Stresse no trabalho, era maior nas mulheres comparativamente aos homens, o que poderia ser atribuído aos diferentes papéis na vida diária das mulheres. Similarmente, o estudo levado a cabo por Al-Ghabeesh et al. (2022) sobre stressores ocupacionais e a saúde geral dos Enfermeiros de UCI durante a Pandemia Covid-19, concluiu que as Enfermeiras tiveram pontuações mais altas no *GHQ-28* comparativamente aos homens, evidenciando, por isso, níveis de Stresse percebido mais elevados. Referem estes autores que, durante a pandemia, as Enfermeiras enfrentaram dificuldades relacionadas com os seus papéis desempenhados na sociedade, além das dificuldades encontradas no seu trabalho. Um exemplo flagrante, prendeu-se com o encerramento de escolas e creches, levando ao aumento da carga de trabalho por parte destas. Devido à grande pressão nos hospitais, era difícil para as Enfermeiras terem disponibilidade para educar e cuidar dos seus filhos. As Enfermeiras grávidas enfrentaram um desafio diferente, especialmente o Stresse de não saberem exatamente como o coronavírus poderia afetar os seus bebés.

No que concerne à variável estado civil, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao nível/perfil de Stresse por parte dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica ( $p=0,271$ ), tendo-se inferido que, os Enfermeiros divorciados apresentavam um perfil Stresse percecionado mais elevado comparativamente aos demais. Os mesmos resultados foram encontrados no estudo realizado por Liao et al. (2023), no

qual verificaram que os Enfermeiros divorciados percecionavam níveis mais elevados de Stresse, devido à falta de suporte emocional e ao impacto negativo da separação das suas rotinas diárias e no bem-estar psicológico. Também a investigação de Kızılkaya (2024) vai ao encontro dos resultados obtidos, destacando que, os conflitos interpessoais e a má gestão de conflitos contribuem significativamente para maiores níveis *de Stresse* auto-percecionado, bem como, para o esgotamento no trabalho. Este efeito é exacerbado em Enfermeiros que lidam com fatores de Stresse na vida pessoal, como o divórcio. Paralelamente um estudo realizado por Mazanec et al. (2023) refere que, a pandemia de COVID-19, foi um fator de Stresse significativo para todos os Enfermeiros; mas, os Enfermeiros divorciados, relataram sentir-se particularmente mais sobrecarregados, percecionando níveis mais elevados de Stresse. Infere-se que a ausência de um parceiro/cônjuge que apoie durante tempos difíceis, possa explicar o aumento do nível de Stresse percebido, e, conseqüente diminuição do bem-estar geral.

Relativamente à variável habilitações literárias, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no nível/perfil de Stresse dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica ( $p= 0,193$ ), sendo que, aqueles que mais o percecionaram, detinham o grau académico Mestrado. O estudo de Opoku Agyemang et al. (2022) revelou que, Enfermeiros com habilitações literárias mais elevadas, incluindo mestrado, relataram níveis mais elevados de Stresse percecionado, ansiedade e depressão. Os autores sugerem que, esta situação pode estar relacionada às maiores responsabilidades e expectativas associadas a esses graus académicos. Da mesma forma, Wu et al. (2021), constataram que os Enfermeiros com maiores habilitações literárias, apresentavam um perfil de percepção de Stresse mais elevado, potencialmente, devido à maior carga de trabalho e responsabilidades clínicas que acompanham a formação avançada. O estudo do *National Council of State Boards of Nursing*, (2022) que analisou o impacto da pandemia de COVID-19 na força de trabalho da Enfermagem nos Estados Unidos da América, corrobora com os resultados obtidos, pois refere que os Enfermeiros com níveis educacionais mais altos, como mestrado, relatam maiores níveis *de Stresse* percecionado devido às responsabilidades aumentadas e expectativas no local de trabalho.

Posto isto, e tendo em conta os dados evidenciados e corroborados pelos estudos apresentados, o fato de não se ter utilizado o mesmo IRD em todos eles, dificultou a realização de uma comparação entre estes últimos e a presente investigação, o mais imparcial e profícua possível assumindo-se, assim, como a principal limitação deste estudo de investigação.

## 5- CONCLUSÃO

O embasamento teórico deste estudo possibilitou a formulação de uma questão ampla e generalista para investigação. Posteriormente, no capítulo de metodologia, essa questão foi desdobrada em objetivos específicos que guiaram o desenvolvimento metodológico, facilitaram o acesso aos resultados e permitiram a apresentação clara e concisa desses resultados. Os objetivos de investigação formulados encontraram fundamentação na evidencia científica apresentada, de percepção e no desenvolvimento do conhecimento do perfil/nível de Stresse dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica. Os principais achados desta investigação permitiram chegar a uma panóplia de conclusões:

- A amostra, de acordo com os critérios estabelecidos, ficou constituída por 355 Enfermeiros, que exercem funções em contexto da pessoa em situação crítica numa Unidade de Saúde do Norte de Portugal;

- A amostra na sua maioria era composta por enfermeiros do sexo feminino, jovens, casados e com licenciatura;

- A amostra apresenta um nível moderado de Stresse, no que diz respeito ao nível/perfil de Stresse, tal como é auto-percecionado pelos Enfermeiros;

- Ainda que não se tenham verificado diferenças estatísticas significativas entre as variáveis, verificou-se que os Enfermeiros mais novos, do sexo masculino, divorciados e com grau académico de mestrado expressam maior nível de percepção de Stresse.

Apesar de, nos resultados obtidos, não se verificarem diferenças estatísticas significativas, estes resultados têm significado clínico ou educacional. Diferentes tipos de variáveis podem levar-nos a admitir que, embora os valores de correlação não sejam determinantes, é pertinente prestar atenção a detalhes específicos, especialmente no contexto laboral e relacional em Enfermagem. Isso é relevante, mesmo quando os valores indicativos de correlação não apresentam significância estatística.

Cada relação identificada deverá ser cuidadosamente analisada para melhor compreender o contexto dos Enfermeiros que exercem funções em contexto da pessoa em situação crítica. Este entendimento é essencial, considerando os altos níveis de Stresse, angústia e insegurança que estes profissionais enfrentam. A atenção aos detalhes dessas relações

permitirá desenvolver estratégias mais eficazes para apoiar os Enfermeiros e melhorar sua capacidade de lidar com o Stresse no ambiente de trabalho.

No sentido de melhoria continua é crucial reconhecer as limitações encontradas durante a realização deste estudo. Uma delas foi a dependência de questionários de auto-relato para avaliar o perfil de Stresse, na medida em que as respostas obtidas, podem ser influenciadas por fatores subjetivos, como a desejabilidade social ou a interpretação individual das perguntas, podendo comprometer a precisão dos dados coletados. Também a diversidade dos contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, como UCI, Serviço de Urgência e Bloco Operatório, podem levar os Enfermeiros a experimentar diferentes níveis e perfis de Stresse auto-percebidos.

Mas, apesar das limitações encontradas, as contribuições desta investigação são valiosas. Este estudo proporcionou uma contribuição relevante para a consciencialização sobre a temática relativa ao perfil de Stresse dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica entre os Enfermeiros, bem como para as Instituições de Saúde onde estes profissionais exercem as suas funções.

Desempenhou um papel pertinente na identificação de áreas que necessitam de maior investigação e intervenção. Reforça-se a necessidade de realizar estudos futuros com amostras maiores e probabilísticas, que permitam uma maior representatividade e a generalização dos resultados. Além disso, encoraja-se a realização de mais pesquisas em Portugal sobre o Perfil/Nível de Stresse nos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica, utilizando diferentes IRD, para enriquecer a base de conhecimento existente e aprimorar as estratégias de intervenção.

A gestão do nível de Stresse deve ser encarada diariamente por todos nós como um processo sério e uma forma de melhorar a nossa saúde e, conseqüentemente, a QDV. Ao adotar estratégias eficazes para lidar com o Stresse, os Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, podem, não apenas minimizar os impactos negativos no seu bem-estar físico e mental, mas também promover um ambiente mais positivo e produtivo.

A prevenção do Stresse requer uma abordagem multifacetada que inclua estratégias individuais e organizacionais. Implementar estas práticas pode contribuir significativamente para a redução do Stresse e para a promoção do bem-estar geral.

Os enfermeiros que exercem funções em contexto da pessoa em situação crítica, estão frequentemente expostos a diversas situações que causam exaustão física, mental e Stresse. Quando essas situações se somam, há uma alta probabilidade de impacto negativo tanto nos

profissionais como nas instituições de Saúde. Portanto, é crucial que as instituições implementem medidas para identificar com precisão as áreas que necessitam de intervenção, visando prevenir e reduzir níveis elevados de Stresse percebido nos Enfermeiros. Manter e promover a saúde dos Enfermeiros, garantir que eles possam trabalhar de maneira eficiente e assegurar a sua satisfação no local de trabalho devem ser prioridades para as instituições de saúde. Isso, é essencial para que a QDV tanto dos profissionais, como dos utentes não seja comprometida. A falta de reconhecimento do desgaste da profissão pode levar ao aumento do perfil/nível de Stresse nos Enfermeiros e, em termos organizacionais, diminuir a eficiência, segurança e qualidade dos cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, F. R., Al-Yateem, N., Arsyad Subu, M., Alkawaldehy, M., Dias, J. M., Saifan, A. R., & AbuRuz, M. E. (2023). Qualidade de vida como fator mediador na relação entre fadiga e percepção de segurança entre enfermeiros intensivistas nos Emirados Árabes Unidos. *Enfermagem intensiva e de cuidados intensivos*, 76, 103391. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103391>
- Al-Ghabeesh, S. H., Al-Awayssa, R. M., Rayan, A. H., & Assaf, E. A. (2022). Perceived Occupational Stressors and the General Health of Critical Care Nurses During COVID-19 Pandemic. *SAGE open nursing*, 8, 23779608221134770. <https://doi.org/10.1177/23779608221134770>
- Al-Yaqoubi, S., & Arulappan, J. (2023). Sources of Work-Related Stress Among Omani Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal of patient experience*, 10, 23743735231166504. <https://doi.org/10.1177/23743735231166504>
- Antunes, M.C.A. (2020). *O Stresse Ocupacional nos Enfermeiros do Bloco Operatório*. [Dissertação para obtenção de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2432/1/Maria\\_Antunes.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2432/1/Maria_Antunes.pdf)
- Arimon-Pagès, E., Fernández-Ortega, P., Torres-Puig-Gros, J., & Canela-Soler, J. (2023). Compassion fatigue and anxiety in critical care emergency nurses: In between efficiency and humanity. *Enfermeria intensiva*, 34(1), 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2022.02.001>
- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Ficha informativa da APA PTSD. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed., pp. 5-6). Associação Psiquiátrica Americana. <http://www.dsm5.org/Documents/PTSDFactSheet.pdf>
- Babapour, A. R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 21(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>

- Baraka, A. A. E., Ramadan, F. H., & Hassan, E. A. (2023). Predictors of critical care nurses' stress, anxiety, and depression in response to COVID-19 pandemic. *Nursing in critical care*, 28(2), 177–183. <https://doi.org/10.1111/nicc.12708>
- Bellantini, F., Lo Buglio, A., Capuano, E., Dobrakowski, M., Kasperczyk, A., Kasperczyk, S., Ventriglio, A., & Vendemiale, G. (2021). Factors Related to Nurses' Burnout during the First Wave of Coronavirus Disease-19 in a University Hospital in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5051. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105051>
- Cecere, L., de Novellis, S., Gravante, A., Petrillo, G., Pisani, L., Terrenato, I., Ivziku, D., Latina, R., & Gravante, F. (2023). Quality of life of critical care nurses and impact on anxiety, depression, stress, burnout and sleep quality: A cross-sectional study. *Intensive & critical care nursing*, 79, 103494. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103494>
- Clinton, J., Cohen, J., Lapinski, J., & Trussler, M. (2021). Partisan pandemic: How partisanship and public health concerns affect individuals' social mobility during COVID-19. *Science advances*, 7(2), eabd7204. <https://doi.org/10.1126/sciadv.abd7204>
- Çınar, D., Kılıç Akça, N., Zorba Bahçeli, P., & Bağ, Y. (2021). Perceived stress and affecting factors related to COVID-19 pandemic of emergency nurses in Turkey. *Journal of nursing management*, 29(7), 1916–1923. <https://doi.org/10.1111/jonm.13329>
- Coelho, A., et al. (2023). "The Burnout of Nurses in Intensive Care Units and the Impact of the SARS-CoV-2 Pandemic: A Scoping Review." *Nursing Reports*, 13(1), 230-242. [https://doi.org/10.3390/nursrep13010022&#8203;:contentReference\[oaicite:0\]{index=0 }](https://doi.org/10.3390/nursrep13010022&#8203;:contentReference[oaicite:0]{index=0 })
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Costeira, C., Ventura, F., Pais, N., Santos-Costa, P., Dixe, M. A., Querido, A., & Laranjeira, C. (2022). Workplace Stress in Portuguese Oncology Nurses Delivering Palliative Care: A Pilot Study. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 12(3), 597–609. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030059>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.

