



***BURNOUT* EM ENFERMEIROS NOS CUIDADOS AO
DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO PÓS PANDEMIA
COVID – 19 - ESTUDO EM MEDICINA INTENSIVA**

Marta Sofia Silvano Martins

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

Orientadora Científica – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Abril 2023



Martins, M. S. S. & Veiga-Branco M. A. R. (2023). *Burnout* em enfermeiros nos cuidados ao doente crítico em contexto pós pandemia Covid-19 - Estudo em Medicina Intensiva. Trabalho de Projeto. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, Portugal.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

A realização deste Relatório Final de Estágio é o resultado de uma longa caminhada, um grande esforço e da qual resultou um crescimento pessoal e profissional.

À minha Orientadora Científica, Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco por toda a orientação metodológica e organização intelectual ao longo de todo este percurso. Pelo estímulo na aprendizagem, pela alegria, jovialidade e energia infindável, e por me contagiar com essa energia.

Aos meus colegas e a toda a equipa do Serviço de Medicina Intensiva. Ao Diretor de Serviço e Enfermeira Responsável, por terem autorizado a realização da recolha de dados.

À minha família e amigos, que nunca me deixaram desistir.

O meu muito obrigada a todos, que de alguma forma cruzaram o meu caminho nesta etapa da minha vida, e que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

A Síndrome de *Burnout* (SB), tornou-se expressiva, na pandemia de Covid-19, com consequências na vida pessoal e profissional dos enfermeiros.

O objetivo, deste trabalho, é reconhecer a percepção de comportamentos da Síndrome de *Burnout* (SB), por enfermeiros em Medicina Intensiva (MI), pós pandemia Covid-19; estudar as relações entre as variáveis independentes e o nível da SB.

Como metodologia, foi desenvolvido um estudo de abordagem quantitativa, transversal e analítico, a partir dos resultados da aplicação *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), numa amostra de 61 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (70.5%) e idades entre 18 e 45 anos.

A análise dos resultados, reconheceu comportamentos da SB, segundo a percepção dos enfermeiros em MI: 42.6% da amostra percecionou SB elevado. Verificaram-se relações estatisticamente significativas entre as variáveis independentes e o nível da SB percecionado: 73.8% percecionam comportamentos da SB relativos ao trabalho, 60.7% percecionam SB a nível pessoal e 19.7% da amostra percecionam SB relativo à interação com o doente.

Concluimos, que o nível elevado da SB percecionado pelos enfermeiros em contexto laboral e pessoal e, até na interação com o doente, fundamentam a proposta que aqui se coloca: a experiência de intensidade e proximidade pessoal com o doente, merece neste momento uma atenção especial em termos de formação e, sobretudo, atendimento específico para despiste de evolução da SB e quaisquer sinaléticas pré depressivas.

Palavras-chaves: síndrome de *Burnout*; enfermeiros; pandemia; Covid-19.

ABSTRACT

Burnout Syndrome (BS) has become significant during the Covid-19 pandemic, with consequences for the personal and professional lives of nurses.

The objective of this study is to recognize nurses' perceptions of Burnout Syndrome (BS) behaviors in Intensive Medicine (IM) post Covid-19 pandemic and to study the relationships between the independent variables and the level of BS.

As a methodology, a quantitative, cross-sectional, and analytical study was developed based on the results of the application of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in a sample of 61 nurses, mostly female (70.5%) and aged between 18 and 45 years.

The analysis of the results recognized BS behaviors, according to the perception of nurses in IM: 42.6% of the sample perceived high levels of BS. Statistically significant relationships were found between the independent variables and the perceived level of BS: 73.8% perceived work-related BS behaviors, 60.7% perceived BS at a personal level, and 19.7% of the sample perceived BS related to interactions with patients.

It is concluded that the high level of BS perceived by nurses in their work and personal contexts and even in their interactions with patients, justifies the proposal made here: the experience of intensity and personal closeness with the patient deserves special attention in terms of training and, above all, specific care to detect the evolution of BS and any pre-depressive signals.

Keywords: Burnout Syndrome; nurses; pandemic; Covid-19.

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ANOVA – *Analysis of Variance*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CHTMAD – Centro Hospital de Trás os Montes e Alto Douro

CBI – *Copenhagen Burnout Inventory*

CDI – 11 - 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

CVC – Cateter Venoso Central

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FAV – Fistula Artério-Venosa

IACS – Infecção Associada a Cuidados de Saúde

IBM-SPSS - *Internacional Business Machines Corporation-Statistical Package for the Sciences*

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IR – Insuficiência Renal

IRD - Instrumento de Recolha de Dados

IRC – Insuficiência Renal Crónica

KPC - *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*

MI – Medicina Intensiva

MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

n - Frequência absoluta

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p - Probabilidade de Significância

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PVC – Pressão Venosa Central
RMN – Ressonância Magnética Nuclear
SARS-COV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2
SB – Síndrome de *Burnout*
SE – Sala de Emergência
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SO – Serviço de Observação
SU – Serviço de Urgência
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TOT – Tubo Oro-traqueal
ULSE – Unidade Local de Saúde do Nordeste
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva
x – Média
 σ - Desvio Padrão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS – Estágio no Serviço de Medicina Intensiva, Serviço de Urgência e Serviço de Hemodiálise.....	13
1. Contextualização.....	14
1.1. Serviço de Medicina Intensiva	15
1.2. Serviço de Urgência	17
1.3. Serviço de Hemodiálise.....	19
2. Análise e Reflexão Crítica sobre o Desenvolvimento de Competências.....	20
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	21
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	22
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	23
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	23
3. Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica	24
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	31
NOTA PRÉVIA	31
<i>BURNOUT</i> EM ENFERMEIROS NOS CUIDADOS AO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO PÓS PANDEMIA COVID – 19 - ESTUDO EM MEDICINA INTENSIVA	32
1. Síndrome de <i>Burnout</i>	33
2. Síndrome de <i>Burnout</i> nos profissionais de saúde.....	33
3. Síndrome de <i>Burnout</i> em contexto de pandemia Covid-19.....	34
4. Metodologia.....	36
4.1. Tipo de estudo	36
4.2. População e amostra.....	37
4.3. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo	37

4.4. Considerações éticas	39
4.5. Procedimento de recolha de dados	39
4.6. Procedimentos de análise de dados	39
5. Resultados.....	41
5.1. Caraterização sociodemográfica da amostra.....	41
5.2. Caracterização profissional da amostra.....	41
5.3. Variáveis de contexto laboral pandémico Covid-19	42
5.4. Estudo do nível da Síndrome de Burnout.....	43
6. Discussão de resultados	49
7. Conclusão	55
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS.....	65
ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	66
ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO	71
ANEXO III - OPERACIONALIZAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	73
ANEXO IV – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO...	77
ANEXO V – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO AUTOR PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE <i>COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY</i> – CBI	84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis de caracterização sociodemográfica.....	41
Tabela 2. Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis de caracterização profissional.....	42
Tabela 3. Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis relacionadas com o contexto laboral pandémico Covid-19.....	43
Tabela 4. Apresentação da distribuição dos valores de <i>Alpha de Cronbach</i> das medidas descritivas e dos valores de níveis da SB.....	44
Tabela 5. Apresentação da distribuição dos valores da associação de variáveis sociodemográficos e profissionais com os níveis da SB.....	45
Tabela 6. Apresentação da distribuição dos valores da associação entre as variáveis relacionadas com o contexto laboral pandémico Covid-19 e os níveis da variável SB..	47

INTRODUÇÃO

A experiência de intensidade laboral em enfermagem, durante tempos prolongados, a extremamente necessária proximidade com a morbilidade de doentes com falência respiratória aguda, só poderia ter sido percecionada pelos enfermeiros, exatamente como foi: um sentimento de elevada exaustão física, psicológica, social e emocional. Esta experiência, prolongada num tempo de ausência de recursos afetivos, como por exemplo a «privação de família, de espaço pessoal», e a contaminação pelos ruídos, foram construindo um quadro de exaustão progressiva. Este contexto, veio impor no sujeito que é enfermeiro, em cuidados a doentes Covid-19, e num primeiro nível cronológico, atitudes de adaptabilidade, a circunstâncias sentidas como extremas, mas que no tempo em que foram vividos os cuidados e as dificuldades, tudo isso emergiu como algo que tinha que ser suportável. Esses mecanismos psicofisiológicos adaptativos, em condições extremas, acabam por resultar, após longos períodos de exposição, em consequências graves a todos os níveis, tal como vem sendo comprovado na atual literatura em contextos pós pandémicos. Zhang et al. (2020) verificaram problemas psicossociais em profissionais de saúde, e fatores de risco para os desenvolver, considerando que precisavam de atenção e programas de recuperação. Por todos estes pressupostos, e na forma como foram e são sentidos por cada enfermeiro, algumas organizações e, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS), estudaram os elevados níveis de stress, codificando-os e atribuindo-lhe uma taxonomia identificada como Síndrome de *Burnout* (SB). Segundo a OMS (2022), a SB - codificada na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) - é considerada uma doença ocupacional, como um quadro de stress crónico, relacionado com a esfera do trabalho, por exigências que levam ou levaram a um desgaste mental, superior à capacidade de ser gerido e suportado pela pessoa.

Em março de 2020 foi declarado o primeiro caso confirmado de Covid-19 em Portugal e, rapidamente iria ser declarada pela OMS, uma pandemia global (Baptista et al., 2021). O surto gerou uma crise a nível mundial que afetou todos os países e categorias económicas. A estratégia dos Serviços de Saúde, na proteção da vida humana, teve nos profissionais de saúde que se encontravam na prestação direta de cuidados, assumidos como os profissionais na linha da frente (Alshmemri & Ramaiah, 2020), os protagonistas essenciais. Neste contexto, a proximidade interpessoal direta e intensa, promove a saturação de horários e de contactos, o

medo de contagiosidade, donde, o desenvolvimento da SB, e nomeadamente entre os profissionais de saúde (Barba et al., 2021). Os enfermeiros de Medicina Intensiva (MI) em contato com doentes infetados, vivem o desgaste, o medo, a pressão, a exaustão, e, a falta de preparação, na gestão das demandas emocionais dos doentes, estão mais predispostos a desenvolver patologias psicossociais, como a SB, que é exacerbada em períodos excepcionais, como uma pandemia (Freitas et al., 2020).