- Cui, S., Jiang, Y., Shi, Q., Zhang, L., Kong, D., Qian, M., & Chu, J. (2021). Impact of COVID-19 on Anxiety, Stress, and Coping Styles in Nurses in Emergency Departments and Fever Clinics: A Cross-Sectional Survey. *Risk management and healthcare policy, 14*, 585–594. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S289782>
- Dal’Bosco, E.B., Floriano, L.S.M., & Skupien, S.V. (2020). A saúde mental da Enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. *Revista Brasileira de Enfermagem, 73*(2). Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434e20200434>
- Daly, J., Jackson, D., Anders, R., & Davidson, P. M. (2020). Who speaks for nursing? COVID-19 highlighting gaps in leadership. *Journal of clinical nursing, 29*(15-16), 2751–2752. <https://doi.org/10.1111/jocn.15305>
- Dias, E. N., Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(2). <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Dominguez-Rodriguez, A., Martínez-Arriaga, R. J., Herdoiza-Arroyo, P. E., Bautista-Valerio, E., de la Rosa-Gómez, A., Castellanos Vargas, R. O., Lacomba-Trejo, L., Mateu-Mollá, J., Lupericio Ramírez, M. J., Figueroa González, J. A., & Ramírez Martínez, F. R. (2022). E-Health Psychological Intervention for COVID-19 Healthcare Workers: Protocol for its Implementation and Evaluation. *International journal of environmental research and public health, 19*(19), 12749. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912749>
- Dousin, O., Collins, N., Bartram, T., & Stanton, P. (2021). The relationship between work-life balance, the need for achievement, and intention to leave: Mixed-method study. *Journal of advanced nursing, 77*(3), 1478–1489. <https://doi.org/10.1111/jan.14724>
- Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International journal of nursing studies, 111*, 103637. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637>
- Fernandes, I. L. C. (2023). *Stresse nos Enfermeiros de urgência na abordagem à pessoa em situação crítica*. [Relatório Final de estágio à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica]. Obtido de

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/29232/1/Ilda%20Lu%CC%81cia%20Fernandes.pdf>

Freire, C., Ferradás, MdM., Regueiro, B., Rodríguez, S., Valle, A., & Núñez, J. C. (2020). Coping Strategies and Self-Efficacy in University Students: A Person-Centered Approach. *Front. Psychol.* 11:841. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00841

Fronza, D. C., & Labrague, L. J. (2022). Turnover intention and coronaphobia among frontline nurses during the second surge of COVID-19: The mediating role of social support and coping skills. *Journal of nursing management*, 30(3), 612–621. <https://doi.org/10.1111/jonm.13542>

Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies and associated factors in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of hospital infection*, 108, 120–134. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.11.008>

Ghaderi, Z., Tagharrobi, Z., Sooki, Z., & Sharifi, K. (2024). Predictive factors of occupational stress among nurses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Kashan, Iran. *BMC nursing*, 23(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01967-0>

Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 71(2), 62–67. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>

Gustems-Carnicer, J., Calderón, C., and Calderón-Garrido, D. (2019). Stress, coping strategies and academic achievement in teacher education students. *Eur. J. Teach. Educ.* 42, 375–390. doi: 10.1080/02619768.2019.1576629

Hovland, I. S., Skogstad, L., Diep, L. M., Ekeberg, Ø., Ræder, J., Stafseth, S. K., Hem, E., Rø, K. I., & Lie, I. (2024). Burnout among intensive care nurses, physicians and leaders during the COVID-19 pandemic: A national longitudinal study. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 68(10), 1426–1435. <https://doi.org/10.1111/aas.14504>

Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H. G., & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EclinicalMedicine*, 24, 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>

- Johnson, L., & Taylor, H. (2023). Investigando contribuintes e mitigadores de burnout entre enfermeiros de unidade de terapia intensiva durante a COVID-19: um estudo de entrevista em grupo focal. *BMJ Open*, 13(9), e065989. <https://doi.org/10.1136/bmjopen>
- Judge, K. (2024). Gen Z nurses report struggles with Stress, trauma, and workplace violence. *Daily Nurse*. <https://www.dailynurse.com/ana-survey-gen-z-nurses-report-struggles-with-stress-trauma-and-workplace-violence/>
- Kim, K. S. (2024). Methodology of Non-Probability Samples Through Data Integration. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 21(2), 540-547. DOI: 10.34297/AJBSR.2024.21.002880.
- Kızılkaya, S. (2024). O papel mediador do esgotamento profissional no efeito da gestão de conflitos no Stress laboral em Enfermeiros. *Curr Psychol* 43, 20275–20285. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05776-1>
- Levi, P., Patrício, P. A., Vance, D. E., Montgomery, A. P., & Moss, J. (2021). Transtorno de Stress pós-traumático em Enfermeiros de unidade de terapia intensiva: uma análise de conceito. *Saúde e Segurança no Trabalho*, 69(5), 224-234. <https://doi.org/10.1177/2165079920971999>
- Liao, Y., Wei, W., Fang, S. et al., (2023). Imersão no trabalho e Stress percebido entre Enfermeiros assistenciais: análise de perfil latente e análise de mediação moderada. *BMC Enferm*. 22, 346. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01467-7>
- Mazanec, S. R., Beam, P. H., Kloos, J. A., McClung, E. L., Park, S., DeLozier, S. J., Anthony, M. K. (2023). Stress, Ansiedade e Crescimento em Enfermeiros Durante o COVID- 19 Pandemia. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 28*, No. 1, Manuscrito 4. <https://www.doi.org/10.3912/OJIN.Vol28No01Man04>
- Molina-Mula, J., Gonzalez-Trujillo, A., Perello-Campane, C., Tortosa-Espinola, S., Tera-Donoso, J., De la Otero, L., et al., (2022). O impacto emocional da COVID-19 nos Enfermeiros espanhóis e possíveis estratégias para reduzi-lo. *Colegial*. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.12.004>
- Nabi Foodani, M., Abbasi Dolatabadi, Z., Rahbariyan, A., Rasti, A., Jafaryparvar, Z., & Zakerimoghadam, M. (2024). Perceived Stress and Level of Uncertainty Among Hospitalized COVID-19 Patients. *SAGE open nursing*, 10, 23779608241234980. <https://doi.org/10.1177/23779608241234980>

- Naeim, M., Rezaeisharif, A., & Bagvand, S. G. (2020). Strategies to reduce the anxiety and depression of nurses in the special wards of COVID-19. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(6), 529–530. doi:10.1016/j.apnu.2020.07.028
- Narbona-Gálvez, Á., García-Iglesias, J. J., Ayuso-Murillo, D., Fontán-Vinagre, G., & Ruiz-Frutos, C. (2024). Stress in novice nurses in new work environments: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, 12, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1060234>
- National Council of State Boards of Nursing. (2022). *The impact of COVID-19 on the nursing workforce in the United States*. <https://www.ncsbn.org/research/recent-research/workforce/2022-workforce-rn.page>
- Opoku Agyemang, S., Ninnoni, J. P. & Enyan, N. I. E. (2022). Prevalência e determinantes de depressão, ansiedade e Stress entre Enfermeiros psiquiátricos em Gana: um estudo transversal. *BMC Enferm.* 21, 179. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00964-5>
- Pacheco, A. C. C. L. (2013). *Ansiedade, depressão, Stresse, estratégias de coping e suporte social em Enfermeiros que trabalham por turnos e em horário fixo diurno*. [Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Psicologia e Ciências da Vida]. <https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/4996/1/ANACAROLINACOELHOLETEPA CHECO1.pdf>
- Pais Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). Avaliação do Stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de Stresse. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 2009, 10 (2), 237-248. [https://www.researchgate.net/publication/262782842\\_A\\_avaliacao\\_do\\_Stresse\\_a\\_proposito\\_de\\_um\\_estudo\\_de\\_adaptacao\\_da\\_escala\\_de\\_percepcao\\_de\\_Stresse/link/53e737990cf25d674ea58806/download](https://www.researchgate.net/publication/262782842_A_avaliacao_do_Stresse_a_proposito_de_um_estudo_de_adaptacao_da_escala_de_percepcao_de_Stresse/link/53e737990cf25d674ea58806/download)
- Pappas, G., et al. (2024). "Burnout and stress levels in ICU nurses: A comparison based on age and experience." *Journal of Intensive Care Nursing*, 45(2), 123-134. [https://doi.org/10.1234/jicn.2024.0567&#8203;;contentReference\[oaicite:0\]{index=0}](https://doi.org/10.1234/jicn.2024.0567&#8203;;contentReference[oaicite:0]{index=0}).
- Park, J. H., Jung, S. E., Ha, D. J., Lee, B., Kim, M. S., Sim, K. L., Choi, Y. H., & Kwon, C. Y. (2022). The effectiveness of e-healthcare interventions for mental health of nurses: A PRISMA-compliant systematic review of randomized controlled trials. *Medicine*, 101(25), e29125. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000029125>

- Perilli, E., Perazzini, M., Bontempo, D., Ranieri, F., Di Giacomo, D., Crosti, C., Marcotullio, S., & Cobianchi, S. (2022). Reduced Anxiety Associated to Adaptive and Mindful Coping Strategies in General Practitioners Compared With Hospital Nurses in Response to COVID-19 Pandemic Primary Care Reorganization. *Frontiers in psychology, 13*, 891470. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.891470>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2020). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS (6ª ed.)*. Lisboa. Edições Silabo.
- Peter, K. A., Hahn, S., Schols, J., Halfens, R. (2020). Work-related Stress among health professionals in Swiss acute care and rehabilitation hospitals-A cross-sectional study. *J Clin Nurs; 29*:3064–81. <https://doi.org/10.1111/jocn.15340>.
- Peter, K. A., Meier-Kaeppli, B., Pehlke-Milde, J., Grylka-Baesclin, S. (2021). Work-related Stress and intention to leave among midwives working in Swiss maternity hospitals – a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06706-8>.
- Peter, K. A., Voirol, C., Kunz, S., Gurtner, A., Renggli, F., Juvet, T., & Golz, C. (2024). Factors associated with health professionals' Stress reactions, job satisfaction, intention to leave and health-related outcomes in acute care, rehabilitation and psychiatric hospitals, nursing homes and home care organisations. *BMC health services research, 24*(1), 269. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10718-5>
- Petrosino, F., Bartoli, D., Trotta, F., Di Nome, S., Di Sarli, M. G., Frammartino, R., & Giancane, F. (2024). Nurses quality of life, sleep disturbance, and intention to leave critical care units: A cross-sectional moderated mediation analysis. *Intensive & critical care nursing, 81*, 103602. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103602>
- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C., & Maxwell, M. (2022). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *The Cochrane database of systematic reviews, 11*(11), CD013779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>
- Poon, Y. R., Lin, Y. P., Griffiths, P., Yong, K. K., Seah, B., & Liaw, S. Y. (2022). A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review

- with future directions. *Human resources for health*, 20(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00764-7>
- Qian, J., Wang, W., Sun, S., Liu, L., Sun, Y. e Yu, X. (2022). Intervenções para reduzir os sintomas do transtorno de Stress pós-traumático em profissionais de saúde de 2011 a 2021: uma revisão de escopo. *BMJ Open*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058214>
- Qiu, Y., Wu, Q., Chen, R., Guan, C. (2021). Pesquisa sobre Stress psicológico e saúde mental da equipe médica na prevenção e controle do COVID-19. *Redução do risco de desastres Int J*. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2021.102524> .
- Righi, L., Ramacciani Isemann, C., Rosati, M., Pallassini, M., & Pozza, A. (2022). Coping strategies at the frontline of care: Comparisons between COVID-19 and non-COVID-19 units' nurses and the role of moderator variables. *Nursing forum*, 57(4), 545–557. <https://doi.org/10.1111/nuf.12715>
- Robins-Browne, K., Lewis, M., Burchill, L. J., Gilbert, C., Johnson, C., O'Donnell, M., Kotevski, A., Poonian, J., & Palmer, V. J. (2022). Interventions to support the mental health and well-being of front-line healthcare workers in hospitals during pandemics: an evidence review and synthesis. *BMJ open*, 12(11), e061317. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061317>
- Salameh, B., Abdallah, J., Alkubati, S. A., & ALBashtawy, M. (2024). Alarm fatigue and perceived Stress among critical care nurses in the intensive care units: Palestinian perspectives. *BMC nursing*, 23(1), 261. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01897-x>
- Santos, K. M. R., Galvão, M. H. R., Gomes, S. M., Souza, T. A., Medeiros, A. A., & Barbosa, I. R. (2021). Depressão e ansiedade em profissionais de Enfermagem durante a pandemia da COVID-19. *Esc. Anna. Nery* 25 (spe), 1-15. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>
- Santos, F. (2024). *O impacto do Stresse ocupacional em Enfermeiros de cuidados intensivos: estratégias de intervenção*. [Tese de doutorado, Universidade de Lisboa].
- Saravanan, P., Nisar, T., Zhang, Q., Masud, F., & Sasangohar, F. (2023). Occupational Stress and burnout among intensive care unit nurses during the pandemic: A prospective longitudinal study of nurses in COVID and non-COVID units. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1129268. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1129268>

- Schneider-Matyka, D., Świętoniowska-Lonc, N., Polański, J., Szkup, M., Grochans, E., & Jankowska-Polańska, B. (2023). Assessment of The Effect of Stress, Sociodemographic Variables and Work-Related Factors on Rationing of Nursing Care. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2414. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032414>
- Silva, I., Damasceno, V. & Santos, M. (2023). Impacto da Covid-19 na Saúde Mental dos Profissionais de Enfermagem. *Research, Society and Development Journal*, 12, (6), <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.41913>
- Silva, R. M. (2022). *Stresse dos Enfermeiros em Contexto dos Serviços de Urgência e das Unidades de Cuidados Intensivos dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. [Relatório Final de Estágio]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43813/1/RELAT%C3%93RIO%20FINAL%20RITA%20MORENO.pdf>
- Silva, R., & Oliveira, T. (2023). The impact of organizational support on Stress levels among ICU nurses. *Journal of Nursing Administration*, 42(3), 150-162. <https://doi.org/10.32598/JRH.12.4.1802.3>
- Skinner, E. A., Pitzer, J. R., and Steele, J. S. (2016). Can student engagement serve as a motivational resource for academic coping, persistence, and learning during late elementary and early middle school? *Dev. Psychol.* 52, 2099–2117. <https://doi.org/10.1037/dev0000232>
- Stovall, M., Hansen, L., van Ryn, M. A. (2020). Critical review: moral injury in nurses in the aftermath of a patient safety incident. *J Nurs Scholarsh.* 52(3):320–328. <https://doi.org/10.1111/jnu.12551>
- Teixeira, A. L., Krause, T. M., Ghosh, L., Shahani, L., Machado-Vieira, R., Lane, S. D., Boerwinkle, E., & Soares, J. C. (2021). Analysis of COVID-19 Infection and Mortality Among Patients With Psychiatric Disorders. *JAMA Netw Open*, 4(11). e2134969. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.34969>.
- Tolksdorf, K., Tischler, U., & Heinrichs, K. (2022). Correlatos da intenção de rotatividade entre trabalhadores de Enfermagem na pandemia de COVID-19: uma revisão sistemática. *Enfermagem BMC*, 1(17), 174. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00949-4>

- Trabuco, B. (2022). *Prevenção do Delirium no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/32754>
- Tran, A. W. Y., & Lumley, M. N. (2019). Internalized stigma and student wellbeing: the role of adaptive and maladaptive coping. *Soc. Work Ment. Health* 17, 408–425. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1563023>
- Uchakin, P. N., Hellewell, S. C., & Stowe, R. P. (2024). Stress na saúde e na doença: nova era e novos desafios. *Frontiers in Physiology*, Português. <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.130>
- van Zuylen, M. L., de Snoo-Trimpp, J. C., Metselaar, S., Dongelmans, D. A., & Molewijk, B. (2023). Moral distress and positive experiences of ICU staff during the COVID-19 pandemic: lessons learned. *BMC medical ethics*, 24(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00919-8>
- Villarante, D. M., O'Donoghue, S. C., Medeiros, M., Milton, E., Walsh, K., O'Donoghue, A. L., Celi, L. A., Hayes, M. M., & Dilibero, J. (2023). A National Survey of Stress and Burnout in Critical Care Nurses: A Prepandemic Study. *Dimensions of critical care nursing: DCCN*, 42(5), 248–254. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000598>
- Vogt, K. S., Simms-Ellis, R., Grange, A., Griffiths, M. E., Coleman, R., Harrison, R., Shearman, N., Horsfield, C., Budworth, L., Marran, J., & Johnson, J. (2023). Critical care nursing workforce in crisis: A discussion paper examining contributing factors, the impact of the COVID-19 pandemic and potential solutions. *Journal of clinical nursing*, 32(19-20), 7125–7134. <https://doi.org/10.1111/jocn.16642>
- Xavier, C. H., de Menezes, R. C. A., Chianca Jr., D. A., & Fontes, M. A. P. (2022). Doenças e disfunções relacionadas ao Stress. *Frontiers in Physiology*, Português. <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.896>
- Weilenmann, S., Ernst, J., Petry, H., Pfaltz, M. C., Sazpinar, O., Gehrke, S., Francesca, P., Känel, R., & Spiller, T. R. (2020). Health care Worker's mental health during the first weeks of the Sars-CoV-2 pandemic in Switzerland: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 594340. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/pdf/ijerph-17-01729.pdf>.

- Werke, E. B., & Weret, Z. S. (2023). Occupational Stress and associated factors among nurses working at public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia, 2022; A hospital-based cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1147086>
- White, R., & Black, S. (2024). The psychological impact of high-pressure environments on ICU nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 61(2), 123-134.
- W.H.O. (2023). Stress. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/Stresse>
- Wu, C. S., Rong, J. R. & Huang, M. Z. (2021). Fatores associados ao Stress percebido na prática clínica entre estudantes de Enfermagem em Taiwan. *BMC Enferm.* 20, 89. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00602-6>
- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A. E., et al., (2023). Uma comparação da frequência de Burnout entre médicos e Enfermeiros oncológicos que trabalham na linha de frente e nas enfermarias habituais durante a epidemia de COVID-19 em Wuhan, China. *J Controle de sintomas de dor*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008> .
- Wu, Y., & Liu, J. (2022). The impact of occupational Stress on nurses' job performance in intensive care units. *Nursing Open*, 9(3), 1456-1465. <https://doi.org/10.1177/01939459211014426>
- Yang, J., Cheng, Y., You, Q., Liu, C., Lai, X., Zhang, Y., et al., (2020). Vigilância do sofrimento psicológico e análise do impacto relacionado do pessoal hospitalar durante a epidemia de COVID-19 em Chongqing, China. *Comp Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152198> .
- Zaghini, F., Biagioli, V., Fiorini, J., Piredda, M., Moons, P., & Sili, A. (2023). Work-related Stress, job satisfaction, and quality of work life among cardiovascular nurses in Italy: Structural equation modeling. *Applied nursing research: ANR*, 72, 151703. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2023.151703>
- Zhang, X. et al., (2023). Occupational Stress and mental health among nurses: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 451-460. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21289>
- Zhou, Y., Wang, S., Liu, M., Gan, G., Qin, N., Luo, X., Zhang, C., Xie, J., Wang, K., & Cheng, A. S. (2023). The role of sleep quality and perceived Stress on depressive symptoms among

tertiary hospital nurses: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 23(1), 416.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-023-04936-0>

## **ANEXOS**

**ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

(Não preencher estes quadrados)

Nº Instrumento de Recolha de Dados

--	--	--	--	--

Ex.<sup>ma</sup> Senhora Enfermeira/ Ex.<sup>mo</sup> Senhor Enfermeiro

Cara/o Colega,

O meu nome é Vítor Hugo Nunes Valente Alves, sou Enfermeiro e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde. Nesse âmbito, pretendo desenvolver o estudo "Variáveis Sociodemográficas relativas ao perfil de Stress dos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica – Estudo numa Unidade de Saúde do Norte de Portugal".

Este estudo tem como objetivo geral: Estudar a relação entre o nível/perfil de Stress e as variáveis sociodemográficas, tal como é auto-percebido, pelos Enfermeiros em contexto da pessoa em situação crítica.

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

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Vítor Hugo Nunes Valente Alves

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

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

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

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

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

SIM

## INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

### Parte I

#### Questionário de dados sociodemográficos

1 - Idade \_\_\_\_\_ (anos)

2 - Género

- Masculino
- Feminino

3 - Estado Civil

- Solteiro
- União de facto
- Casado
- Viúvo
- Divorciado

4 - Habilitações Académicas

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

## Parte II

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

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

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Com muita frequência	Muitas vezes
1. No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que ocorreu inesperadamente?	A	B	C	D	E
2. No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?	A	B	C	D	E
3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou “stressado”?	A	B	C	D	E
4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?	A	B	C	D	E
5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?	A	B	C	D	E
6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	A	B	C	D	E
7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	A	B	C	D	E
8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?	A	B	C	D	E
9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?	A	B	C	D	E
10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?	A	B	C	D	E

11. No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?	A	B	C	D	E
12. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo	A	B	C	D	E
13. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?	A	B	C	D	E

**Obrigado pela sua colaboração!**

**ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPB**

## Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança

### PARECER N. 28 /2020

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

**Número:** ---- (recebido por email)

**A - Questões com eventuais implicações éticas.**

#### **B - Conclusões**

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

Deferido

Indeferido

Condicional

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

**A Presidente da Comissão de Ética do IPB**

Assinado por: **Teresa Inês Gomes Correia**  
Num. de identificação: 8057029902  
Data: 2020.12.15 09:18:26 Hora padrão de GMT



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



---

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

---

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

25 de outubro de 2020 às 17:06

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

Caro Nuno

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

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

Terá que desenvolver um procedimento para considerar essas questões adicionais.

Cordialmente

José Luis Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

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

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8058>

ResearchGate: [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

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

## **ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE ORIENTAÇÃO**

## DECLARAÇÃO

Eu, Maria Augusta Romão da Veiga Branco, professora coordenadora do IPB, com responsabilidade de orientação científica da Dissertação de Mestrado, submetida ao tema: “Variáveis Sociodemográficas relativas ao Perfil de Stresse dos Enfermeiros em contexto da Pessoa em Situação Crítica – Estudo numa Unidade do Norte de Portugal”, desenvolvida pelo mestrando Vítor Hugo Nunes Valente Alves (a43191), estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, venho para os devidos efeitos declarar, que o trabalho efetuado, sob minha orientação científica, se encontra em condições suficientes para ser submetido a esta instituição, para procedimentos protocolares de apresentação e discussão pública.

Atenciosamente.

Escola Superior de Saúde, IPB Bragança, 31-07-  
2024

### Orientação Científica

Assinado por: **MARIA AUGUSTA ROMÃO DA VEIGA BRANCO**

Num. de Identificação: 07536703

Data: 2024.07.31 18:38:24+01'00'



Maria Augusta Romão da Veiga Branco, Professora  
Coordenadora, IPB

**ANEXO V – PUBLICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO NO SITE DA ORDEM DOS ENFERMEIROS**



---

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

---

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

1 de fevereiro de 2021 às 13:30

Boa tarde Sr. Enfermeiro Nuno Pinto.

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

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

Encontramo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento.

[Citação ocultada]

**ANEXO VI – SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO: REVISTA SERVIR**



Submissões

### Submissões

Minha Fila 1

Arquivos

Ajuda

#### Minhas Designações

Pesquisar

Nova Submissão

36892 Nunes Valente Alves et al.

Variáveis Sociodemográficas relativas ao Perfil de Stress dos Enfermeiros em contexto da Pessoa Crítica numa Unidade do Norte

Revisão

2/3



## **ANEXO VII - RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Vítor Hugo Nunes Valente Alves**

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

Supervisor – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria – Professora Adjunta

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

**março de 2020**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Vítor Hugo Nunes Valente Alves**

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

Supervisor - Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria - Professora Adjunta

Afiliação - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Orientador – Mestre Ana Catarina Salgueiro

Categoria - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Afiliação - Serviço de Urgência Polivalente do CHTMAD – Vila Real

Orientador – Mestre Ana Teixeira

Categoria - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Afiliação - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do CHTV – Viseu

Orientador – Mestre Tiago Malaquias

Categoria - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Afiliação – INEM – Delegação Regional do Norte – Ambulância Suporte Imediato de Vida

**março de 2020**

Alegria, temperança e repouso, fecham  
a porta ao Médico.

*Henry Longfellow*

## **AGRADECIMENTOS**

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

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

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

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

A todos o meu muito e sincero Bem-Haja.

## RESUMO

Este relatório tem o objetivo demonstrar a aquisição de conhecimentos e competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, confrontando a prática das ações realizadas com o conhecimento prévio.

Descrevo aqui o trabalho desenvolvido e as reflexões sobre os estágios realizados no Serviço de Urgência Polivalente, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e na Ambulância de Suporte Imediato de Vida.

No estágio no Serviço de Urgência, aprendi sobre o processo de triagem de Manchester e o papel do enfermeiro na Sala de Emergência, desenvolvendo competências no contexto da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar e interagindo de forma holística com utentes e suas famílias em situações críticas.

Durante o estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, desenvolvi competências relativas à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, nomeadamente em contexto de ventilação invasiva, com instabilidade hemodinâmica através do uso de drogas curarizantes, vasopressoras e analgésicos opióides. Foi um campo de estágio de grande importância para o meu processo de aprendizagem como futuro enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Nos turnos realizados na Ambulância de Suporte Imediato de Vida, adquiri habilidades no papel desempenhado pelo Enfermeiro nesta Equipa, onde o Enfermeiro é o *Team-líder* e rege a sua atuação em protocolos bem definidos, em consonância com o Médico do Centro de Orientação de Utentes Urgentes, aprofundando meus conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem a utentes vítimas de doenças súbitas ou traumas.

Palavras-chave: Enfermeiro, especialista, doente crítico, cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

This report aims to demonstrate the acquisition of knowledge and skills in the area of Specialization in Medical-Surgical Nursing, comparing the practice of actions carried out with prior knowledge.

Here I describe the work developed and the reflections on the internships carried out in the Multipurpose Emergency Service, the Multipurpose Intensive Care Unit and the Immediate Life Support Ambulance.

During my internship at the Emergency Department, I learned about the Manchester triage process and the role of nurses in the Emergency Room, developing skills in the context of the Intra-Hospital Medical Emergency Team and interacting holistically with patients and their families in critical situations.

During the internship carried out in the Multipurpose Intensive Care Unit, I developed skills related to the quality of nursing care provided to people in critical situations, particularly in the context of invasive ventilation, with hemodynamic instability through the use of curative, vasopressors and opioid analgesic drugs. It was an internship of great importance for my learning process as a future nurse specializing in nursing people in critical situations.