As consequências na produtividade e na saúde física e mental, promoveram a necessidade do conhecimento aprofundado no tema, para, em futuros surtos infecciosos, as intervenções e os métodos implementados, poderem ir ao encontro da atenuação das inquietações e receios dos profissionais (Silva et al., 2021). Deste modo, torna-se pertinente o olhar para a saúde em geral e, para a componente mental em particular, visto que o bem-estar e a qualidade de vida no trabalho, influenciam as intervenções prestadas (Barba et al., 2021). Emerge, neste sentido, a pertinência da temática, e torna-se relevante, reconhecer, de que modo, a pandemia pode ter afetado estes profissionais da linha da frente, no que a investigação, pode contribuir com estratégias e metodologias.

Realça-se que a Unidade Curricular de Estágio com relatório é constituída por dois elementos fundamentais: a prática clínica e a investigação. Por isso, o presente documento, é constituído por dois capítulos.

O primeiro capítulo diz respeito ao relatório do estágio, com a respetiva análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências, nos estágios em Serviço de Urgência (SU), Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Unidade de Cuidados Intensivos Monovalentes – Serviço de Hemodiálise, e que são exigíveis aos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área da pessoa em situação crítica. A metodologia utilizada foi de natureza descritiva, analítica e crítico-refletiva e, estruturalmente encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte, é exposta uma contextualização dos três ensinos clínicos frequentados. Na segunda parte, procede-se à exposição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas, com vista a alcançar os objetivos delineados, e a aprimorar as competências comuns dos enfermeiros e adquirir as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

É de extrema importância referir que, ao longo desta caminhada pelas diferentes componentes de estágio, foram percecionados sentimentos de exaustão física e psicológica, por parte dos enfermeiros, o que resultou na procura de evidências científicas que fundamentassem não só

esta expressão de sofrimento, como também, e como consequência, a eventual menor qualidade cuidativa por menor energia e atenção a esse desempenho, elementos que contrariam o que está consignado como as competências do EEEMC. Na verdade, e considerando esta relação, foi emergindo a problemática que suscitou interesse para a realização do estudo empírico e que a seguir se apresenta.

Todavia, e considerando agora e por isto, a pertinência deste estudo, importa aqui, refletir acerca dessa relação, e o quanto e como, pode colocar em risco algo que diga respeito à qualidade do cuidar. O estudo de Silva et al. (2022) sobre a relação entre sentimentos da SB e segurança do doente, deixa claro que a componente executória de forma ritualizada é insuficiente, e concluem, que os enfermeiros precisam de condições laborais, físicas e psicológicas para desempenhar as suas funções de forma segura, e desta forma minimizar danos para os doentes em MI. Estes autores, apresentados por Guida & Nascimento (2019), defenderam que a melhoria da qualidade do cuidado prestado é a gestão voltada para a segurança do doente.

Após os resultados de Toso et al. (2016), passou a assumir-se que para promover um cuidado adequado ao doente, é necessário que o profissional de enfermagem cuide de si evitando sentimentos de stress e angústia que o levem a atingir a SB, e até mesmo a abandonar as suas tarefas, afetando o cuidado oferecido ao doente.

Em suma, importa reforçar, e resgatando as conclusões dos autores citados, torna-se evidente que as competências do EEEMC, só podem ser colocadas em prática, se estes se sentirem em equilíbrio emocional, mental e físico.

Mas na verdade o que está em risco? Os padrões de qualidade em enfermagem, de acordo com a OE (2001), surgem para promover a implementação de sistemas de melhoria de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Sendo assim, de acordo com os seus enunciados descritivos, o estudo empírico realizado, insere-se, no global em todos os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, - segundo a OE, Regulamento nº 361/2015 (p.17240-17243) – e mais especificamente, no enunciado da satisfação do doente, do bem-estar e autocuidado, da readaptação funcional, e no que respeita à segurança nos cuidados especializados. Numa perspetiva simbiótica, todos estes padrões visam a procura permanente da excelência no exercício profissional e, os mais elevados níveis de satisfação dos doentes, o que deixa evidente a pertinência de estudar a perceção de comportamentos da SB durante a prestação cuidativa.

Independentemente desta componente de qualidade dos cuidados também é essencial o quanto estes comportamentos relativos a SB, fazem perigar – conforme os autores citados – as competências do EEEMC, nomeadamente na competência (1), particularmente nas componentes competenciais (1.4) Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica (...) de alta complexidade do seu estado de saúde; (1.5) Gere o estabelecimento da relação terapêutica (...); e (1.6) Assiste (...) nas perturbações emocionais (...). Na componente da competência (2), as subcomponentes (2.3) Planeia resposta à situação de catástrofe; e ainda na necessidade de foco atencional e serenidade exigidos na subcompetencia (2.5) Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, p. 19363).

Todos estes contextos são essencial e profundamente assegurados pelo equilíbrio analítico reflexivo e atencional que os sentimentos da SB não permitem colocar em prática

Outra componente, surge, por isso, na segunda parte, como expressão expandida da necessidade de adquirir a competência de desenvolvimento de pelo menos uma metodologia de investigação, o presente estudo, cujo desenvolvimento da sua pesquisa, foi baseado na seguinte questão de investigação: *“Será que os profissionais de saúde, em funções de cuidados à pessoa em situação crítica em Medicina Intensiva, apresentam, segundo a sua perceção, atitudes e ou comportamentos relativos à Síndrome de Burnout, na fase pós pandemia Covid-19?”*.

Com base nesta questão, assume-se como objetivo geral: Reconhecer a existência de atitudes da SB, na perceção dos enfermeiros a exercer funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19. Os objetivos específicos, que orientam as ações da pesquisa, expressam-se:

1. Caracterizar do ponto de vista sociodemográfico e profissional, a amostra de enfermeiros, em funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19;
2. Identificar o nível da SB percecionado pelos enfermeiros a exercer funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19;
3. Estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o nível da SB, percecionado pelos enfermeiros em funções em MI, em pós pandemia Covid-19;
4. Estudar a relação entre as variáveis profissionais e o nível da SB, percecionado pelos enfermeiros em funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19.

Para dar consecução a estes objetivos, operacionalizou-se uma investigação de natureza quantitativa de carácter transversal e analítico.

Através de tabelas serão apresentados e analisados os resultados obtidos, a partir das quais emergem resultados fundamentais para a discussão. Iniciamos por uma caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros. Posteriormente, apresenta-se a análise da relação entre as variáveis independentes e o desenvolvimento da SB. A discussão dos resultados obtidos, é feita atendendo os objetivos anteriormente formulados, apresentando as comparações reflexivas entre os resultados de estudos anteriores e os obtidos no presente estudo. A finalização do estudo é realizada na conclusão, expondo-se os objetivos e resultados encontrados e as suas implicações, com discussão e algumas sugestões.

Este relatório final tem como objetivos: apresentar uma síntese reflexiva e crítica sobre as competências desenvolvidas nos três ensinos clínicos; e, identificar uma problemática de estudo empírico, cujos resultados constituam evidências científicas para a prática de enfermagem especializada em EMC.

**CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS – Estágio no Serviço de Medicina Intensiva, Serviço de Urgência e
Serviço de Hemodiálise**

1. Contextualização

De acordo com o Diário da República, 2ª série – nº57 – 22 de março de 2016, despacho nº4155/2016, está previsto como plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) uma unidade curricular semestral de estágio com relatório, correspondendo a 540 horas de contato, distribuídas por 21 horas semanais, cuja componente é dedicada à prática clínica e à investigação.

A unidade curricular de estágio desenvolver-se-á em dois serviços obrigatórios: Serviço de Urgência (SU) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e, um campo de estágio opcional: Unidade de Cuidados Intensivos Monovalentes – Serviço de Hemodiálise.

A prestação de cuidados de enfermagem desenvolvidos em ambiente de urgência hospitalar, cuidados intensivos e hemodiálise promovem o desenvolvimento de determinadas competências, atitudes e comportamentos por parte do enfermeiro, por serem serviços desafiadores que requerem intervenções rápidas e adequadas.

Com o objetivo de alcançar as competências essenciais em EMC, foram estabelecidos como objetivos gerais:

- Executar, orientar e analisar corretamente conhecimentos, tendo em conta a resolução de dificuldades relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC);
- Conhecer a estrutura e a dinâmica dos diferentes serviços;
- Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências específicas da área de EEMC;
- Demonstrar capacidade de trabalhar de forma coordenada e competente no seio da equipa multidisciplinar;
- Desenvolver uma prática profissional e ética de acordo com as competências do Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC);
- Refletir sobre as competências comuns e específicas do EEEMC.

Para cada campo de estágio, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

Serviço de Urgência (SU)

- Tomar consciência da organização funcional do SU;

- Dinamizar competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em situações urgentes/emergentes;
- Compreender a dinâmica da prestação de cuidados de um SU.

Serviço de Medicina Intensiva (SMI)

- Tomar consciência da organização funcional do SMI;
- Adquirir e desenvolver conhecimentos e competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em ambiente de cuidados intensivos;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta adequada em tempo útil.

Serviço de Hemodiálise

- Tomar consciência da organização funcional do Serviço de Hemodiálise;
- Compreender a dinâmica da prestação de cuidados de um Serviço de Hemodiálise;
- Adquirir e desenvolver competências no âmbito da intervenção do EEEMC na prestação de cuidados em contexto de hemodiálise.

1.1. Serviço de Medicina Intensiva

O SMI é uma área multidisciplinar e diferenciada que previne, diagnostica e trata situações de doença aguda grave, que sejam potencialmente reversíveis, em doentes com falência de uma ou mais funções vitais. Representa um dos pilares fundamentais na avaliação e tratamento do doente agudo grave (Ministério da Saúde, 2013). Estas unidades estão direccionadas para o suporte de doentes com diversas patologias, características e tratamentos, e por isso, é constituída por um enorme suporte tecnológico.

O primeiro ensino clínico realizado foi no SMI da ULSE de Bragança, no período de 17 de setembro de 2018 a 29 de outubro de 2018, num total de 168 horas, com a orientação da enfermeira Elisabete Ferro, EEEMC. A coordenação pedagógica do mesmo esteve a cargo da Sra. Professora Matilde Delmina da Silva Martins.

O SMI desta Unidade Hospitalar encontra-se no piso 0 e possui duas entradas distintas, a destinada ao acesso geral dos doentes ao serviço, bem como à entrada de visitas, e outra destinada à entrada dos profissionais de saúde que trabalhem no serviço.

Este é constituído por 10 unidades distintas com estrutura aberta, encontrando-se num espaço amplo, sendo que uma delas é uma unidade de isolamento, e é por isso uma unidade fechada.

Em cada uma delas existe:

- Uma cama hidráulica/elétrica com colchão de pressão alternada;
- Uma estrutura metálica com dois braços: o direito com suporte para equipamento de perfusão, o esquerdo com a monitorização e ventilação, assim como os sistemas de gases e vácuo. Possui ainda uma gaveta onde podem ser guardados acessórios da via aérea;
- Um carro de apoio: colocado no fundo da cama, com todo o tipo de material de apoio para a prestação de cuidados, bem como preparação de medicação;
- Um carro de apoio com armazenamento de cremes e material para higiene oral;
- Um balcão de trabalho com computador, processo do doente e folhas de registos.

Ainda sobre o espaço físico, este é constituído por um armazém onde se encontra todo o material de apoio à prestação de cuidados, um stock de enfermagem, uma copa, um gabinete médico e de enfermagem, área de sujos, stock de roupa limpa e uma casa de banho.

Na entrada do serviço encontra-se uma sala de espera para as visitas. Estas podem recorrer ao serviço no horário estipulado: das 15h às 16h e das 18h às 20h. São permitidas quatro visitas por doente, sendo que podem entrar duas ao mesmo tempo.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem, equipa médica e equipa de assistentes operacionais. A equipa médica é formada por dois médicos das 8 às 14 horas, sendo que a partir das 14 horas fica de permanência apenas um médico.

As dotações seguras definidas pela OE, através do Dec. Lei nº 10319/2014 de 11 de agosto, classificam este tipo de unidade como nível III, sendo o rácio enfermeiro/doente de 1 enfermeiro para 2 doentes. Apesar de existirem 10 unidades disponíveis, o número máximo de doentes admitidos é de 8 doentes no total, e por isso, nos diferentes turnos estão presentes 4 enfermeiros. Quando a enfermeira chefe não se encontra presente é estipulado um enfermeiro responsável de turno. No turno da manhã existem dois assistentes operacionais, e no turno da tarde e da noite apenas um.

De salientar, que o SMI, está sempre em articulação com os meios complementares de diagnóstico, tais como, o Raio-X e Serviço de Imagiologia: Tomografia Axial Computorizada (TAC), Ressonância Magnética Nuclear (RMN) e ultrassonografia, bem como, com o SU,

Bloco Operatório (BO), Serviço de Patologia Clínica e Serviços Farmacêuticos 24 horas por dia.

1.2. Serviço de Urgência

Segundo o Diário da República, 1ª Série – nº55 – 6 de março de 2002, despacho nº11/2002 o SU é considerado um serviço multidisciplinar e multiprofissional, que presta cuidados de saúde a todas as situações que se enquadrem em situações de urgência e emergência médica, que exijam uma intervenção médica. O serviço de urgência é considerado serviço de ação médica hospitalar.

O segundo ensaio clínico realizado foi no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospital de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) em Vila Real, no período de 5 de novembro de 2018 a 21 de dezembro de 2018, num total de 168 horas, com a orientação do enfermeiro Hugo Tronco Teixeira, EEEMC. A coordenação pedagógica do mesmo esteve a cargo da Sra. Professora Matilde Delmina da Silva Martins.

O SU desta Unidade Hospitalar está integrado no Departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos. A área de referência de doentes que o abrange é constituída pelo distrito de Vila Real e alguns concelhos do distrito de Viseu.

Este serviço situa-se no edifício central da instituição no piso -1 e possui três entradas distintas: uma entrada para os doentes emergentes com acesso direto à sala de emergência (SE); outra entrada para a urgência geral e, uma outra para os doentes pediátricos.

A triagem dos doentes é realizada pelos enfermeiros, sendo posteriormente encaminhados para os diferentes setores de atendimento consoante o seu grau de prioridade.

A Triagem de Manchester surge como um método de triagem que fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Assim, para facilitar a identificação de problemas foram elaborados 50 fluxogramas baseados nas queixas dos doentes. Dois fluxogramas foram desenvolvidos para lidar com uma situação de catástrofe. Os fluxogramas têm informação cruzada entre si, e por isso nunca existe a atribuição de uma prioridade clínica inferior para a mesma queixa. Após a sua escolha surgem os discriminadores que são apresentados como forma de pergunta para facilitar o processo (Grupo Português de Triagem, 2009). Este sistema apresenta então cinco níveis de prioridades:

- 1. Emergente (cor vermelha) com 0 minutos de espera;

- 2. Muito Urgente (cor laranja) com uma média de 10/20 minutos de espera;
- 3. Urgente (cor amarela) com uma média de 30/60 minutos de espera;
- 4. Pouco Urgente (cor verde) com uma média de 120 minutos de espera;
- 5. Não Urgente (cor azul) com uma média de 240 minutos de espera;
- Existe ainda a cor branca que é atribuída a doentes que estão fora da categoria de urgência, mas que recorrem ao SU para realização de procedimentos eletivos.

Ainda segundo o Grupo Português de Triagem (2009), a análise do doente deve ser executada de uma forma rápida e segura, o que permite a atribuição de uma prioridade clínica apropriada para guiar a tomada de decisão.

Através desta triagem, e de acordo com protocolos instituídos, são ativadas as diferentes Vias Verdes, sendo elas: a Via Verde da Sépsis, Trauma, Coronária e Acidente Vascular Cerebral (AVC), e encaminhados os doentes para a SE.

Em relação aos recursos humanos a equipa de enfermagem é composta por 52 enfermeiros. O plano de trabalho é distribuído pelo Serviço de Observação (SO), constituído por nove camas com monitorização contínua, incluindo uma unidade de isolamento; a sala de decisão clínica, chamada sala de macas, constituída por nove macas; a sala de tratamento de enfermagem; os gabinetes médicos referentes às diferentes especialidades; a SE; a área cirúrgica e a área médica e, a triagem.

É neste serviço que se encontra ainda a sede da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) com a capacidade de resposta à emergência pré-hospitalar, sendo que alguns dos elementos da equipa de enfermagem do SU são, também, elementos integrantes desta equipa. A VMER em gestão integrada com o instituto nacional de emergência médica (INEM) é constituída por um médico e um enfermeiro.

Relativamente à SE, esta tem como objetivo disponibilizar, em tempo útil, uma abordagem sistematizada e multidisciplinar, em situações clínicas ameaçadoras de vida ou função orgânica. Por isso, nesta sala são recebidos doentes urgentes ou emergentes que necessitam de cuidados imediatos.

São aqui admitidos doentes provenientes:

- Do exterior, através da Triagem de Manchester;
- Do exterior, referenciados de outros hospitais e trazidos pela VMER;
- Do próprio SU e das enfermarias, após contrato com médico.

Os doentes são avaliados e estabilizados por um médico intensivista, uma vez que é o SMI que se encontra a cargo desta sala, e se necessário são ativadas outras especialidades (por exemplo: ortopedia, cardiologia, nefrologia, cirurgia, entre outras). Existem quatro áreas com a capacidade para quatro doentes, e cada uma destas está equipada com meios de monitorização e ventiladores para Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Existe também um ventilador para Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) que serve de apoio às quatro unidades. Há um acesso fácil e rápido aos exames complementares de diagnóstico, tais como, o Raio X e Serviço de Imagiologia: TAC, RMN e ultrassonografia. Após a estabilização do doente, este é encaminhado para diferentes sectores, dependendo da gravidade e da necessidade de determinados cuidados.

1.3. Serviço de Hemodiálise

A Insuficiência Renal Crónica (IRC) é a perda progressiva e irreversível da função renal tornando-se necessário o uso de terapêuticas substitutas da função renal, como a diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal, aliviando os sintomas da doença e preservando a vida, porém sem carácter curativo (Pereira & Guedes, 2009).

O terceiro ensaio clínico realizado foi no Serviço de Hemodiálise do CHTMAD em Vila Real, no período de 3 de janeiro de 2019 a 21 de fevereiro de 2019, num total de 168 horas, com a orientação do enfermeiro José Figueiredo. A coordenação pedagógica do mesmo esteve a cargo da Sra. Professora Matilde Delmina da Silva Martins.

A escolha do presente estágio foi motivada pela curiosidade neste serviço relativamente à sua organização funcional, bem como com o intuito de alargar conhecimentos no âmbito da Insuficiência Renal (IR), quer teoricamente, quer na prática clínica, tais como o manuseamento dos materiais necessários à realização de uma sessão de diálise, podendo servir para aprimorar e melhorar a prática profissional no SMI.

O Serviço de Hemodiálise desta unidade hospitalar encontra-se no Bloco C. No piso 1 encontra-se este serviço, sendo que no piso 2 está o Serviço de Genética.

Em relação ao espaço físico, é constituído por: salas de consulta médica e de enfermagem, uma copa, vestiários e casas de banho, gabinete do enfermeiro chefe (onde é realizada a passagem de turno), sala de reuniões, gabinetes administrativos, sala de diálise peritoneal, sala de

hemodiálise (Sala A, H e C) e sala de arrumos. Existem balanças distribuídas por lugares estratégicos para ser possível realizar a pesagem dos doentes antes e após cada sessão dialítica. Existe ainda uma sala para doentes urgentes, que se encontra no mesmo piso do SU onde há quatro unidades distintas para a realização de hemodiálise, sendo uma delas uma unidade fechada, destinada a doentes em isolamento, ou para a realização de pequenas intervenções como a colocação/retirada de cateter de diálise.

O serviço funciona em dois turnos distintos, o turno da manhã das 8-14h e o turno da tarde das 15-21h. Após este horário existe sempre um enfermeiro que se encontra de prevenção 24 horas, incluídos fins de semana e feriados, para eventuais necessidades que possam surgir fora do período de diálise, bem como para a realização de diálise peritoneal de doentes que estejam internados e não sejam autónomos para a sua realização.

A equipa multidisciplinar é constituída por equipa médica de nefrologia, equipa de enfermagem com dois responsáveis de turno (um para a diálise peritoneal e outro para a hemodiálise) e equipa de assistentes operacionais.

De salientar, que o serviço de hemodiálise está sempre em articulação com os meios complementares de diagnóstico como o raio-X e Serviço de Imagiologia: TAC, RMN e ultrassonografia, sendo o mensageiro que transporta os doentes para a realização de qualquer exame complementar, que pode ser antes ou após a sessão dialítica.

2. Análise e Reflexão Crítica sobre o Desenvolvimento de Competências

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010) *“especialista é o enfermeiro com 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. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais”*.

Assim, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista o conjunto de competências clínicas especializadas integram quatro domínios, que são descritos em seguida.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2010) o enfermeiro deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Este deve possuir um corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente. A sua prática deve respeitar os direitos humanos, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes.