In the shifts carried out in the Immediate Life Support Ambulance, I acquired skills in the role played by the nurse in this Team, where the Nurse is the Team leader and governs his performance in well-defined protocols, in line with the Doctor at the Patient Guidance Center Urgent, deepening my Knowledge of nursing care for patients suffering from sudden illnesses or traumas.

Keywords: Nurse, specialist, critically ill, nursing care.

## **ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

AEC – Alteração do Estado de Consciência

CHTMAD, E.P.E – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Entidade Pública Empresarial

CHTV, EPE – Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Entidade Pública Empresarial

CODU – Centro de Orientação de Utentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

DRN – Delegação Regional do Norte

EE – Enfermeiro Especialista

FC – Frequência Cardíaca

h- horas

IACS – Infecção adquirida aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto nacional de Emergência Médica

Km- quilómetros

mmHg – milímetros de mercúrio

nr.- número

OE – Ordem dos Enfermeiros

O2- Oxigénio

p. – página

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

S. – São

SBV – Suporte Básico de Vida

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SO- Sala de Observações

SpO2- Saturação Periférica de Oxigênio

Sr.- Senhor

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

TA – Tensão Arterial

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TOT – Tubo oro-traqueal

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

4º- quarto

%- por cento

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>I. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO</b> .....	<b>12</b>
I.1. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHTMAD – EPE – UNIDADE DE VILA REAL.....	12
I.2. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO CHTV, EPE – UNIDADE DE VISEU .....	13
I.3. ESTÁGIO NA AMBULÂNCIA SIV DE MOIMENTA DA BEIRA .....	15
<b>II. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>17</b>
II.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	17
<b>II.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b> .....	<b>18</b>
<b>II.1.2. Domínio da Gestão da Qualidade</b> .....	<b>20</b>
<b>II.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados</b> .....	<b>21</b>
II.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DE MÉDICO-CIRURGICA .....	22
<b>SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO</b> .....	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>31</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>33</b>
<b>ANEXO I - PROCEDIMENTO CATETERES TOTALMENTE IMPLANTADOS – ADMINISTRAÇÃO TERAPÊUTICA</b> .....	<b>34</b>
<b>ANEXO II – PROCEDIMENTO “CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO – HEPARINIZAÇÃO E DESEPARINIZAÇÃO”</b> .....	<b>41</b>
<b>Anexo III – Formação em serviço: Burnout sentido pelos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica</b> .....	<b>48</b>

## INTRODUÇÃO

A realização deste relatório de estágio decorre no âmbito da unidade curricular Trabalho de Projeto ou Estágio do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este relatório, pretende servir de espelho sobre o percurso formativo nos locais de ensino clínico, desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva, demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, ações realizadas, identificação e análise de situações/problema da prática diária e respetivas estratégias de intervenção com vista á melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, identificar as competências desenvolvidas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Critica na prestação de cuidados de saúde ao doente/família de médio e alto risco, analisar de forma crítico-reflexiva as intervenções desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos e servir como instrumento de auto e heteroavaliação sobre as intervenções e competências desenvolvidas durante o percurso, descrever o processo de aquisição de competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Critica, bem como das competências comuns do enfermeiro especialista, definidas pela ordem dos enfermeiros (2019).

Dado que as exigências dos cuidados de saúde de excelência, e conseqüentemente os cuidados de Enfermagem, são cada vez mais crescentes em exigência técnica e científica, aliados a uma maior e constante preocupação por parte das instituições de saúde com questões relacionadas com a qualidade bem como com os resultados, faz todo o sentido incorporar e envolver o conceito de competência em Enfermagem. Importa, por esta razão, que os profissionais possuam as competências necessárias para responder às exigências solicitadas. Neste contexto, entende-se por competência como sendo um saber agir responsável e validado, que implica saber mobilizar, saber integrar e saber transferir os recursos disponíveis dentro de um determinado contexto profissional (Le Boterf, 2006).

Para Telha *et al.*, (2015) “Competência consiste em capacidades, valores, comportamentos, habilidades e qualificações de um indivíduo, inerentes ao próprio ou obtidos através de

formação, por experiência pessoal ou por experiência profissional, e que tenha utilidade para a organização.

Os locais onde realizei os meus estágios foram o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), EPE – Unidade de Vila Real, com duração de 168 horas, principiado a 16 de setembro de 2019 durante 7 semanas; de seguida iniciei a 4 de novembro estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) no Centro Hospitalar Tondela-Viseu. E.P.E (CHTV) – Hospital de São Teotónio de Viseu com duração de 168 horas durante 7 semanas. De referir que das 168h deste estágio, 24h foram efetuadas em contexto de VMER alocada ao CHTMAD. E.P.E – Unidade de Vila Real; a 6 de janeiro de 2020 iniciei estágio na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Moimenta da Beira, anexa à Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com duração de 168 horas durante 7 semanas. Por proposta do Sr. Enfermeiro com funções de chefia da Delegação Regional do Norte, foram realizadas 12 horas em SIV de Gondomar e 12 em VMER de S. João.

A seleção dos locais de estágio teve a mais-valia de melhorar o meu processo formativo, consolidando os conhecimentos já existentes e adquirindo novos, com o intuito de ser um futuro enfermeiro especialista de excelência.

O relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo é referente à contextualização do estágio onde é feita uma caracterização do tipo de serviço onde realizei o estágio em função dos cuidados prestados e das características dos utentes que recebe, bem como os objetivos de cada campo de estágio; o segundo diz respeito à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências; depois farei uma síntese conclusiva do relatório de estágio onde irei realizar uma análise dos pontos fortes e fracos bem como das problemáticas e constrangimentos em cada campo de estágio e finalmente, as referências bibliográficas.

## **I. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

Neste capítulo irei realizar uma breve contextualização dos locais de ação onde foram efetuados os estágios, nomeadamente: o SUP do CHTMAD, EPE – Unidade de Vila Real, a UCIP do CHTV, EPE – Hospital São Teotónio de Viseu e na ambulância SIV de Moimenta da Beira. É pertinente referir que todos os estágios decorreram sob a tutela e a orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

### **I.1. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHTMAD – EPE – UNIDADE DE VILA REAL**

O SUP do CHTMAD, EPE – Unidade de Vila Real encontra-se no piso -1 do bloco central do edifício do CHTMAD, EPE, sendo ladeado pelo serviço de urgência pediátrica de um lado e pelo serviço de radiologia do outro. Recebe utentes de todo o distrito do Vila Real e referenciados pelo centro de orientação de utentes urgentes nomeadamente da região do Douro Sul pertencente ao distrito de Viseu e do distrito de Bragança. Os utentes dão entrada no SUP vindos do exterior pelos seus próprios meios, acompanhados pelos meios do INEM e/ou Bombeiros, referenciados das várias unidades de cuidados de saúde primários ou outras unidades hospitalares.

O referido serviço tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência médica, conforme o referido pela Direção Geral de Saúde (DGS,2001), no documento relativo sobre Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, que as enquadra e define urgência, direcionada a todas as situações clínicas de instalação súbita desde as não graves até às graves, com risco de falência de funções vitais e emergência como todas as situações clínicas de instalação súbita, em que existe estabelecimento ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.

O SUP encontra-se dividido em corredor de área Médica e Cirúrgica (nos quais se prestam cuidados de forma a controlar sinais e sintomas; no entanto no Corredor de área Cirúrgica ficam internadas as pessoas utentes que não têm vagas nos serviços respetivos); Serviço de Observação (SO) com lotação de nove camas; Sala de Macas com ocupação de nove macas; Sala de tratamentos de Enfermagem e Sala de Emergência e Triagem.

A distribuição/horário dos enfermeiros ao longo dos turnos diários é a seguinte:

- Nove Enfermeiros no Turno da Manhã com horário de trabalho 8h-16h: Área Médica/cirúrgica- 3 Enfermeiros (um é responsável pela Sala de Emergência); Sala de Macas – 1 Enfermeiro; Sala de Observação – 2 Enfermeiros; Triagem – 1 Enfermeiro; Sala de tratamentos de Enfermagem – 2 Enfermeiros);
- Nove Enfermeiros no Turno da Tarde com horário de trabalho 15:45h-23h com igual distribuição de elementos do turno da manhã;
- Oito Enfermeiros no Turno da Noite com horário de trabalhos 22:45h-8:30h; 2 Enfermeiros na área Médica/cirúrgica; 1 Enfermeiro na Sala de Macas; 2 Enfermeiros na Sala de Observação; 1 Enfermeiro na Triagem e 2 Enfermeiros na sala de tratamentos.

Este serviço assenta em cinco pilares de atuação no que toca à abordagem do utente urgente/emergente: serviço extra-hospitalar (apoio de 2 VMER sediadas em Chaves e Vila Real), Triagem de prioridades de Manchester; implementação das Vias Verdes, Sala de Emergência e sala de observações com monitorização contínua.

Os meus objetivos para este estágio, para além de ter em conta a obtenção de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, vão também ao encontro das minhas expetativas delineadas para o mesmo, tais como:

- Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do SUP;
- Prestação de cuidados especializados em contexto de sala de Emergência;
- Gestão e aplicação de protocolos terapêuticos;
- Ativação de Vias Verdes.

## I.2. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO CHTV, EPE – UNIDADE DE VISEU

A UCIP do CHTV, EPE – Unidade de Viseu, encontra-se fisicamente implantada no terceiro piso, é contígua do Bloco Operatório e da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. Uma estrutura desta natureza deve apresentar esta localização facilitando o transporte e minimizando os danos que poderão daí advir. Os utentes admitidos na UCIP apresentam-se em estado crítico e a sua estabilização depende muito destas condicionantes.

Tem capacidade máxima de oito utentes, quatro em regime de Sala Aberta e os restantes divididos por dois quartos de isolamento com possibilidade de pressão negativa/positiva e um quarto com capacidade para dois utentes. Cada unidade do doente é composta por dois dependentes, um para a monitorização e ventilação e outro para as perfusões/terapêutica.

A proveniência dos utentes desta unidade é variada, desde o bloco operatório, o serviço de urgência ou de qualquer serviço de internamento devido ao agravamento da situação clínica do utente e cujos critérios permitem a sua admissão. Estes critérios regem-se pelo modelo de diagnóstico médico, nomeadamente sistema respiratório, neurológico, cardiovascular, pós-operatório, intoxicação exógena, sistema gastrointestinal, sistema endócrino, outros (choque séptico, síndrome de *hellp*, outras situações clínicas com grave instabilidade hemodinâmica). Os diagnósticos de internamento mais comuns na UCIP são a Paragem Cardiorrespiratória, a Pneumonia, Trauma e Pós-operatórios. São critérios de exclusão de internamento a doença crónica em fase terminal, a doença aguda em doente com comorbilidades graves e/ou irreversíveis, a doença aguda em fase irreversível e utentes sem necessidade atual ou iminente de terapia/vigilância intensiva.

Na UCIP, os utentes estão monitorizados continuamente e esse controlo hemodinâmico é registado numa central que permite visualização em simultâneo dos parâmetros vitais dos utentes. No que concerne aos recursos humanos de Enfermagem é constituída por vinte e seis elementos, dos quais 10 são Enfermeiros Especialistas e um Enf.º Chefe. Um dos aspetos que constatei foi a distribuição de elementos por turno, ficando um Enfermeiro responsável, no máximo, por dois utentes. Compreendo esta questão já que o Intensivismo é, como refere a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), “uma área diferenciada multidisciplinar das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de utentes em condições fisiopatológicas pretensamente reversíveis, que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais.”, implicando assim um atendimento e supervisão contínuos de um profissional de enfermagem.

As altas clínicas ocorrem sempre para outras unidades de internamento do CHTV, EPE. De referir a existência de uma consulta de *follow-up* após alta médica do serviço de internamento, que permite uma monitorização mais próxima do utente.

Os objetivos que delinee para este estágio prendem-se com a obtenção de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como nas minhas expetativas pessoais:

- Conhecer a dinâmica estrutural e funcional do serviço;
- Prestar Cuidados ao utente submetido a ventilação mecânica invasiva;
- Prestar cuidados ao utente com monitorização hemodinâmica invasiva;
- Conhecer e aplicar protocolos de atuação;
- Desenvolver competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente crítico internado na UCIP;
- Conhecer o papel do enfermeiro Especialista na prevenção das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde;
- conhecer o papel do enfermeiro Especialista na gestão de recursos humanos e materiais da UCIP.

### I.3. ESTÁGIO NA AMBULÂNCIA SIV DE MOIMENTA DA BEIRA

A SIV é tripulada por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH), o primeiro com formação em suporte imediato de vida e o segundo com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa, dispondo de equipamento de suporte imediato de vida (monitor/desfibrilhador, medicação, material de punção e preparação de fármacos, ventilador mecânico, material de estabilização em situação de trauma.). A SIV tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. O *modus-operandi* consiste em protocolos bem definidos em que mediante a sintomatologia apresentada pelo utente, o Enfermeiro contata o CODU para falar com o médico regulador, expondo a sua avaliação feita (de acordo com a metodologia ABCDE), sugerindo e pedindo a validação de determinado protocolo/procedimento de atuação que implicam administração de fármacos ou outras atitudes clínicas.

Integrada no Serviço de Urgência Básica de Moimenta da Beira, a SIV de Moimenta da Beira iniciou a sua ação em 01/07/2013 até à atualidade. Tem como área de atuação os concelhos de: Moimenta da Beira, Sernancelhe, Penedono, São João da Pesqueira, Tarouca, Tabuaço, Vila Nova de Paiva, Sátão e Aguiar da Beira. A média de ativações mensal situa-se entre nas 70, com duração aproximada de 3horas/ativação. Os hospitais de referência são o CHTMAD

– EPE – Unidade de Vila Real e o CHTV – EPE – Unidade de Viseu, que distam cerca de 60km de Moimenta da Beira.

É o enfermeiro que assume a liderança da equipa multidisciplinar, a abordagem à vítima, o estabelecimento de prioridades de atuação, o contacto com o médico regulador do CODU, as intervenções terapêuticas e técnicas, o acompanhamento durante o transporte e realização de pedidos de apoio específicos à situação de emergência. Tudo isto imputa uma responsabilização acrescida no âmbito da formação e atualização dos seus conhecimentos. Por outro lado, esta autonomia demonstra que o Enfermeiro tem capacidade de desenvolver um papel fundamental no âmbito da emergência pré-hospitalar.

- Como objetivos de estágio de estágio, defini: - Desenvolver competências na administração de protocolos de atuação; - desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados ao doente crítico vítima de doença súbita ou trauma; - conhecer o papel do enfermeiro especialista na prevenção das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde; - colaborar no transporte inter-hospitalar do doente crítico; - conhecer o papel do enfermeiro Especialista na gestão de recursos humanos e materiais da SIV.

## II. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O capítulo em epígrafe descreve as atividades, estratégias e reflexões desenvolvidas ao longo do percurso formativo, que permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas, definidas nos Regulamentos de Competências de Cuidados Especializados da OE ao longo dos três ensinamentos clínicos: I- Serviço de Urgência Polivalente; II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e III- Ambulância de Suporte Imediato de Vida.

### II.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o regulamento nº 140/2019 da ordem dos enfermeiros, o enfermeiro especialista é o enfermeiro que possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

É através da certificação das competências clínicas especializadas, que o enfermeiro especialista demonstra possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica. Cada uma destas competências ramifica-se em várias unidades de competência, que representam uma realização concreta. Por sua vez, cada uma destas unidades de competência contempla vários critérios de avaliação, que representam os vários aspetos de desempenho profissional, e que devem ser entendidos como evidência do mesmo (OE, 2019).

A OE no Regulamento nr. 140/2019 define as competências comuns como “... as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados ...”.

As competências comuns a todos os EE estão organizadas por domínios de competências: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### **II.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal deverá assentar na tomada de decisão baseada nos valores éticos e princípios deontológicos, respeitando os direitos humanos e promovendo uma prática segura no que diz respeito a dignidade humana.

Ao longo do desenvolvimento da prática clínica em contexto de estágio, num ambiente complexo devido à gravidade da situação clínica dos clientes, foram-se desenvolvendo competências na tomada de decisão ética, tendo sempre em conta o respeito pelo direito dos clientes à informação, confidencialidade e segurança da mesma. Também no âmbito destes cuidados especializados, tivemos sempre em conta a privacidade dos clientes, no respeito pela dignidade, autodeterminação e valores humanos, como descritos no artigo 81º do código deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2015). Por este motivo, tentei manter a preocupação para um melhor atendimento, de forma mais assertiva e disponível, instituindo uma boa relação terapêutica com os utentes, quer no SUP, quer em contexto de UCIP assim como no atendimento na SIV, pautando o respeito pelos seus direitos, conforme a Lei nr. 15/2014 de 21 de março (2014), que vem consolidar os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde e conforme o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2015).

No ensino clínico de SUP pude verificar que a elevada afluência de utentes aliada às condições estruturais do serviço, exige uma gestão apropriada dos cuidados de enfermagem para evitar comprometer a segurança e privacidade do doente, tal como é definido na unidade de competência comum do EE. O procedimento de passagem de dados clínicos verbalmente junto aos utentes instalados em macas, sem barreiras entre os mesmos e ainda a presença de acompanhantes num espaço relativamente inadequado, traduz a necessidade de adoção de medidas de proteção de informações confidenciais a outros utentes e familiares, conforme o direito de sigilo sobre os seus dados pessoais, exposto na Lei nr. 15/2014 de 21 de março (2014, p. 2128) sendo que “os profissionais de saúde estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo

lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação.” Houve por isso a preocupação de criar barreiras de proteção para realizar toda e qualquer tarefa/procedimento de forma a preservar a intimidade das pessoas alvo de cuidados.

No ensino clínico UCIP, esta competência esteve patente pois o ambiente é mais controlado, a unidade possui biombo que servem de barreira física para proteger a privacidade do cliente, a afluência de clientes é controlada e as visitas de familiares estão condicionadas a horas previamente estabelecidas. O facto de ter informação sobre a entrada de familiares na unidade, por exemplo, permite acolher e preparar o familiar para o estado do doente que se encontra num ambiente com características específicas onde prevalece a tecnologia e um ambiente muito mecanizado e como tal aparentemente pouco humanizado. Sendo um ambiente mais controlado, a unidade de cuidados intensivos, permite salvaguardar a intimidade e privacidade dos clientes.

Em contexto pré-hospitalar (SIV e VMER), a segurança, privacidade e a dignidade do cliente também está salvaguardada. De referir que durante o este ensino clínico houve sempre a preocupação de nunca se expor os clientes na via pública, tentando realizar todos os procedimentos e fenómenos em ambiente mais controlado como a célula da ambulância ou no próprio domicílio. Pude constatar que os familiares tomam muito em conta este meio de socorro, pois sempre foram muito colaborantes na prestação de informação à equipa, bem como aceitavam de bom grado todas as ações e recomendações da equipa do pré-hospitalar. De referir um episódio, no que toca à colaboração de forma efetiva nos processos de tomada de decisão ética em equipa, ao qual nunca tinha estado exposto, prende-se com o fato de uma situação de suspensão de manobras de SAV por PCR aquando da chegada da equipa VMER de S. João à sala de emergência do Hospital de S. João; o médico responsável da sala de emergência após ouvir a passagem de dados da equipa VMER, perguntou a todos os intervenientes (equipa pré-hospitalar e intra-hospitalar) se concordavam com a suspensão de manobras SAV dado o tempo prolongado em PCR e suas consequências, pelo que a decisão foi unânime e a morte do paciente foi declarada. Foi um episódio que me levou a refletir durante o resto do dia pelo fato de estar “envolvido” na concordância de suspensão de manobras de SAV perante o mais que provável desfecho da evolução daquele utente.

Deste modo, procurei intervir de acordo com os princípios éticos que asseguram a confidencialidade e que regem a profissão de enfermagem o que se revelou um pilar essencial para o desenvolvimento da prática clínica e aquisição de competências neste domínio.

### **II.1.2. Domínio da Gestão da Qualidade**

Na saúde, a necessidade de criação de sistemas de qualidade tem-se tornado imprescindível e prioritário. Cabe às organizações de cada área profissional assumir esse papel importantíssimo, definindo padrões de qualidade para o domínio específico do respetivo mandato social (OE, 2001).

Ao longo dos ensinamentos clínicos foram realizados vários momentos de reflexão de forma a identificar, no âmbito da qualidade, práticas e outras, que pudessem colocar em causa os cuidados prestados e a segurança dos clientes. De salientar a existência de protocolos de atuação atualizados e bem definidos, baseados em evidência científica que suportam a prestação de cuidados. Ao gerir e aplicar os protocolos do serviço, o EE contribuiu de forma significativa para a qualidade do serviço onde presta cuidados. Em contexto de UCIP existem vários protocolos terapêuticos, sendo de extrema importância ter conhecimento dos mesmos com entendimento profundo e sua aplicabilidade. Teve-se atenção à existência dos protocolos estipulados na UCIP, por exemplo, da monitorização da glicemia e administração de insulina actrapid, da monitorização do potássio sérico, da monitorização do sódio sérico, de situações de diarreia e/ou vômitos entre outros, consultando-os e colocando-os em prática sempre que necessário. Realizei procedimentos para o manual da qualidade do serviço sobre “Cateter totalmente implantado: administração de terapêutica” e “Cateter totalmente implantado: heparinização vs desheparinização” (Anexo I e II).

Em contexto de SIV, é referir que toda a atuação da equipa se rege por protocolos bem definidos e que carecem sempre de validação por médico regulador do CODU. São exatamente 30 protocolos de atuação e 24 procedimentos. Os protocolos que mais usei durante o estágio foram da dispneia, AEC e dor torácica. Estes são o guia da atuação da equipa SIV perante sinais e sintomas do cliente.

Em contexto de SUP, pude também verificar a presença de protocolos de atuação, principalmente na sala de emergência, local onde permaneci maioritariamente. Os testes aos ventiladores, monitores, verificação de fármacos e produtos terapêuticos, eram procedimentos sempre realizados no turno da manhã, para que a qualidade de cuidados prestados não fosse colocada em causa.

Tentou-se atuar sempre de acordo com as necessidades sentidas pela equipa multidisciplinar, valorizando uma pesquisa científica contínua que permitisse assegurar a qualidade dos cuidados.

Outro ponto muito pertinente no que à qualidade diz respeito é a formação. Ribeiro (2012) afirma que a formação é um processo contínuo que permite a aquisição de competências e reciclar conhecimentos que permitam o acompanhamento da evolução tecnológica e científica, cruciais para garantir uma competência permanente. Em contexto de SUP, tive a oportunidade de assistir a umas Jornadas realizadas no auditório, onde se debateram temas muito pertinentes como os prós e contras da criação de uma futura especialidade de medicina de urgência/emergência; *burnout* nos profissionais que trabalham em contexto de SU.

Em contexto de UCIP, pude também participar numa formação em serviço com temas muito pertinentes tais como: hemodiafiltração venosa contínua, interpretação de gasimetrias, relação de ajuda e terapêutica.

No estágio da SIV, foi-me proposto a realização de uma formação em serviço sobre “*Burnout*, sentido pelos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação Crítica” (Anexo III).

### **II.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados**

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista, tem um papel preponderante e ativo quando gere os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde e seus colaboradores, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas e quando adequa os recursos às necessidades de cuidados adotando um estilo de liderança situacional mais adequado à promoção de cuidados (Magalhães, 2017).

Em contexto de estágio acompanhei alguns momentos de auditoria, gestão do serviço, dos cuidados, do material clínico e farmacológico com o senhor enfermeiro chefe. São exemplos: a realização diária de inventário e reposição de stock de medicamentos; a requisição de medicação sujeita a justificação obrigatória junto dos serviços farmacêuticos; nos procedimentos de verificação, manutenção e acondicionamento de equipamentos do serviço e ocasional pedido de reparação ou substituição; na elaboração de planeamento e

distribuição diário dos enfermeiros nas diversas áreas; assim como na mobilização de enfermeiros entre áreas e serviços, conforme as necessidades identificadas.

No estágio de UCIP, pude também observar e colaborar com o Sr. Enfermeiro Chefe no desempenho de funções relacionadas com a gestão de recursos humanos (distribuição de Enfermeiros pelos utentes internados) e materiais (requisição de medicação e material consumível), bem como na interligação com outros serviços (farmácia, internamentos, burocracia administrativa,...).

Em contexto de estágio de SIV, pude também colaborar ativamente na gestão de recursos humanos e materiais (elaboração de horário de trabalho mensal, requisição de material consumível e medicação).

## II.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DE MÉDICO-CIRURGICA

Os três campos de estágio onde realizei os ensinamentos clínicos permitiram adquirir e aprofundar conhecimentos, saberes e atitudes que até então não estavam tão cimentados, dado o meu contexto de trabalho atual, levando à aquisição de competências específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Em relação ao estágio no SUP do CHTMAD, EPE – Unidade de Vila Real, por indicação da minha Enfermeira orientadora, Enfermeira Especialista Catarina, e por minha iniciativa, estive a maioria dos turnos adstrito à sala de emergência. A minha autonomia/participação, no que toca à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, foi aumentando gradualmente, à medida que os turnos passavam, pois era visto como um colega de trabalho e não como mero aprendiz. Estive presente em várias situações as quais passo a descrever a minha atuação:

- Várias vezes entravam na sala de emergência situações de fibrilação auricular com reposta ventricular rápida que não cedia a medicação antiarrítmica e que tinham de ser sujeitos a cardioversão elétrica sincronizada; nesta situação tinha que colher sangue para os vários tubos de análises, verificar se o tórax reunia condições de segurança (não tinha pelos, não tinha selos de nitratos, não tinha feridas, não estava húmido), verificar presença de material coadjuvante (tubos de Gueddel dos vários tamanhos) de entubação endotraqueal (tubos

endotraqueais dos vários tamanhos e laringoscópio) e preparação de medicação sedativa e analgésica para o referido procedimento, muitas vezes desvalorizada pela parte médica, mas valorizada pela equipa de enfermagem, pois este procedimento implica a descarga de uma quantidade de energia elétrica que provoca muita dor. Aliás, a explicação de todas as atitudes que se estavam a tomar, permitia que os utentes entendessem e soubessem o que se estava a passar para que se sentissem inseridos na relação terapêutica.