Os cuidados de enfermagem devem fundamentar-se nos valores da profissão e no código de ética, assegurando-se a promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação de pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais. O doente tem o direito de ser informado sobre os riscos de determinados procedimentos, sendo sempre assegurada uma assistência de enfermagem isenta de riscos ou de danos decorrentes de falhas ou erros no agir profissional, quando os cuidados prestados se revelam negligentes, imprudentes ou mesmo provocadas por falta de conhecimento ou habilidade (Freitas et al., 2007).

No decorrer da prática clínica, em contexto de estágio, procurei prestar cuidados de enfermagem centrados no doente como pessoa e ser racional, dotado de dignidade, autonomia e liberdade, respeitando-o sempre como um todo. No desenvolvimento da prática profissional, foram tidos em conta os valores éticos, deontológicos e jurídicos e, o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Diariamente somos confrontados com dilemas complexos que demandam uma tomada de decisões criteriosas, que implicam uma recolha de informação e fundamentação baseada na evidência científica, suportadas em princípios, valores e normas deontológicas, que procurei fortalecer diariamente.

As intervenções desenvolvidas foram explicadas ao doente, realçando riscos e alternativas, procurando sempre obter o consentimento, bem como o respeito pela sua privacidade. A prestação de cuidados de enfermagem foi marcada por um apreço pelo doente, pela proteção e

promoção dos direitos, sem juízos de valor, com respeito e confidencialidade, incrementando a segurança e dignidade do doente.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010), o enfermeiro colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional. O enfermeiro deve reconhecer que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas, avalia a qualidade, implementando programas de melhoria contínua. Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco. Contudo, e sensatamente, estas conceções no domínio da qualidade devem começar pelo próprio, razão porque o estado de saúde do cuidador deve ser tão cuidado, como o do doente, que estão sob sua responsabilidade. Por isso é que as doenças profissionais e ou morbilidades eventualmente desenvolvidas ao longo do contexto laboral, devem estar sob vigilância.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2015) melhorar continuamente a qualidade no setor da saúde significa a prestação de cuidados efetivos e seguros e utilização de recursos de forma eficiente. A melhoria da qualidade contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil e da segurança e adequação com que esses cuidados são prestados.

Sendo assim, nos estágios, promovi um ambiente terapêutico seguro, utilizando metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade, maximizando a eficácia na organização dos cuidados. A prática clínica foi sempre direcionada tendo em conta os padrões de qualidade, melhorando continuamente os cuidados prestados.

Existiu uma atenção na busca de protocolos e normas dos serviços, de modo a prestar cuidados com conformidade e uniformidade. Colaborei na verificação da operacionalidade da sala de diálise, SE e reanimação, unidade do doente no SMI, na preparação e teste de qualquer material necessário.

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010), o enfermeiro realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. O enfermeiro adequa os recursos às necessidades de cuidados, com a identificação do estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

O cuidado é necessariamente multidisciplinar, ou seja, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais de saúde, sendo o somatório de pequenos cuidados que se vão complementando. Assim, o cuidado em saúde é definido como um conjunto de atos, procedimentos, rotinas e saberes (Cecilio & Merhy, 2003).

Durante a prática em ensino clínico, participei como elemento ativo em articulação com a equipa multidisciplinar, com a gestão de recursos de acordo com a situação, e otimização da qualidade dos cuidados. Além disso, foram tidos em conta os padrões de qualidade do exercício profissional em enfermagem na procura da excelência dos cuidados prestados. O desenvolvimento de certas competências aprimorou a segurança e qualidade dos mesmos. Dentro deste contexto, emergiu de forma mais ou menos evidente, a relevância que a componente da estabilidade emocional, por parte dos cuidadores enfermeiros, poderia neste contexto, ser uma condição de variável determinante para a saúde global dos próprios e para a otimização da qualidade dos cuidados.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010), o enfermeiro deve demonstrar a capacidade de autoconhecimento, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. O enfermeiro assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

O enfermeiro deve exercer as suas funções com adequados conhecimentos científicos e técnicos, respeitando sempre a dignidade humana, e adotando medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e os serviços de enfermagem. Por isso, na procura da excelência, o

enfermeiro forma-se continuamente, desenvolvendo conhecimentos, capacidades e atitudes que o fortalecem e o habilitam enquanto profissional (Conselho de Enfermagem 2012/2015).

Ao longo da prática clínica entendi a existência de limites pessoais e profissionais, e, como a gestão destes fatores é fundamental para atuar de forma eficaz, mesmo em situações de pressão. O doente crítico requer cuidados diferenciados e precisos que podem provocar no profissional um elevado nível de stress e cansaço físico e emocional. Em situações de emergência/urgência desenvolvi a capacidade de gestão de stress, bem como a aquisição de outros conhecimentos de forma a melhorar a prática clínica.

Assim, desenvolvi e melhorei a reflexão crítica, o autoconhecimento e a assertividade, baseando a praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Todo o desenvolvimento foi baseado na pesquisa bibliográfica constante, e na investigação das melhores evidências científicas.

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

A área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. É considerada pessoa em situação crítica aquela cuja vida esta ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de monitorização e terapêutica. Por isso mesmo, os cuidados prestados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua, permitindo manter funções básicas de vida, prevenindo complicações e incapacidades, com objetivo numa recuperação total (Diário da República n.º 135/2018, Série II,2018).

O prestar cuidados de excelência à pessoa em situação crítica através de conhecimentos e capacidade de compressão foi um dos objetivos pessoais estabelecido para os campos de estágio. Os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do ano letivo serviram para alargar o campo de conhecimentos e, posteriormente consolidar competências específicas nesta área.

Ainda de acordo com o Diário da República, 2ª série – nº135 – 16 de julho de 2018, despacho nº135/2018 as competências específicas do EEEMC à pessoa em situação crítica são:

- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação;
- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o planeamento de cuidados segundo prioridades e o diagnóstico de irregularidades relativas ao estado de saúde da pessoa são primordiais para uma atuação imediata.

Nos três ensaios clínicos desenvolvidos surgiram diversas oportunidades de prestar cuidados à pessoa/família/cuidador a vivenciar processos de doença/falência clínica. A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, com instabilidade hemodinâmica e a gestão de protocolos terapêuticos complexos remete-nos a incorporar na prática conhecimentos adquiridos anteriormente e mobilizá-los para as situações adequadas, procurando sempre identificar necessidades e efetuar a tomada de decisão baseada na evidência.

No SMI, serviço no qual tenho experiência profissional de alguns anos, prestei cuidados à pessoa em situação crítica, desde cuidados com a via aérea (Tubo Orotraqueal (TOT), traqueostomia, VMI, VMNI), sedação e analgesia, vigilância hemodinâmica contínua, avaliação da pressão venosa central (PVC), realização de Hemofiltração Venovenosa Contínua, prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente sedado, cuidados de enfermagem na administração da nutrição entérica e parentérica, controlo glicémico e vigilância dos acessos vasculares do doente.

As duas escalas utilizadas são a escala de *Ramsay*, que serve para avaliar o grau de sedação do doente e, a escala de coma de *Glasgow* (ECG), para avaliação do estado de consciência em doentes não sedados. Surgiu também oportunidade de prestar cuidados a doentes com distintas patologias, integradas em diversas áreas como a área cirúrgica, respiratória, renal e cardíaca, bem como doentes politraumatizados e em choque séptico.

A comunicação com a família/cuidador é também primordial, tendo estabelecido contato com as mesmas durante o período das visitas, dando todo o tipo de esclarecimento que me fosse

solicitado, bem como algum suporte psicológico, visto ser um processo complexo e de difícil compreensão, e que leva ao surgimento de muitas dúvidas e inseguranças.

No SU houve a constante preocupação do orientador me encaminhar para a SE sempre que esta era ativada. Torna-se imperativo manter a calma e serenidade, necessárias para enfrentar diversas patologias transmitindo sempre que possível confiança à pessoa em situação crítica bem como à família/acompanhantes.

A SE permitiu-me obter uma visão do doente crítico num contexto e meio diferente, proporcionando-me um conjunto de situações clínicas diversificadas e complexas, como: doente em Paragem Cardiorrespiratória (PCR), edema agudo pulmão, Enfarte Agudo Miocárdio (EAM), estado mal epilético, hemorragia digestiva, dificuldade respiratória, entre outras. Como meio de otimizar o atendimento dos doentes surgem as vias verdes, permitindo o acesso direto a esta sala, o que permite uma atuação mais rápida e melhoria do prognóstico do doente.

Durante o estágio no SMI e no SU acompanhei vários doentes instáveis na realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutico. Desenvolvi assim, a capacidade de tomada de decisão e a criação de estratégias para a resolução de possíveis problemas.

O Serviço de Hemodiálise é um serviço programado, em que é dado suporte diário ao doente crónico, contudo é um local onde se executam técnicas complexas, que demandam experiência e alicerces, onde os focos de instabilidade podem estar presentes. Inicialmente busquei a componente mais prática com a oportunidade de conectar e desconectar doentes das sessões dialíticas, bem como a montagem da máquina de diálise e a programação dos seus parâmetros. Também manipulei diferentes avessos como Fistulas Artério-Venosas (FAV), próteses e cateteres de curta e de longa duração (tunelizados e fixos com cuff). À posteriori, indaguei a busca conhecimentos referentes à fisiopatologia, princípios de transporte, equilíbrio analítico, terapêutica, complicações dialíticas, ensinamentos, entre outros.

Neste serviço, não surgiu nenhuma situação emergente/urgente, mas a vigilância do doente dialisado é de extrema importância, devendo ser rigorosa e contínua. É importante aprender a identificar os problemas mais comuns que possam aparecer, como complicações técnicas com a máquina, problemas decorrentes do tratamento da água e problemas clínicos, que surgem na fase de filtração extra-corpórea, denominada fase intradialítica.

As complicações intradialíticas são as mais comuns e aquelas que observei. Dentro das mais frequentes surge a hipotensão, as câibras musculares, as náuseas/vômitos, as cefaleias e a dor

torácica e lombar. A pesquisa bibliográfica realizada antes deste ensaio clínico, as aprendizagens adquiridas na prática clínica ao longo dos anos e a experiência profissional dos profissionais de saúde do serviço perante cada uma delas, permitiu-me aprofundar e enriquecer todo o conhecimento teórico-prático, bem como o lidar com cada situação sabendo atuar de forma autónoma e rápida perante estas.

Surgiu também, a oportunidade de observar a retirada e colocação de um cateter de longa duração, conseguindo perceber como estes são fixos através de um cuff e como pode ser um processo demorado e complexo.

Os doentes que realizam diálise peritoneal são acompanhados no serviço através da consulta médica e de enfermagem, onde são controlados possíveis sinais de infeção: do orifício do cateter ou, até mesmo, a possibilidade de desenvolvimento de uma peritonite. Aqui são realizados estudos analíticos de acordo com a necessidade de cada doente, bem como a administração de antibióticos.

Em suma, todas as experiências que vivenciei, permitiram-me aprimorar conhecimentos e alargar o campo de observação e atuação em situações críticas, aperfeiçoando técnicas e conhecimentos teóricos. Adquiri, assim, competências para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Segundo o Diário da República, 2ª série – nº135 – 16 de julho de 2018, *“uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis”*.

A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil — Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como *“acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”*

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o EEEMC atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (Diário da República, 2ª série – nº135 – 16 de julho de 2018).

A prestação de cuidados no SU, implica estar organizado de maneira a saber agir em situações excepcionais, com a finalidade de diminuir a morbidade, e subsequente a diminuição dos efeitos físicos e psicológicos. Por isso, existe um armário onde se encontram acondicionados kits específicos e planos de ação na possibilidade de ocorrer uma catástrofe, em que haja necessidade de mobilizar recursos de forma organizada.

Durante o período de estágio, não ocorreram nenhuma situação de catástrofe ou acidente multivítimas, contudo, tive a oportunidade de consultar o plano de emergência externa do CHTMAD.

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

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são um problema de grande importância à escala mundial. É de extrema importância salientar que as instituições prestadoras de cuidados não podem ignorar as implicações e o impacto nos doentes, nas unidades de saúde e na comunidade destas infeções. Estas aumentam a morbidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde (DGS - Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos, 2017)

A IACS é uma infeção adquirida pelos doentes em resultado de cuidados e procedimentos de saúde prestados, e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. Esta assume particular importância na pessoa em situação crítica. Com o avanço das tecnologias, que promovem um aumento da esperança de vida, bem como, um aumento do número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, provocam um acréscimo do risco de infeção. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação e à utilização de medidas invasivas no decorrer da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, o EEEMC maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, 2017).

A praxis clínica, direccionou-se para a prestação de cuidados de qualidade, maximizando a prevenção e controlo da infeção. De salientar que em todos os campos de estágio, por serem serviços bastante específicos, os doentes estão mais vulneráveis e são submetidos a

procedimentos mais invasivos, o que aumenta a exposição ao risco de infecção. É, por isso, importante o cumprimento dos protocolos instituídos, bem como a execução de técnicas cumprindo sempre a assepsia, quando assim exigida.

Como futura enfermeira especialista participei ativamente na prevenção da IACS através da correta higienização das mãos, realização correta de técnicas assépticas, cumprimento das normas aquando de doentes em isolamento, limitação da exposição dos doentes a infeções provenientes das visitas e manutenção de provisões adequadas de equipamento e material para os cuidados do doente. Também, colaborei na colheita de diversos rastreios sépticos: hemoculturas, secreções brônquicas, urina, zaragatoa nasal e anal para despiste de MRSA (*Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina) e KPC (*Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*). A prática desenvolvida passou também, pela contribuição na prevenção da infeção associada ao cateter venoso central (CVC), à Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) e à infeção associada ao cateter vesical.

Os padrões de qualidade definidos pela OE (2001) configuram um enorme desafio para a enfermagem, quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados, quer pela necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Ainda segundo com a OE, Regulamento nº 361/2015 (p.17240-17243) os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, representam uma prioridade relativamente ao desenvolvimento profissional, de modo a constituírem um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. O EEEMC, cria, executa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas/famílias, com vista à identificação precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações.

Assim sendo, na procura da excelência no exercício profissional, a OE (2017) definiu enunciados descritivos de qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Médico-Cirúrgica, nos quais baseei a praxis clínica, durante todo o percurso, nos distintos campos de estágio:

- **Satisfação do doente:** na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEEMC persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador

a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação.

- **Promoção da saúde:** na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEEMC ajuda o doente a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, a alcançarem o máximo potencial de saúde.
- **Prevenção de complicações:** na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEEMC previne complicações para a saúde do doente a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação.
- **Bem-estar e auto-cuidado:** na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEEMC maximiza o bem-estar dos doentes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o doente é dependente.
- **Readaptação funcional:** na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEEMC conjuntamente com o doente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e gestão da doença aguda ou crónica.
- **Organização dos cuidados de enfermagem:** na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEEMC contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.
- **Prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos:** na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação e à utilização de medidas invasivas no decorrer da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, o EEEMC maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.
- **Segurança nos cuidados especializados:** na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação e à utilização de medidas invasivas no decorrer de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, o EEEMC faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

NOTA PRÉVIA

Neste capítulo, em jeito introdutório, é apresentado o estudo efetuado, em formato de proposta para publicação. Assim, de forma sumária e motivadora, apresenta-se um breve construto teórico do tema a investigar - *Burnout* em enfermeiros nos cuidados ao doente crítico em contexto pós pandemia Covid-19 - Estudo em Medicina Intensiva (MI).

Neste estudo, o enquadramento teórico, partiu do estudo da Síndrome de *Burnout* (SB) em enfermeiros nos cuidados ao doente crítico, no contexto pós pandemia Covid-19, no serviço de MI. Para isso, desenvolveu-se uma revisão da literatura, tão atual quanto a pertinência do tema exigia, e que sustentou o percurso empírico do presente trabalho, em todas as fases da investigação, de forma a orientar o processo de pesquisa, nomeadamente a seleção do estudo e análise de variáveis.

A pertinência e escolha do tema foi desenvolvida durante a prática clínica, bem como nos diferentes campos de estágio, onde o stress e a exaustão física, bem como a exaustão emocional, eram claramente perceptíveis, nos comportamentos e atitudes demonstrados pelas diferentes equipas de enfermagem, tendo sentido que esses sentimentos foram exacerbados durante a pandemia Covid-19, por todas as vivências e mudanças sentidas na prestação de cuidados.

Para efeitos de divulgação dos resultados da investigação, no campo científico da enfermagem, foi proposto para publicação a uma revista científica, de reconhecimento nacional e internacional. A revista científica selecionada foi a *Millenium*, com editor o Centro de Estudos de Educação, Tecnologia e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu e Presidente a Dra. Madalena Cunha, parte integrante do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu.

***BURNOUT* EM ENFERMEIROS NOS CUIDADOS AO DOENTE CRÍTICO EM
CONTEXTO PÓS PANDEMIA COVID-19 - ESTUDO EM MEDICINA INTENSIVA**

1. Síndrome de *Burnout*

No final dos anos 70 e início dos anos 80, Maslach e Leiter, iniciaram os seus contributos para a SB e, definiram a Síndrome de *Burnout* (SB) como um processo de resposta a agentes de stress crónicos, emocionais e interpessoais que decorrem da atividade profissional, e assentam em três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização/cinismo e a redução da realização pessoal (Maslach et al., 2001).

Assume-se atualmente, que o contexto laboral, é um determinante de desgaste de saúde biopsicossocial, pelo que a SB é uma das formas de agressão ao bem-estar subjetivo dos trabalhadores, o que prejudica fortemente a sua saúde (Areosa & Queirós, 2020), com sintomas disfóricos, como cansaço, com diminuição de desempenho laboral, por comportamentos negativos (Luceño-Moreno et al., 2020).

Como foi já apresentado, a SB expressa-se como um stress crónico, com tal intensidade, que o desgaste mental se torna superior à suportabilidade de gestão da pessoa que o vive (OMS, 2022). Esta síndrome é definida pela depressão e exaustão psicológica, física e mental (Borges et., 2021).

2. Síndrome de *Burnout* nos profissionais de saúde

O contexto laboral da enfermagem caracteriza-se por excessiva carga de trabalho, e de forma prevalente. Desde as experiências de sobrecarga até às situações com um nível elevado de riscos, para o próprio e para os outros (Gomes 2021), o facto é que, implica saber gerir a dor, sofrimento e morte, repercutindo-se em manifestações de níveis elevados de stress (Pereira et al., 2020), em atividades suscetíveis à SB, tornando-os também mais predispostos e vulneráveis. Os seus efeitos são, geralmente, evidentes dentro de uma sintomatologia depressiva cujo alcance transcende o cenário meramente ocupacional e envolve o universo pessoal, familiar e social (Martínez-López et al., 2020). É possível analisar os efeitos da SB como uma dualidade entre o desgaste físico e mental, bem como o risco que se coloca ao nível de cuidados prestados (Almeida et al., 2021).

Segundo Silva et al. (2022), num serviço de MI existem inúmeros fatores para o desenvolvimento da SB, nomeadamente, um ambiente de elevada complexidade, imprevisibilidade e sobrecarga laboral, o que contribui para um aumento do stress laboral.

Também considerados fatores de risco, o elevado absentismo, o número inadequado de profissionais com deficiências quantitativas e qualitativas dos mesmos, a exigência do trabalho - tais como, ter de lidar com a morte e o sofrimento -, a exposição diária a um ambiente fechado - iluminação artificial, ar condicionado, ruídos contínuos -, e o relacionamento interpessoal inadequado. Ainda, segundo Areosa et al. (2020), as recompensas insuficientes e a falta de reconhecimento e de autonomia, aumentam a suscetibilidade para os conflitos (Areosa et al., 2020).

3. Síndrome de *Burnout* em contexto de pandemia Covid-19

A OMS, em março de 2020, declara o surto mundial Covid-19, causado pela Síndrome Respiratória Aguda Grave – CoronaVirus 2 (SARS-Cov-2), como uma pandemia devido a sua alta transmissibilidade e letalidade. O cenário desconhecido desta pandemia significou para a população mundial pânico e medo de contágio, que rapidamente se tornou uma epidemia global (Martínez-López et al., 2020).

O decurso do surto, uma doença infecciosa pouco conhecida e com a capacidade de causar repercussões na saúde pública, contribuiu para desencadear medo, ansiedade (Magalhães et al., 2021), sofrimento psicológico e cansaço (Duarte et al., 2020). Deste modo, originou-se uma elevada taxa de contaminações e óbitos e, igualmente complicações a nível mental para a sociedade e prestadores de cuidados de saúde (Magalhães et al., 2021).

A enfermagem apresenta demandas aumentadas a nível da sua atuação, em situações de emergência à saúde, no qual existe uma elevada propensão para a exposição a riscos. Durante a pandemia, 20% dos casos confirmados em todo o mundo eram profissionais da saúde (Amorim et al., 2021).