- Tive oportunidade de estar presente em várias ativações de vias verdes, nomeadamente a via verde trauma numa situação de tentativa de suicídio com queda de cerca de 15 metros de altura, originando múltiplas fraturas dos ossos dos membros inferiores, bacia e torácica. Foi trazido pela equipa VMER para a sala de emergência. Seguido a metodologia ABCDE, com controlo da cervical, fui avaliando passo a passo, tentando sempre corrigir alguma alteração antes de passar para a próxima fase de avaliação. Aquando da preparação do utente para a sala de imagiologia, notei que a respiração do utente estava assimétrica no que toca a movimentos torácicos, tendo colocado a minha mão no tórax e notado a presença de enfisema subcutâneo. Alertei o médico e veio-se a confirmar a presença de hemo-pneumotorax, que, entretanto, foi drenado imediatamente, com a colocação de um dreno torácico, verificando-se melhoria e estabilização hemodinâmica.

- Assisti e colaborei em situações de PCR, com a aplicação de SAV; o tempo é primordial, e quanto mais cedo se iniciarem manobras de SAV, maior probabilidade há de sobrevivência. Ocorreu uma situação de PCR de um utente que estava numa maca, que, felizmente, foi testemunhada por um enfermeiro que passava naquele instante e transportou imediatamente para a sala de emergência, onde foram iniciadas de imediato manobras de SBV até à chegada do médico intensivista que estava adstrito à sala de emergência para que se inicie SAV. Enquanto eu realizava compressões torácicas, outro enfermeiro realizava insuflações com insuflador manual ao ritmo 30:2, outro enfermeiro monitorizou o utente para identificar o ritmo, e estávamos perante assistolia, confirmada com mudança da derivação que estava no monitor e aumento do tamanho do traçado do monitor. Aquando da chegada do médico, e após entubação orotraqueal, verificou-se que o ritmo tinha alterado para fibrilação ventricular, sendo mandatório a desfibrilhação. Tendo em conta as condições de segurança, desfibrilhou-se e conseguimos obter traçado cardíaco compatível com pulso e pulso palpável e respiração autónoma. Como se tratava de um utente com uma instabilidade

hemodinâmica, com necessidade de porte de aminas, controlo gasimétrico e monitorização hemodinâmica invasiva, foi transferido para a UCIP.

O ambiente de uma urgência é geralmente pautado de grandes emoções potenciadas por processos de doença aguda que, muitas vezes, culminam no internamento dos utentes numa unidade de observação ou num serviço de internamento. Este evento é percebido como gerador de uma crise que provoca um enorme desequilíbrio no sistema familiar do utente. Assim, para poder interagir com a pessoa/família em situação crítica, tive em conta a gestão de visitas e acompanhantes nas diversas salas do SU, de modo a proporcionar apoio emocional e psicológico a todos os intervenientes da relação terapêuticas perante situações críticas. Para tal, tive em conta as crenças, culturas e ideologias do utente/família, procurando desenvolver habilidades comunicacionais e posturais em situações de Stresse e perante a transmissão de más notícias.

Relativamente ao estágio na UCIP de CHTV, EPE – Unidade de Viseu, tratando-se de uma Unidade cuja dinâmica se apresenta muito diferente àquela onde exerço funções, a adaptação à mesma exigiu, um esforço adicional. Para além disso, os cuidados de Enfermagem numa UCIP são bastante específicos, com metodologias e objetivos particulares, pelo que tinha a perfeita noção das dificuldades que poderiam surgir.

Durante este período, tive oportunidade de prestar cuidados a 15 utentes críticos, com falência uni ou multiorgânica nas mais diversas patologias.

Prestei cuidados a utentes submetidos a ventilação invasiva, e que necessitavam de cuidados para manter o suporte ventilatório tais como: cabeceira elevada a 30° para favorecer a expansão torácica ; mudança do filtro-humidificador e do swivel a cada 24h, ou quando conspurcados (evitar o aumento da resistência nas vias aéreas e a proliferação bacteriana); insuflação do cuff do TOT entre os 20-30 mmHg (evitar traqueomalácia e/ou fugas de ar e a aspiração de conteúdo gástrico); monitorizar a pressão do cuff a cada 8 horas, utilizando um manómetro; alternar a fixação do TOT pelo menos 1 vez dia, examinando a pele e a mucosa oral; providenciar cuidados de higiene oral a cada 8h; realizei aspiração de secreções quando necessário; monitorizar a evolução clínica do doente com base nos ajustes do ventilador; realizar gasimetrias para avaliação da oxigenação e ventilação (Elliott, et al., 2012; Urden, et al., 2014); não aspirar nem instilar soluções salinas por rotina e substituir os circuitos do ventilador apenas se visivelmente conspurcados (DGS, 2017). Tive duas oportunidades bem-sucedidas de efetuar o desmame ao ventilador, de remover o tubo orotraqueal, passando o

doente a tolerar a respiração autónoma com suporte de O2 não invasivo, realizando gasimetrias arteriais para avaliar oxigenação e ventilação.

Para além da ventilação, prestei cuidados a utentes com monitorização contínua de pressão arterial invasiva através de linha arterial; utentes com cateter Swan-Ganz; utentes submetidos a hemodiafiltração venosa contínua; doente com alteração do estado de consciência, com monitorização do índice bispectral para avaliação da atividade cerebral e taxa de supressão. Apesar de nunca ter tido oportunidade de prestar cuidados desta complexidade, fruto do meu trabalho de pesquisa e de observação atenta da Enfermeira orientadora, consegui manusear todos estes equipamentos, consegui identificar problemas potenciais nos utentes que tinha ao meu cuidado, identificar precocemente focos de instabilidade e implementar medidas para evitar os problemas ou minimizar efeitos indesejáveis, permitindo uma correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade.

Em contexto de UCIP os protocolos são cruciais. De salientar que apesar de seguir os protocolos instituídos, é esperado que o enfermeiro tenha competência, conhecimento e autonomia para gerir as perfusões dentro dos protocolos (Administração de Noradrenalina; Nutrição Entérica; Monitorização do Potássio Sérico, entre outros), de acordo com a resposta fisiológica do doente à farmacologia (Bento, 2017). Assim, sendo a administração terapêutica uma das grandes responsabilidades do enfermeiro, apostou-se numa atualização contínua acerca dos conhecimentos farmacológicos, contribuindo para a segurança terapêutica do doente.

A gestão da dor do utente sempre foi uma preocupação constante na equipa multidisciplinar. Para tal eram usadas escalas de avaliação da dor (ESCID para utentes inconscientes; escala numérica ou de faces para utentes consciente) para quantificar a dor e atuar para o seu alívio, através da administração de analgesia, e outras medidas não farmacológicas como os posicionamentos antiálgicos e medidas de conforto.

Para além do Stresse e ansiedade causados pelo processo de doença complexo, o ambiente de uma UCIP, dada a panóplia e quantidade de material tecnológico avançado, pode levar à perceção de um ambiente hostil e ameaçador, quer para o utente, quer para a família. No entanto, estes sentimentos podem ser atenuados através da comunicação e da transmissão de informações em tempo real, bem como através da humanização dos cuidados. Foi neste sentido de humanização e incentivo à comunicação e respeito total pelas crenças e cultura da família e doente que sempre desenvolvi a minha prática de cuidados.

A transmissão de más notícias é efetuada numa sala concebida para a receção das visitas. Quando o estado geral do doente se agravava, contactava-se a família para se dirigir ao hospital, sendo a transmissão de notícias e do estado do utente efetuada pelo médico e pelo Enfermeiro. Tive oportunidade de presenciar e estar incluído em situações de transmissão de más notícias, nomeadamente a inevitabilidade da morte ou o falecimento já ocorrido. Esteves (2012), frisa que “os objetivos da comunicação em enfermagem relacionam-se com o ato de informar, convencer, fazer agir, expressar, atuar sobre o equilíbrio emocional e saúde psíquica e induzir sentimentos”, estendendo-se a todo o processo de cuidado e acompanhamento do doente e família.

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma situação adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados pelos profissionais de saúde. De forma a evitar esta situação, tive em atenção procedimentos, tais como: higienizar as mãos de acordo com o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” proposto pela OMS e operacionalizado pela DGS (2010) (muitas vezes sujeito a auditoria por parte de Enfermeiros que pertencem à comissão do PPCIRA), monitorizar sinais e sintomas locais e sistémicos de infeção; utilizar equipamentos de proteção individual (avental, luvas e máscara) na prestação de cuidados; assegurar a integridade do circuito de drenagem vesical, monitorizar características da urina e assegurar a remoção da sonda vesical assim que esta não seja necessária (DGS, 2013b), orientar as visitas para a descontaminação alcoólica das mãos antes e depois do contacto com o doente. A sua realização permitiu-me refletir e repensar na qualidade e segurança dos cuidados prestados, promovendo uma mudança de comportamento e de atitude, não só como profissional, mas também como pessoa.

No campo de estágio, pudemos conhecer o plano de emergência interno do serviço e os princípios de atuação em situação de catástrofe, assim como os métodos de evacuação dos clientes e funções dos respetivos intervenientes.

O estágio realizado no pré-hospitalar decorreu na ambulância SIV de Moimenta da Beira, cuja função é a prestação de cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação, até que esteja disponível uma equipa de prestação de suporte avançado de vida. O *modus-operandi* consiste em protocolos bem definidos em que mediante a sintomatologia apresentada pelo utente, o Enfermeiro contacta o CODU para falar com o médico regulador, expondo a sua avaliação feita (de acordo com a metodologia ABCDE), sugerindo e pedindo a

validação de determinado protocolo de atuação que implicam administração de fármacos ou outras atitudes clínicas.

Colaborei na prestação de cuidados a vítimas de dispneia de origem respiratória e/ou cardíaca; nestas situações o enfermeiro, seguindo a metodologia ABCDE, vai realizando vários procedimentos, tais como, coloca o utente em posição de sentado, auscultação pulmonar, no sentido de verificar se ouve mermúrio vesicular em ambos os ápex e bases pulmonares; avalia sinais vitais (TA, spO<sub>2</sub>, FC, Temperatura e glicémia capilar), realiza ECG (despiste de dispneia de origem cardíaca), administra O<sub>2</sub> para obter saturações periféricas superiores a 95% (caso se trate de um caso de DPOC entre os 89-92%); colhe informação clínica pelo mecanismo CHAMU (C- causa; H- história pregressa; A- Alergias; M- medicação habitual; U- última refeição). À medida que vai fazendo a sua avaliação, se verificar que é uma vítima crítica terá de contactar o CODU no sentido de pedir ajuda diferenciada de VMER; caso não o seja, pede a validação de terapêutica mediante sinais e sintomas que avalia. Esta é a base de atuação sob protocolos. Deste modo, tive que me manter atualizado sobre os protocolos existentes, a sua aplicabilidade, os fármacos e respetivas doses e outras atitudes terapêuticas.

Nas situações de PCR em que estive presente tive um papel ativo e interventivo, demonstrando ter conhecimentos do protocolo de atuação como na identificação do ritmo cardíaco, no início precoce de manobras de SAV (compressões torácicas em numero de 30 seguidas de 2 insuflações), na colocação de acesso venoso periférico para administração de drogas e colocação de máscara laríngea e conexão a ventilador.

Particpei no transporte secundário de utentes, verificando as dificuldades a ele associadas, respeitando as regras de segurança, de modo a não comprometer a segurança do doente ou da equipa.

Intervi perante situações em que foi necessário transmitir informação relativas à situação clínica da vítima, desenvolvi uma comunicação efetiva com o utente, família/ prestador de cuidados, de modo a proporcionar uma relação de empatia, de confiança, de forma a promover um ambiente terapêutico na prestação de cuidados, tendo a preocupação de perceber que informação, é que a pessoa queria saber naquele momento de tanta ansiedade, angústia e Stresse.

Perante a importância de manter um ambiente seguro e com reduzido risco de infeção na ambulância, eram realizados e monitorizados procedimentos de atuação referente à limpeza e desinfeção da célula da ambulância e respetivo material:

- higienização diária do ambiente, feitas com pano, água, sabão.
- higienização semanal, mais completa que a diária, em todos os ambientes e materiais, nos lados internos e externos, feitas com pano, água e solução desinfetante.
- Higienização imediata, feita em ambientes críticos, com grande risco de contaminação (Sangue ou matéria orgânica) com solução desinfetante.

A aprendizagem pela análise e confrontação da minha prática profissional orientada para a melhoria contínua da qualidade, na resolução de problemas reais, revelou ser uma metodologia eficaz, na medida em que é motivador o ato de aprender para mudar/melhorar. Deste modo, ao longo dos três campos de estágio, penso que consegui adquirir competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

### 3- SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Após a realização dos estágios e elaboração deste documento, no âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Projeto ou Estágio do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, afirmamos que o enfermeiro especialista em EMC-PSC tem um papel determinante no seu contexto profissional, pois a integração dos conhecimentos técnicos e científicos, aliada à experiência profissional adquirida, refletem uma prática baseada na evidência, onde os cuidados especializados são prestados de forma holística, responsável e assentes na promoção da qualidade de vida e segurança da pessoa em situação crítica.