A falta de um tratamento específico e a ausência de uma vacina, associado a um elevado número de casos, resultou no aumento da procura de sistemas de saúde, maior número de internamentos e sobrecarga de trabalho (Luz et al., 2021) e, por consequente, exponenciou a pressão física e psicológica a nível hospitalar (Barello et al., 2020).

A elevada taxa de mortalidade que os profissionais de saúde experienciaram na prestação de cuidados a pacientes com Covid-19 (Janeway, 2020), colocou em risco a sua saúde pessoal, sendo isto agravado com a exiguidade de equipamentos de proteção individual (EPIs) (Ehrlich

et al., 2020), que, além disso, causam também diaforese, desidratação, lesões na pele e sensação de asfixia causada pelo uso prolongado de máscaras (Ahmadidarrehsima et al., 2022).

O afastamento social e o isolamento profilático, foram medidas de saúde pública implementadas para controlar a pandemia (Costa et al., 2020), o que exponenciou estados de uma enorme depressão psicológica, baseada no medo; medo de transmitir o vírus, e medo do desconhecido (Ehrlich et al., 2020). A SB já era considerada uma doença psíquica angustiante, dentro da classe dos profissionais de saúde, contudo, a pandemia tornaram-na ainda mais expressiva na conjuntura da atualidade (Almeida, et al., 2021).

4. Metodologia

Para o desenvolvimento da investigação foi enunciada a seguinte questão de investigação: *“Será que os profissionais de saúde, em funções de cuidados à pessoa em situação crítica em Medicina Intensiva, apresentam, segundo a sua perceção, atitudes e ou comportamentos relativos à Síndrome de Burnout, na fase pós pandemia Covid-19?”*

O objetivo geral do estudo visa reconhecer a existência de atitudes da Síndrome de *Burnout* (SB), na perceção dos enfermeiros a exercer funções em Medicina Intensiva (MI), em contexto pós pandemia Covid-19.

Os objetivos específicos, orientam as ações da pesquisa, e englobam:

- Caracterizar do ponto de vista sociodemográfico e profissional, a amostra de enfermeiros, em funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19;
- Identificar o nível da SB percecionado pelos enfermeiros a exercer funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19;
- Estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o nível da SB, percecionado pelos enfermeiros em funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19;
- Estudar a relação entre as variáveis profissionais e o nível da SB, percecionado pelos enfermeiros em funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19.

4.1. Tipo de estudo

O tipo de investigação a ser realizado é de natureza quantitativa, de carácter transversal e analítico.

É de natureza quantitativa, uma vez que a investigação pode ser quantificável, traduzido em números e informações que podem ser analisadas e classificadas (Kauark, Manhães, & Medeiros, 2010).

É de carater transversal analítico, pois procura explicar os resultados através do exame das relações estatísticas entre variáveis num único momento (Ribeiro, 2010).

Após a estratificação do tipo de estudo, importa identificar a população da qual se retirou a amostra em estudo.

4.2. População e amostra

A amostra é do tipo não probabilística e inclui exatamente o mesmo número de elementos que a população, uma vez que toda a população - constituída por uma equipa de enfermagem - aceitou participar na investigação. Assim, a amostra, - tal como a população em estudo - incluiu 61 profissionais de enfermagem, em funções em MI, cuja inclusão e exclusão obedeceram aos seguintes critérios: nos critérios de inclusão foi considerado o exercício profissional em MI em Portugal, durante a pandemia Covid-19, tal como a participação voluntária no estudo. Os critérios de exclusão inserem: os enfermeiros que não dominavam a língua portuguesa e todos os enfermeiros, que pesa embora o fossem, não estavam a trabalhar em contexto do doente crítico durante a pandemia Covid-19.

4.3. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) (Anexo I), foi elaborado com base na revisão da literatura científica na área da investigação, ou seja, Síndrome de *Burnout* em contexto pós pandemia Covid-19. Este está dividido em três partes de variáveis independentes: sociodemográficas, profissionais e de contexto laboral pandémico Covid-19, e, a variável dependente: a Síndrome de *Burnout*.

Assim sendo, para dar resposta à questão de investigação formulada, a recolha de dados será efetuada através de um instrumento estruturado constituído por:

1. Uma componente de parágrafos informativos do estudo, onde será apresentada a investigação, as informações relativas ao preenchimento, e consentimento informado (Anexo II).
2. Um IRD de cada elemento da amostra relativos as variáveis independentes:
 - a. variáveis sociodemográficas (parte I): idade e sexo;
 - b. variáveis profissionais (parte II): grau académico, Especialidade em Enfermagem, regime laboral, tipo de vínculo contratual, tempo de trabalho profissional, número de anos de trabalho em MI, tipo de horário, acumulação de funções e reconhecimento financeiro;
 - c. variáveis de contexto laboral pandémico Covid-19 (parte III): estas variáveis, emergentes a partir da literatura, relacionam-se com as condições de trabalho

durante a pandemia, e foram operacionalizadas através das 10 afirmações/itens: (a) horas de trabalho, em média/dia; (b) necessidade de sair de casa/morar só; (c) conhecimentos acerca da doença; (d) identificação como suspeito ou confirmado de Covid-19; (e) número de doentes Covid-19 acompanhados; (f) existência de EPIs suficientes; (g) experiência de gerir a morte de doentes Covid-19; (h) percepção de medo de infeção; (i) ser veículo de infeção para familiares/amigos; (j) reconhecimento social.

3. A variável dependente, ou seja, a SB, que insere a Escala *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) (Kristensen, et al. 2005), na versão validada para a população portuguesa (Fonte, 2011), para profissionais de saúde, foi operacionalizada através de 19 itens, que enunciam atitudes e comportamentos, divididos em três escalas, gerando 3 dimensões da SB, que por sua vez se operacionalizaram como a seguir se apresenta:

- a. SB pessoal – através de seis (6) itens - avaliam o nível de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada pela pessoa;
- b. SB relacionada com o trabalho – sete (7) itens - avaliam o nível de fadiga física e psicológica e a exaustão auto-percebida em relação ao seu trabalho;
- c. SB relacionada com o doente - seis (6) itens - avaliam o nível de fadiga física, psicológica e de exaustão auto-percebida em relação ao trabalho com os doentes.

Cada uma destas variáveis/itens, será operacionalizada – e mantendo o respeito pela terminologia autoral - através de uma Escala de Lickert de frequência cronológica, com cinco celas. A frequência com que é auto percecionada a SB pessoal, determina uma avaliação, numa escala entre: zero (0) “nunca/quase, nunca” e cem (100) “sempre”.

Relativamente à SB relacionada com o trabalho, nas três primeiras celas varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito”; e nas últimas quatro, varia entre zero (0) “nunca/quase, nunca” e cem (100) “sempre”.

Na SB relacionada com o doente, nas primeiras três celas varia entre zero (0) “muito pouco” e cem (100) “muito”, nas últimas duas varia entre zero (0) “nunca/quase, nunca” e cem (100) “sempre” (Fonte, 2011).

As pontuações podem variar do mínimo de zero (0) ao máximo de cem (100), sendo que:

- Pontuações mais elevadas estão associadas a níveis da SB mais elevados. Considerou-se como nível elevado da SB os valores iguais ou superiores cinquenta (50);

- Pontuações com valores menores estão associadas a níveis da SB inferiores. Considerou-se como nível inferior da SB os valores menores a cinquenta (50) (Fonte, 2011).

Em Anexo encontra-se a operacionalização e categorização das variáveis independentes supramencionadas e da variável dependente, a Síndrome de *Burnout*, segundo o questionário CBI (Anexo III).

4.4. Considerações éticas

Tendo por base os princípios da Declaração de Helsínquia, foi elaborado um pedido de autorização para execução do estudo à Comissão de Ética do CHTMAD, através de correspondência eletrónica, com parecer favorável do diretor do Serviço de Medicina Intensiva e da Enfermeira Responsável, anexando-se a declaração de responsabilidade do orientador científico do estudo. Após o parecer positivo da comissão de ética da referida instituição, o Conselho de Administração deu autorização para a execução (Anexo IV).

Por correio eletrónico foi também efetuado o pedido de autorização ao autor para a utilização da escala CBI (Anexo V).

4.5. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados - que decorreu entre o dia 1 de maio de 2022 e o dia 30 de junho de 2022 - iniciou-se com o contacto com os enfermeiros do serviço, inicialmente com a explicação dos objetivos da investigação, solicitando-se a sua colaboração no estudo, através do preenchimento do IRD. Foi garantido o anonimato, confidencialidade das informações obtidas, liberdade de participação e a possibilidade de abandono do estudo, através de um formulário de consentimento informado.

4.6. Procedimentos de análise de dados

A análise estatística dos dados foi realizada com o programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26 para Windows. As variáveis categóricas (variáveis sociodemográficas, profissionais e de contexto laboral pandémico Covid-19) foram estudadas

através de estatística descritiva, pelo que se apresentarão através de frequências absolutas (n) e relativas (%), e, as variáveis contínuas através dos valores mínimo, máximo e média (x) e desvio-padrão (σ).

A consistência interna entre os itens do *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) e das suas 3 dimensões foi avaliada através do coeficiente *Alpha de Cronbach*, considerando-se valores superiores a 0.70 como indicadores de consistência interna adequada.

Após o cálculo da pontuação da SB global, na dimensão relacionada com o trabalho, pessoal e relacionado com o doente, foi avaliado se estas variáveis tinham distribuição normal através do Teste de *Shapiro-Wilk*. Os resultados destes testes foram não significativos ($p > 0.05$), levando a não rejeitar a hipótese nula da normalidade. Assim, foram utilizados o Teste T de *Student* e a ANOVA para estudar a associação das pontuações da SB com os dados sociodemográficos, profissionais e de contexto laboral pandémico Covid-19. O Teste T de *Student* foi utilizado para a comparação das variâncias entre as médias de dois grupos independentes, e a ANOVA para a comparação das variâncias entre as médias de três ou mais grupos independentes.

Para as conclusões dos resultados dos testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 5%, ou seja, as diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância foi inferior a 0.05 ($p < 0.05$).

A análise de dados foi efetuada exclusivamente pelos autores da investigação e todos os dados utilizados para fins académicos.

5. Resultados

5.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra de enfermeiros em Medicina Intensiva (MI), em contexto pós pandemia Covid-19, apresenta-se conforme a seguir se expõe (Tabela 1): 61 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (70.5%), com idades entre os 18 e os 45 anos (96.7 %), sem filhos (59.0%) e solteiros (50.8%).