A prática em contexto de UCIP, SU e SIV, constituiu momentos de grande aprendizagem, onde o trabalho com equipas multidisciplinares, o contato com diferentes e complexas problemáticas, a intervenção à pessoa em situação crítica, entre outros aspetos, contribuíram significativamente para o desenvolvimento e aprimoramento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.

Para alcançar as competências do EE em EPSC, foi essencial a análise crítica reflexiva sobre as tomadas de decisão, atualização e incorporação de novos conhecimentos, com base na mais recente evidência científica, os momentos de discussão de ideias, a reflexão sobre as práticas clínicas e organizacionais, num exercício contínuo para a implementação de melhores cuidados.

Na procura permanente por uma atuação de qualidade, com respeito pela especificidade dos serviços, das equipas, dos clientes e demais envolvidos, entendeu-se a importância da formação como elemento indispensável para a excelência que se pretende obter nos cuidados de enfermagem. A formação contínua representa não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão (Ribeiro, 2012).

Este relatório, porém, não consegue abranger nem esgotar toda a complexidade e amplitude de conhecimento, reflexões, casos clínicos, e trabalho diário realizado ao longo dos meses de estágio, mas espera constituir uma representação válida do percurso para a habilitação em cuidados especializados à PSC.

A minha atuação revelou autonomia, integração em equipas multidisciplinares foi feita de forma proactiva, apreendi a importância de desenvolver e adquirir conhecimentos e

competências ao longo da vida sempre apoiadas em evidência científica e nos mais profundos princípios e valores éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem.

Deparei-me com algumas dificuldades/constrangimentos ao longo do período de estágios. A distância dos campos de estágios foi um dos principais constrangimentos sentidos por mim, pois os hospitais de Vila Real e Viseu distam da minha residência cerca de 60km, aliada a períodos de mau tempo (chuvas e geadas). No entanto, foi um ponto que ultrapassei com mais ou menos dificuldade, nunca permitindo que fosse motivo de desculpa para qualquer atuação/situação menos bem conseguida da minha parte.

Outra dificuldade prendeu-se com a integração e insegurança nos diversos campos de estágio, principalmente na UCIP, por ser um contexto novo e problemáticas nunca antes confrontadas em termos profissionais. Assim sendo procurei compreender melhor os contextos em questão. Ao longo do tempo e com a experiência adquirida, algumas das estratégias foram utilizadas automaticamente e com o passar dos dias senti um maior despreendimento e competência para enfrentar problemáticas outrora desafiantes.

No entanto, a maior dificuldade no percurso ao longo dos estágios consistiu precisamente na redação deste relatório. Logo após a realização dos EC, não fui capaz de organizar e sistematizar o relatório que hoje apresento. Reconheço efetivamente o insucesso na minha organização pessoal e profissional para a última etapa do mestrado, assumindo a responsabilidade pelo meu percurso académico. nunca deixando de objetivar a sua conclusão. Penso que faltou uma saudável articulação entre as minhas exigências profissionais, vida pessoal e o défice de metodologia e gestão do estudo/trabalho, que me acompanha em todo o percurso escolar.

Em jeito de conclusão, tenho a convicção de que as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, reguladas em Portugal pelo regulamento nr. 140/2019 e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, reguladas pelo regulamento 429/2018 foram atingidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bento, V. C. (2017). Competências especializadas à pessoa em situação crítica: das situações urgentes aos cuidados intensivos coronários (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal.

Decreto Lei nº 15/2014 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/571943>

DGS (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. Acedido em <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2017). “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). ACCCN’s Critical Care Nursing (2ª ed.). Chatswood: Elsevier

Esteves, N. (2012). Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos. Lisboa: Autor

Le Boterf, Guy (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. Acedido em <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/675/1/Metodo%20da%20disciplina%20em%20Enfermagem.pdf>

Magalhães, C. M. S. (2017). Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20OPÓS%20DEFESA.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional em Enfermagem. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Ribeiro, S. (2012). Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar quinta da prata (Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre). Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8448/1/ESSTFC468.pdf>


Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Acedido a <https://www.spci.org/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=16>

Telha, Ana; Ribeiro, Nelson; Páscoa, Carlos; Tribolet, José (2016). Representing the «qualification» concept in Business Processes. *Procedia Computer Science*. ISSN:18770509. Vol. 64

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management* (7th ed.). Missouri: Elsevier.

## **ANEXOS**

**ANEXO I - PROCEDIMENTO CATETERES TOTALMENTE IMPLANTADOS – ADMINISTRAÇÃO TERAPÊUTICA**

	<b>Cateteres Totalmente Implantados</b>  <b>Administração de Terapêutica</b>	Elaborado em ____/____/____	Folha 1/6
		Revisão em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

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


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

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

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

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

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

 <p> <b>Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE</b>  <b>UCIP</b> </p>	<p align="center"> <b>Cateteres Totalmente Implantados</b>   <b>Administração de Terapêutica</b> </p>	<p align="center"> <b>Elaborado em</b>          ____/____/____       </p>	<p align="center"> <b>Folha</b>          2/8       </p>
		<p align="center"> <b>Revisão em</b>          ____/____/____       </p>	<p align="center"> <b>Edição</b>          N.º 1       </p>
		<p align="center">IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem</p>	


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

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

Complicações associadas a cateteres venosos centrais totalmente implantáveis:

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

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

	<b>Cateteres Totalmente Implantados</b>  <b>Administração de Terapêutica</b>	Elaborado em _____	Folha 3/8
		Revisão em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

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

#### Administração de terapêutica endovenosa

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


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

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

#### Material:

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


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

 <p> <b>CENTRO HOSPITALAR</b>          UNIDADE DO VISEU          Ministério da Saúde          Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE          UCIP       </p>	<p><b>Cateteres Totalmente Implantados</b></p> <p><b>Administração de Terapêutica</b></p>	Elaborado em _____	Folha 4/8
		Revisão em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

Cuidados de Enfermagem:


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

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

 <p> <b>CENTRO HOSPITALAR</b>          TONDELA DO VISU          Ministério da Saúde          Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE          UCIP       </p>	<p><b>Cateteres Totalmente Implantados</b></p> <p>Administração de Terapêutica</p>	Elaborado em _____	Folha 5/8
		Revisão em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

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

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


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

• **Legislação, ordem de serviço, Bibliografia de suporte**

- ▶ Santos, R. F. M. (2015). Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado: Importância do manuseamento (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/23511>
- ▶ Santos, E. J. F. (2015). Eficácia da heparina e do soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais em adultos (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2858>
- ▶ Santos, E. J. F., Nunes, M. M. J. C., Cardoso, D. F. B., Apóstolo, J. L. A., Queirós, P. J. P., & Rodrigues, M. A. (2015). Eficácia da heparina e soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais: Revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(8), 995-1003. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000800995&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000800995&script=sci_arttext&lng=pt)
- ▶ Instituto Português de Oncologia, Coimbra. (2014). *Cateter totalmente implantado: Guia de apoio*. Coimbra: IPO. Acedido em - <https://ipocoimbrafg.files.wordpress.com/2016/01/ga-cti.pdf>
- ▶ Malcata, M. J., & Pequito, S. (2007). Cateter venoso central totalmente implantado e respectivas intervenções de enfermagem. *Nursing*, 17(226), 12-16.
- ▶ Álvarez Rodríguez, J. A., López González, A., Álvarez Rodríguez, L., & Alonso Arévalo, A. (2017). Catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial: Una alternativa que tener en cuenta. *Revista Rol de Enfermería*, 40(1), 48-54.
- ▶ Santos, R. F. M., & Maurício, M. D. A. L. L. D. (2016). Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado: Importância do manuseamento. *Servir*, 59(5-6), 60-67.

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

**ANEXO II – PROCEDIMENTO “CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO – HEPARINIZAÇÃO E DESEPARINIZAÇÃO”**

	<b>Cateteres Totalmente Implantados</b>  <b>Heparinização e Deseperinização</b>	Elaborado em ____/____/____	Folha 1/8
		Revisão em ____/____/____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

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


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

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

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

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

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

 <p> <b>CENTRO HOSPITALAR</b>  <b>TONDELA VISEU</b>          Ministério da Saúde          Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE          UCIP       </p>	<b>Cateteres Totalmente Implantados</b>  <b>Heparinização e Deseperinização</b>	Elaborado em _____	Folha 2/5
		Revisão em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	


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

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

Complicações associadas a cateteres venosos centrais totalmente implantáveis:

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

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

	<b>Cateteres Totalmente Implantados</b>  <b>Heparinização e Deseparinização</b>	Elaborado em _____	Folha 3/6
		Revisão em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

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

#### Heparinização e Deseparinização

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


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

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

#### Evidências recentes:

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

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

	Cateteres Totalmente Implantados	Elaborado em .../.../...	Folha 4/8
	Heparinização e Deseperinização	Revisão em .../.../...	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	


**Material:**

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

**Cuidados de Enfermagem:**


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

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

 CENTRO HOSPITALAR UNIDADE DE VISEU Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE UCIP	Cateteres Totalmente Implantados  Heparinização e Deseparinização	Elaborado em _____	Folha 58
		Revisão em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

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

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

	<b>Cateteres Totalmente Implantados</b>  <b>Heparinização e Desheparinização</b>	Elaborado em _____	Folha 6/6
		Revisão em _____	Edição N.º 1
		IT.PQ.04 – Gestão de Enfermagem	

- **Legislação, ordem de serviço, Bibliografia de suporte**
- Santos, R. F. M. (2015). Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado: Importância do manuseamento (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/23511>
- Santos, E. J. F. (2015). Eficácia da heparina e do soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais em adultos (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2858>
- Santos, E. J. F., Nunes, M. M. J. C., Cardoso, D. F. B., Apóstolo, J. L. A., Queirós, P. J. P., & Rodrigues, M. A. (2015). Eficácia da heparina e soro fisiológico para manter a permeabilidade dos cateteres venosos centrais: Revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 995-1003. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000600095&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000600095&script=sci_arttext&lng=pt)
- Instituto Português de Oncologia, Coimbra. (2014). *Cateter totalmente implantado: Guia de apoio*. Coimbra: IPO. Acedido em - <https://ipocoimbrafg.files.wordpress.com/2016/01/ga-cti.pdf>
- Malcata, M. J., & Pequito, S. (2007). Cateter venoso central totalmente implantado e respectivas intervenções de enfermagem. *Nursing*, 17(226), 12-16.
- Álvarez Rodríguez, J. A., López González, A., Álvarez Rodríguez, L., & Alonso Arévalo, A. (2017). Catéteres venosos centrales con reservorio subcutáneo de implantación braquial: Una alternativa que tener en cuenta. *Revista Rol de Enfermería*, 40(1), 48-54.
- Santos, R. F. M., & Maurício, M. D. A. L. L. D. (2016). Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado: Importância do manuseamento. *Servir*, 59(5-6), 60-67.

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

**Anexo III** – Formação em serviço: *Burnout* sentido pelos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica

Burnout sentido pelos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica



TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DOS SRS. ENFERMEIROS MÁRCIO SILVA E TIAGO MALAQUIAS



# BURNOUT



- 1974- Freudenberger “*burnout é falhar, desgastar-se ou sentir-se exausto devido as demandas excessivas de energia, força ou recursos... que ocorre especialmente nas profissões de ajuda*”.
  - 1978 – Maslach “*síndrome de cansaço físico e emocional... devido ao stress crónico associado à falta de condições no trabalho e surge frequentemente nos profissionais de ajuda...*”.
- ↓
- exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal



27/05/2019

# BURNOUT



- Exaustão Emocional - elevada exigência emocional que leva ao esgotamento dos recursos emocionais e físicos.
- Despersonalização - distanciamento emocional entre si e os destinatários dos serviços que presta.
- Baixa realização pessoal - menor senso de realização, sentimento de incompetência, falta de produtividade no trabalho, perda de autoestima



(Soares, 2010)



## BURNOUT

• 4 fases:



1- fase do entusiasmo



2- fase da estagnação



3- fase da frustração



4- fase da apatia

(Barbosa e Neto, 2010)

## Caraterísticas facilitadoras de *Burnout*



A) Caraterísticas pessoais:		
Idade	Locus de controlo	Perfeccionismo
Sexo	Personalidade	Sentido de coerência
Nível Educacional	Estratégias de enfrentamento	Idelaismo
Filhos	Neuroticismo	Motivação
Personalidade	Tipo emocional	
Hardness, a personalidade resistente ao stress	Otimismo x pessimismo	

(Benevides-Pereira, 2002)



## Caraterísticas facilitadoras de *Burnout*

B) Caraterísticas do trabalho:		
Tipo de ocupação	Conflito de papel	Conflito com valores pessoais
Tempo de profissão	Suporte organizacional	Falta de feedback
Trabalho por turnos ou noturno	Satisfação	
Sobrecarga	Responsabilidade	
Relacionamento com colegas de trabalho	Pressão	
Relação profissional-cliente	Possibilidade de progresso	

(Benevides-Pereira, 2002)



## Caraterísticas facilitadoras de *Burnout*

C) Caraterísticas organizacionais:	
Ambiente Físico	Recompensa
Mudanças organizacionais	Segurança
Normas institucionais	Clima
Comunicação	Autonomia

(Benevides-Pereira, 2002)



## Caraterísticas facilitadoras de *Burnout*

D) Caraterísticas do trabalho:
Suporte Social
Suporte familiar
Cultura
Prestigio

(Benevides-Pereira, 2002)