Tabela 1.

Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis de caracterização sociodemográfica

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	43	70.5%
	Masculino	18	29.5%
Idade	18-45 anos	59	96.7%
	45-65 anos	2	3.3%
Estado Civil	Solteiro	31	50.8%
	União de facto/Casado	29	47.5%
	Separado/Divorciado	1	1.6%
Tem filhos	Não	36	59.0%
	Sim	25	41.0%

Legenda: n - Frequência absoluta; % – Frequência relativa

5.2. Caracterização profissional da amostra

Relativamente às habilitações literárias (Tabela 2), 19.7% da amostra tem um mestrado e 26.2% detêm uma Especialidade em Enfermagem. Quanto ao tipo de vínculo contratual, 73.8% são efetivos/permanentes, 41.0% trabalham em regime de exclusividade, 86.9% trabalham em horário rotativo/turnos e 27.9% acumulam funções. Da amostra, 11 enfermeiros (18.0%) trabalham há menos de 6 anos na função atual, 36 (59.0%) trabalham entre 6 e 15 anos e 14 (22.9%) trabalham há mais de 15 anos. A maioria da amostra, 96.7%, afirmou não sentir reconhecimento financeiro.

Em suma, o perfil global da amostra é de 80.3% de enfermeiros licenciados, com contrato efetivo/permanente, e com experiência profissional entre os 6-15 anos, sendo que 65.6% da amostra só trabalha em MI há menos de 5 anos.

Tabela 2.

Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis de caracterização profissional

Variáveis		n	%
Grau académico	Licenciatura	49	80.3%
	Mestrado	12	19.7%
Especialidade em Enfermagem	Não	45	73.8%
	Sim	16	26.2%
Regime Laboral	Com exclusividade	25	41.0%
	Sem exclusividade	36	59.0%
Tipo de vínculo contatual	Efetivo/Permanente	45	73.8%
	Contrato/Termo	16	26.2%
Tempo de Trabalho Profissional	1-5 anos	11	18.0%
	6-15 anos	36	59.0%
	16-30 anos	13	21.3%
	>30 anos	1	1.6%
Anos em funções em MI	1-5 anos	40	65.6%
	6-15 anos	14	23.0%
	16-30 anos	6	9.8%
	>30 anos	1	1.6%
Horário	Fixo	8	13.1%
	Rotativo/Turnos	53	86.9%
Acumulação de funções	Não	44	72.1%
	Sim	17	27.9%
Reconhecimento financeiro	Não	59	96.7%
	Sim	2	3.3%

Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa

5.3. Variáveis de contexto laboral pandémico Covid-19

As variáveis relacionadas com o contexto laboral pandémico Covid-19, são expostas na Tabela 3. A maioria (91.8%), dos enfermeiros assinalou que trabalhou mais de 10 horas por dia durante a pandemia, e 68.9% acompanhou profissionalmente mais de 100 doentes com Covid-19. Além disto, 86.9% da amostra, teve que gerir a morte de doentes com Covid-19. Apenas 13.1%

afirmaram que tinham conhecimento acerca da doença e 70.5% responderam que existiram sempre EPIs suficientes.

A totalidade da amostra afirmou que teve receio de ser veículo de infecção para familiares/amigos; 27.9% da amostra tiveram que sair de casa, ou passar a viver sozinhos durante este período. A maioria dos enfermeiros percebeu ter medo de ser infectado (95.1%), e, 47.5% que foram casos suspeitos ou confirmados de Covid-19. Da amostra, 45 enfermeiros (73.8%) perceberam que não tiveram reconhecimento do seu trabalho pela sociedade.

Tabela 3.

Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis relacionadas com o contexto laboral pandémico Covid-19

Variáveis		n	%
Horas de trabalho, em média/dia	5-10 horas	5	8.2%
	>10 horas	56	91.8%
Necessidade de sair de casa/morar só	Não	44	72.1%
	Sim	17	27.9%
Conhecimentos acerca da doença	Não	53	86.9%
	Sim	8	13.1%
Identificação como suspeito ou confirmado de Covid-19	Não	32	52.5%
	Sim	29	47.5%
Nº de doentes Covid-19 acompanhados	Menos de 10	1	1.6%
	Entre 10 e 100	18	29.5%
	Mais de 100	42	68.9%
Existência de EPIs suficientes	Não	18	29.5%
	Sim	43	70.5%
Experiência de gerir a morte de doente Covid-19	Não	8	13.1%
	Sim	53	86.9%
Perceção de medo de infecção	Não	3	4.9%
	Sim	58	95.1%
Ser veículo de infecção para familiares/amigos	Não	0	0.0%
	Sim	61	100.0%
Reconhecimento social	Não	45	73.8%
	Sim	16	26.2%

Legenda: n – Frequência absoluta; % - Frequência relativa

5.4. Estudo do nível da Síndrome de Burnout

A caracterização dos níveis da SB dos enfermeiros da amostra é apresentada na Tabela 4. A análise global às 19 perguntas do questionário e em cada uma das 3 dimensões apresentaram valores de *Alpha de Cronbach* superiores a 0.70 - valor mínimo recomendado para garantir a consistência interna entre os itens em estudo de escalas.

Neste estudo, o valor global do nível da SB variou entre 18.4 a 73.7, ($x=47.1$; $\sigma =13.2$) - sendo que, 42.6% dos enfermeiros se perceberam com SB elevada. Relativamente às três dimensões da SB, verifica-se que 73.8% da amostra se percebeu em elevado nível da SB relacionada com o trabalho; também, 60.7% da amostra, se percebeu em elevado nível da SB pessoal e ainda, 19.7% da amostra com elevado nível da SB relacionada com o doente

Tabela 4.

Apresentação da distribuição dos valores de Alpha de Cronbach das medidas descritivas e dos valores de níveis da SB

Dimensões da SB	Alpha de Cronbach	Medidas descritivas		Níveis da SB	
		Mín. Máx.	x (σ)	Baixo (<50)	Alto (≥ 50)
SB pessoal	0.913	12.5 - 91.7	52.0 (17.4)	24 (39.3%)	37 (60.7%)
SB r/c o trabalho	0.710	25.0 - 85.7	55.7 (12.6)	16 (26.2%)	45 (73.8%)
SB r/c o doente	0.874	0.0 - 66.7	32.2 (18.1)	49 (80.3%)	12 (19.7%)
SB - global	0.908	18.4 - 73.7	47.1 (13.2)	35 (57.4%)	26 (42.6%)

Legenda: r/c – relacionado com; x – Média; σ – Desvio padrão

Na Tabela 5 são apresentados os resultados da comparação dos níveis da SB relativamente às variáveis sociodemográficas e profissionais.

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas, no nível da SB total nem nas suas dimensões ($p>0.05$), relativamente à variável sexo e estado civil.

A comparação dos níveis da SB entre os enfermeiros com e sem filhos demonstrou que, o nível da SB é mais elevado nos enfermeiros sem filhos. As diferenças foram estatisticamente significativas na SB relacionada com o doente ($x=36.7$ vs. $x=25.8$; $p=0.020$) e próximas da significância estatística na SB global ($x=49.7$ vs. $x=43.4$; $p=0.064$) e na dimensão relacionada com o trabalho ($x=58.2$ vs. $x=52.1$; $p=0.063$).

Relativamente à associação dos níveis da SB e as variáveis profissionais: foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de vínculo contratual, o tempo de trabalho profissional e os anos em MI. Comparativamente aos enfermeiros com o tipo de vínculo contratual efetivo/permanente, os enfermeiros com contrato/termo têm níveis mais elevados da SB, tanto na dimensão global da SB ($x=53.9$ vs. $x=44.7$; $p=0.017$) como nas dimensões da SB pessoal ($x=60.2$ vs. $x=49.1$; $p=0.028$), bem como relativamente à SB trabalho ($x=61.4$ vs. $x=53.7$; $p=0.036$) e ainda na componente da SB relativa ao doente ($x=38.8$ vs. $x=29.9$; $p=0.092$).

Relativamente ao tempo de trabalho profissional, observou-se uma tendência de níveis da SB mais elevados nos enfermeiros com 6 a 15 anos na função, e níveis menores nos enfermeiros com mais de 15 anos na função.

Também foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na SB global ($p=0.037$) e na SB relacionada com o trabalho ($p=0.043$) e, próximas da significância estatística na SB relacionada com o doente ($p=0.053$). Registou-se uma tendência semelhante relativamente ao número de anos em MI: foram observados níveis da SB mais elevados nos enfermeiros com 6 a 15 anos em MI e níveis menores nos enfermeiros com mais de 15 anos em MI. Neste caso, as diferenças foram significativas na SB relacionada com o trabalho ($p=0.048$) e próximas da significância estatística na SB pessoal ($p=0.076$).

Tabela 5.

Apresentação da distribuição dos valores da associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais com os níveis da SB

	SB (pontuação de 0 a 100)			
	Global	Pessoal	Trabalho	Doente
Sexo				
Feminino (n=43)	47.9 (13.0)	54.4 (15.9)	56.6 (13.0)	31.4 (18.0)
Masculino (n=18)	45.2 (14.0)	46.3 (20.0)	53.6 (11.8)	34.2 (18.9)
<i>Teste T de Student</i>	$p=0.459$	$p=0.100$	$p=0.390$	$p=0.582$
Estado Civil				
Solteiro (n=31)	48.2 (14.4)	51.1 (19.8)	57.3 (13.5)	34.7 (18.5)
União de facto/Casado (n=29)	46.2 (12.3)	53.3 (15.0)	54.2 (11.8)	29.7 (18.0)
<i>Teste T de Student</i>	$p=0.570$	$p=0.626$	$p=0.354$	$p=0.301$
Tem filhos				
Não (n=36)	49.7 (13.9)	52.9 (19.9)	58.2 (13.1)	36.7 (16.8)
Sim (n=25)	43.4 (11.4)	50.7 (13.4)	52.1 (11.2)	25.8 (18.4)
<i>Teste T de Student</i>	$p=0.064$	$p=0.628$	$p=0.063$	$p=0.020$