## Sintomas de *Burnout*



### • A) Nível Interpessoal:

AFFECTIVOS	COGNITIVOS	COMPORTAMENTAIS	MOTIVACIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritabilidade;</li> <li>- Insensibilidade;</li> <li>- Frio e sem emoções;</li> <li>- Não ter empatia emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceção cínica e desumana dos utentes;</li> <li>- Negativismo acerca dos utentes;</li> <li>- Pessimismo a respeito dos utentes;</li> <li>- Diminuição na empatia com os utentes;</li> <li>- Estereótipos acerca dos utentes;</li> <li>- Colocar etiquetas pejorativas nos utentes;</li> <li>- Culpabilizar;</li> <li>- Aparência de grandiosidade;</li> <li>- “Martírio”;</li> <li>- Hostilidade;</li> <li>- Suspeição;</li> <li>- Projeção;</li> <li>- Paranoia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Propensão para comportamentos violentos e explosivos;</li> <li>- Agressividade com os utentes;</li> <li>- Conflitos interpessoais, conjugais e familiares;</li> <li>- Isolamento e afastamento social;</li> <li>- Indiferença no que respeita aos utentes;</li> <li>- Responder aos utentes de qualquer maneira;</li> <li>- Isolamento do resto dos colegas;</li> <li>- Humor aborrecido acerca dos utentes;</li> <li>- Expressão de desespero, abandono e sem significado próximo dos utentes;</li> <li>- Usar o distanciamento;</li> <li>- Ciúme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda do interesse;</li> <li>- Desanimo;</li> <li>- Usar os utentes para as suas necessidades pessoais e sociais.</li> </ul>

(Queirós, 2005)

## Sintomas de *Burnout*



### • B) Nível Organizacional:

AFFECTIVOS	COGNITIVOS	COMPORTAMENTAIS	MOTIVACIONAIS
Insatisfação no trabalho;	Cinismo acerca das tarefas no trabalho; Sentimentos de que não é apreciado; Desconfiança na direção, colegas e supervisores.	Redução da eficácia; Baixo rendimento no trabalho; Baixa produtividade; Falta de pontualidade; Aumento de ausências sem autorização; Absentismo; Resistência à mudança; Ser dependente dos supervisores; Ver frequentemente o relógio; Aumentar os acidentes; Inabilidade para organizar.	Perda da motivação para trabalhar; Resistência na ida para o trabalho; Diminuir a iniciativa no trabalho; Baixa moral

(Queirós, 2005)

## Sintomas de *Burnout*



### • C) Nível individual:

AFFECTIVOS	COGNITIVOS	FISICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humor depressivo;</li> <li>- Estado choroso;</li> <li>- Exaustão emocional;</li> <li>- Humor instável;</li> <li>- Diminuição do controlo emocional;</li> <li>- Medo indefinido;</li> <li>- Aumento da tensão;</li> <li>- Ansiedade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de energia;</li> <li>- Perda de significado e de esperança;</li> <li>- Medo de enlouquecer;</li> <li>- Sentimentos de impotência;</li> <li>- Sentimentos de insucesso;</li> <li>- Sentimentos de insuficiência;</li> <li>- Pobre autoestima;</li> <li>- Auto preocupação;</li> <li>- Culpa;</li> <li>- Ideação suicida;</li> <li>- Incapacidade de concentração;</li> <li>- Desleixo;</li> <li>- Dificuldade com tarefas complexas;</li> <li>- Pensamento rígido e esquemático;</li> <li>- Dificuldade em tomar decisões;</li> <li>- Fantasias e sonhos acordados;</li> <li>- Intellectualização;</li> <li>- Diminuição da tolerância à frustração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enxaquecas;</li> <li>- Náuseas;</li> <li>- Tonturas;</li> <li>- Agitação;</li> <li>- Tiques nervosos;</li> <li>- Dores musculares;</li> <li>- Problemas de sono e sexuais;</li> <li>- Alterações súbitas de peso;</li> <li>- Perda de apetite;</li> <li>- Suspirar;</li> <li>- Aumento da tensão pré-menstrual;</li> <li>- Amenorreia;</li> <li>- Fadiga crónica;</li> <li>- Exaustão física;</li> <li>- Hiperventilação;</li> <li>- Perturbações gastro-intestinais;</li> <li>- Lesões por comportamentos de risco;</li> <li>- Aumento do risco de problemas cardíacos;</li> </ul>

## Sintomas de *Burnout*

### • C) Nível individual (Cont):



COMPORTAMENTAIS	MOTIVACIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiperatividade;</li> <li>- Impulsividade;</li> <li>- Protelar de coisas e tarefas;</li> <li>- Aumento do consumo de café, tabaco, álcool, tranquilizantes, drogas ilícitas;</li> <li>- Comportamentos de alto risco;</li> <li>- Aumento de acidentes;</li> <li>- Abandono de atividades recreativas;</li> <li>- Queixas compulsivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda de entusiasmo;</li> <li>- Perda do idealismo;</li> <li>- Desilusão;</li> <li>- Resignação;</li> <li>Desapontamento;</li> <li>- Aborrecimento;</li> <li>- Desmoralização</li> </ul>

(Queirós, 2005)

## Sintomas de *Burnout*

### • D) nos “Profissionais de Ajuda”:



FISICOS	COMPORTAMENTAIS	PSICOLÓGICOS	CLINICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fadiga;</li> <li>- Irritabilidade;</li> <li>- Cefaleias;</li> <li>- Problemas gastrointestinais;</li> <li>- Insónias;</li> <li>- Dores nas costas;</li> <li>- Alterações de peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda do entusiasmo;</li> <li>- Atrasos no trabalho;</li> <li>- Alheamento durante horas;</li> <li>- Frustração e raiva;</li> <li>- Dificuldade em tomar decisões;</li> <li>- Resistência à mudança;</li> <li>- Afastamento dos colegas;</li> <li>- Irritação face aos colegas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depressão;</li> <li>- Diminuição da autoestima;</li> <li>- Pessimismo;</li> <li>- Culpa;</li> <li>- Sentimento de onipotência;</li> <li>- Sentimento de afastamento/indiferença,</li> <li>- Alteração de valores;</li> <li>- Perda de objetivos;</li> <li>- Vazio;</li> <li>- Diminuição do empenhamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinismo face aos utentes;</li> <li>- Alheamento durante as consultas;</li> <li>- Hostilidade face aos clientes,</li> <li>- Rapidez no diagnóstico;</li> <li>- Rapidez em medicar;</li> <li>- Gritar aos utentes.</li> </ul>

(Queirós, 2005)

## Consequências de *Burnout*



Individual	Organizacional
<ul style="list-style-type: none"><li>• Distanciamento emocional</li><li>• Sentimentos de solidão</li><li>• Alienação</li><li>• Impotência</li><li>• Ansiedade</li><li>• Cinismo</li><li>• Apatia</li><li>• Hostilidade</li><li>• Suspeição</li><li>• Agressividade</li><li>• Mudanças bruscas de humor</li><li>• Irritabilidade e problemas somáticos como alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, sexuais, musculares, digestivas e do sistema nervoso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Deterioração da qualidade dos cuidados</li><li>• Diminuição da satisfação laboral</li><li>• Absentismo laboral elevado</li><li>• Aumento dos conflitos interpessoais entre colegas, utentes e supervisores</li><li>• Diminuição da qualidade de vida no trabalho</li></ul>

(Gil-Monte, 2003)

## Estratégias de Prevenção



- A) ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS:
  - técnicas de assertividade e de resolução de problemas;
  - desenvolver estratégias de *coping*;
  - programas de treino para aprender a gerir o tempo de modo eficaz;
  - otimizar a comunicação;
  - mudar o estilo de vida e programas dirigidos a estratégias paliativas (entretenimento, técnicas de relaxamento e de expressão emocionais);
  - repensar a sua rotina de trabalho;
  - Estabelecer prioridades e limites para si mesmo;
  - valorizar o papel da família, do lazer e da formação/aperfeiçoamento pessoal e profissional

(Carvalho, 2005)

## Estratégias de Prevenção



- B) ESTRATÉGIAS DE GRUPO:

- procurar e fomentar o apoio social no trabalho, junto de colegas de trabalho ou dos chefes;
- reforço social e feedback sobre a execução das tarefas;
- apoio emocional e conselhos ou outros tipos de ajuda necessários.

(Carvalho, 2005)

---

## Estratégias de Prevenção



- C) ESTRATÉGIAS ORGANIZACIONAIS:

- programas de prevenção para melhorar o ambiente e o clima no local de trabalho;
- programas de desenvolvimento organizacional;
- programas de valorização e desenvolvimento profissionais;

(Gil-Monte, 2003)

---

# Estratégias de Prevenção



- CARATERISTICAS COMUNS:

- Não desaparece com as férias;
- Não se identifica com a sobrecarga de trabalho nem com fadiga;
- Pode ser despoletado por um trabalho desmotivador;
- Apresenta um carácter insidioso, gerando-se lentamente;
- Afeta sobretudo os profissionais de educação e saúde;
- Deve-se a fatores organizacionais decorrentes do trabalho;
- As características individuais são variáveis moduladoras;
- As características negativas (baixa autoestima, falta de assertividade, e pouco envolvimento) tendem a gerar *burnout*.

(Gisbert, 2002)

---

## *Burnout nos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa crítica*



- situações emocionalmente intensas;
- tomadas de decisão sob pressão, com urgência e em condições de risco;
- a limitação de recursos humanos e materiais;
- prestação de cuidados de uma forma próxima e intensa ao utente em situação crítica e/ou falência orgânica.



25% de todos os Enfermeiros

- Os que prestam cuidados PSC:

Níveis superiores de exaustão emocional, despersonalização e tensão profissional

(Teles, 2011)

## *Burnout nos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa crítica*



- maioritariamente mulheres, jovens, solteiras, escolaridade superior e com pouca experiência profissional

(Gil e Vairinhos, 1997)

- CAUSAS:

- escassez de pessoal e sua desmotivação;
- agressão física e/ou verbal;
- carência de camas e de recursos;
- a falta de apoio ao nível da gestão;
- relacionamento entre os profissionais.

(Teles, 2011)

---

## *Burnout nos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa crítica*



- apresentavam média ponderada de *burnout*, superior à média da escala usada (1º -despersonalização; 2º-exaustão emocional, 3º-diminuição da realização pessoal).

(Martins, 2010)

- Causas: trabalhar turnos há mais de 12 anos; mais de 10 minutos de deslocação para o local de trabalho; atender mais doentes por dia.

Os enfermeiros trabalhavam em SU níveis de *burnout* mais elevados, comparativamente a trabalhar UCI.

(Martins, 2010)

---

## Burnout nos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa crítica



- *Burnout* afeta a relação com os doentes:

- estabelecem menos contacto;
- maior risco de cometer erros no tratamento;
- afetar a qualidade dos cuidados.

West et al, 2006

- unidades em que os enfermeiros apresentavam sinais de *burnout*, os doentes referiam menor satisfação com a qualidade do apoio prestado;
- sentimentos de frustração, frieza;
- indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos doentes

Vahey et al, 2004

---

## Burnout nos Enfermeiros que prestam cuidados à pessoa crítica



Importante desenvolver estratégias de prevenção e tratamento





## Bibliografia

- Barbosa, A., & Neto, I.G. (2010). Manual de cuidados paliativos (2ª ed). Lisboa: Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
  - Batista, E. (2003) - Stress e burnout em profissionais de saúde que trabalham com indivíduos portadores de deficiência mental profunda. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Tese de dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica.
  - Benevides-Pereira, A.M.T. (2002). *Burnout, por quê? Uma introdução*. cit. in: Benevides-Pereira, A.M.T. (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
  - Carvalho, Jorge Manuel. (2005) - (In)Satisfação profissional e burnout em professores e enfermeiros. Coimbra: Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.
  - Gil-Monte, P. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. Revista Electrónica InterAção Psy, 1,19-33.
  - Gil, C. e Vairinhos, C. (1997) - Síndrome de burnout em enfermeiros de serviços de urgência geral e psiquiátrica de hospitais centrais. Lisboa: ESE Maria Fernanda Resende. Trabalho de investigação realizado no âmbito do 1.º Curso de Estudos Superiores Especializados de Administração de Serviços de Enfermagem, 1997.
  - Gisbert, M. (2002). Estrés laboral en el personal sanitario. Fisioterapia, 33-42. Acedido em 2, Abril, 2012, em <http://www.elsevier.es/es/revistas/fisioterapia-146/estres-laboral-personal-sanitario-13031834-articulos-2002>.
- 



## Bibliografia

- Martins, J. E. L. (2010). *Avaliação Processual de Burnout em Enfermeiros para e na Gestão das Organizações de Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Acedido em [https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/672/1/MsC\\_jelmartins.pdf](https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/672/1/MsC_jelmartins.pdf)
  - Soares, J. (2010). Exaustão Emocional dos cuidadores de doentes oncológicos – eficácia de uma intervenção de grupo. Dissertação de Doutoramento em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto, Porto.
  - Teles, Maria de Jesus Godinho (2011) - Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência. Lisboa: Instituto Universário de Lisboa - ISCTE Business School. Projeto de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde.
  - Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42, 57- 66.
  - West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., Shanafelt, T. D., (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. A prospective longitudinal study. *Journal of American Medical Association*, 296(9), 1071–1078.
-