Grau acadêmico				
Licenciatura (n = 49)	48.0 (12.1)	52.4 (17.2)	56.2 (11.2)	34.0 (17.3)
Mestrado (n = 12)	43.6 (17.4)	50.3 (18.8)	53.9 (17.7)	25.0 (20.3)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.313</i>	<i>p=0.720</i>	<i>p=0.571</i>	<i>p=0.124</i>
Especialidade em Enfermagem				
Não (n = 45)	48.0 (12.6)	52.3 (17.7)	56.5 (11.9)	33.8 (17.7)
Sim (n = 16)	44.7 (15.0)	51.0 (17.2)	53.6 (14.7)	27.9 (19.1)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.389</i>	<i>p=0.804</i>	<i>p=0.428</i>	<i>p=0.265</i>
Regime laboral				
Com exclusividade (n = 25)	47.1 (12.5)	55.7 (16.0)	55.4 (11.4)	28.7 (19.2)
Sem exclusividade (n = 36)	47.2 (13.9)	49.4 (18.1)	56.0 (13.5)	34.7 (17.2)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.971</i>	<i>p=0.171</i>	<i>p=0.875</i>	<i>p=0.203</i>
Tipo de vínculo contratual				
Efetivo/Permanente (n = 45)	44.7 (12.2)	49.1 (16.6)	53.7 (11.5)	29.9 (18.3)
Contrato/Termo (n = 16)	53.9 (14.1)	60.2 (17.7)	61.4 (14.2)	38.8 (16.4)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.017</i>	<i>p=0.028</i>	<i>p=0.036</i>	<i>p=0.092</i>
Tempo de trabalho profissional				
1-5 anos (n = 11)	44.9 (14.2)	45.5 (17.9)	53.2 (14.3)	34.5 (16.6)
6-15 anos (n = 36)	50.5 (11.1)	55.7 (15.4)	58.9 (10.3)	35.5 (17.9)
>15 anos (n = 14)	40.2 (15.4)	47.6 (20.6)	49.5 (14.7)	22.0 (17.1)
ANOVA	<i>p=0.037</i>	<i>p=0.133</i>	<i>p=0.043</i>	<i>p=0.053</i>
Número anos em funções em MI				
1-5 anos (n = 40)	47.5 (11.6)	49.8 (16.3)	56.3 (11.6)	34.9 (16.0)
6-15 anos (n = 14)	50.7 (11.5)	61.0 (12.0)	59.4 (9.8)	30.1 (20.8)
>15 anos (n = 7)	38.2 (21.6)	46.4 (27.2)	45.4 (18.9)	21.4 (22.1)
ANOVA	<i>p=0.120</i>	<i>p=0.076</i>	<i>p=0.048</i>	<i>p=0.171</i>
Tipo de horário				
Fixo (n = 8)	44.7 (13.9)	53.1 (17.6)	51.8 (9.9)	28.1 (19.9)
Rotativo/Turnos (n = 53)	47.5 (13.2)	51.8 (17.6)	56.3 (12.9)	32.9 (18.0)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.588</i>	<i>p=0.844</i>	<i>p=0.346</i>	<i>p=0.496</i>
Acumulação de funções				
Não (n = 44)	47.4 (13.5)	52.0 (15.9)	54.9 (13.2)	34.1 (17.7)
Sim (n = 17)	46.4 (12.9)	52.0 (21.4)	58.0 (11.1)	27.4 (18.8)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.800</i>	<i>p=0.996</i>	<i>p=0.392</i>	<i>p=0.200</i>

Legenda: n – Frequência absoluta; p – probabilidade de significância

NOTAS: A variável “idade” não foi estudada por só existirem 2 enfermeiros com mais de 45 anos; os enfermeiros “separados/divorciados” não foram considerados por só existir 1 caso. A variável “reconhecimento financeiro” não foi estudada por só existirem 2 enfermeiros que responderam “sim”.

Na Tabela 6 são apresentados os resultados da comparação dos níveis da SB relativamente às variáveis relacionadas com o contexto de exercício laboral pandémico Covid-19.

Os enfermeiros que tiveram que sair de casa ou passar a viver sozinhos durante o período da pandemia apresentam níveis menores da SB relacionada com o doente, com diferenças próximas da significância estatística ($x=34.9$ vs. $x=25.2$; $p=0.061$) - não se registaram

diferenças significativas nem na SB global ($p=0.286$) nem nas dimensões pessoal ($p=0.585$) e trabalho ($p=0.917$).

Os enfermeiros que foram casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 apresentam níveis mais elevados da SB global ($x=50.3$ vs. $x=44.2$; $p=0.073$) e pessoal ($x=57.2$ vs. $x=47.3$; $p=0.025$), mas não da SB relacionada com o trabalho ($p=0.184$) ou com o doente ($p=0.360$).

O número de doentes com Covid-19 acompanhados profissionalmente teve influência significativa nos níveis da SB - os valores médios da escala global da SB e das 3 dimensões foram significativamente mais elevados nos enfermeiros que acompanharam mais de 100 doentes com Covid-19 do que nos que acompanharam até 100 doentes: SB global ($x=51.1$ vs. $x=38.4$; $p<0.001$), pessoal ($x=55.9$ vs. $x=43.4$; $p=0.009$), na dimensão relacionada com o trabalho ($x=59.9$ vs. $x=46.4$; $p<0.001$) e com o doente ($x=35.9$ vs. $x=24.1$; $p=0.017$).

A experiência de gerir a morte de doentes Covid-19 também aumentou significativamente os níveis da SB global ($x=49.1$ vs. $x=34.0$; $p=0.002$), na dimensão relacionada com o trabalho ($x=53.7$ vs. $x=40.6$; $p=0.047$), pessoal ($x=57.7$ vs. $x=42.9$; $p=0.001$) e com o doente ($x=34.5$ vs. $x=17.2$; $p=0.011$).

Os enfermeiros que consideram que existiram sempre EPIs suficientes têm níveis menores da SB. As diferenças foram próximas da significância estatística na SB global ($x=45.0$ vs. $x=52.2$; $p=0.053$), relacionada com o trabalho ($x=49.4$ vs. $x=58.1$; $p=0.076$) e com o doente ($x=29.4$ vs. $x=38.9$; $p=0.063$).

Os enfermeiros que afirmaram que tiveram receio de ser infetados com Covid-19 apresentaram níveis mais elevados da SB do que os que não tiveram receio de serem infetados. As diferenças foram significativas na SB relacionada com o trabalho ($x=56.5$ vs. $x=40.5$; $p=0.030$), mas não nas restantes dimensões.

Os níveis da SB global ($x=40.4$ vs. $x=49.5$; $p=0.016$), pessoal ($x=43.8$ vs. $x=54.9$; $p=0.027$) e relacionada com o trabalho ($x=48.7$ vs. $x=58.3$; $p=0.008$) foram significativamente menores nos enfermeiros que consideram que o seu trabalho foi reconhecido pela sociedade.

Tabela 6.

Apresentação da distribuição dos valores da associação entre as variáveis relacionadas com o contexto laboral pandémico Covid-19 e os níveis da variável SB

	SB (pontuação de 0 a 100)			
	Global	Pessoal	Trabalho	Doente
Horas de trabalho, em média/dia				

5-10 horas (n = 5)	42.4 (14.0)	51.7 (21.0)	51.4 (7.4)	22.5 (18.5)
>10 horas (n = 56)	47.6 (13.2)	52.0 (17.3)	56.1 (13.0)	33.1 (18.0)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.406</i>	<i>p=0.967</i>	<i>p=0.430</i>	<i>p=0.213</i>
Necessidade de sair de casa/morar só				
Não (n = 44)	48.3 (14.1)	52.7 (17.7)	55.8 (13.3)	34.9 (18.0)
Sim (n = 17)	44.2 (10.6)	50.0 (17.2)	55.5 (10.9)	25.2 (16.9)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.286</i>	<i>p=0.585</i>	<i>p=0.917</i>	<i>p=0.061</i>
Conhecimentos acerca da doença				
Não (n = 53)	47.4 (13.2)	52.3 (17.2)	56.1 (12.7)	32.5 (17.5)
Sim (n = 8)	45.2 (14.2)	50.0 (19.9)	53.6 (12.4)	30.7 (23.4)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.664</i>	<i>p=0.733</i>	<i>p=0.606</i>	<i>p=0.796</i>
Identificação como suspeito ou confirmado de Covid-19				
Não (n = 32)	44.2 (13.9)	47.3 (17.6)	53.7 (13.6)	30.2 (19.3)
Sim (n = 29)	50.3 (12.0)	57.2 (15.9)	58.0 (11.2)	34.5 (16.7)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.073</i>	<i>p=0.025</i>	<i>p=0.184</i>	<i>p=0.360</i>
Nº de doentes Covid-19 acompanhados				
Até 100 (n = 19)	38.4 (12.8)	43.4 (18.7)	46.4 (13.3)	24.1 (15.7)
Mais de 100 (n = 42)	51.1 (11.6)	55.9 (15.5)	59.9 (9.9)	35.9 (18.1)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p<0.001</i>	<i>p=0.009</i>	<i>p<0.001</i>	<i>p=0.017</i>
Existência de EPIs suficientes				
Não (n = 18)	52.2 (14.0)	58.1 (19.3)	58.5 (13.5)	38.9 (15.8)
Sim (n = 43)	45.0 (12.5)	49.4 (16.2)	54.6 (12.2)	29.4 (18.5)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.053</i>	<i>p=0.076</i>	<i>p=0.267</i>	<i>p=0.063</i>
Experiência de gerir a morte de doentes Covid-19				
Não (n = 8)	34.0 (15.3)	40.6 (22.6)	42.9 (15.7)	17.2 (15.7)
Sim (n = 53)	49.1 (11.9)	53.7 (16.1)	57.7 (11.0)	34.5 (17.5)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.002</i>	<i>p=0.047</i>	<i>p=0.001</i>	<i>p=0.011</i>
Perceção de medo de infeção				
Não (n = 3)	34.6 (16.9)	43.1 (10.5)	40.5 (14.4)	19.4 (30.1)
Sim (n = 58)	47.8 (12.9)	52.4 (17.6)	56.5 (12.1)	32.9 (17.5)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.094</i>	<i>p=0.367</i>	<i>p=0.030</i>	<i>p=0.213</i>
Reconhecimento social				
Não (n = 45)	49.5 (12.2)	54.9 (16.5)	58.3 (11.4)	34.0 (16.3)
Sim (n = 16)	40.4 (14.2)	43.8 (17.9)	48.7 (13.6)	27.3 (22.4)
<i>Teste T de Student</i>	<i>p=0.016</i>	<i>p=0.027</i>	<i>p=0.008</i>	<i>p=0.209</i>

Legenda: n - Frequência absoluta; p – probabilidade de significância

NOTAS: “Ser vínculo de infeção para familiares/amigos” não foi estudada por só existirem respostas “sim”.

6. Discussão de resultados

A discussão dos resultados obtidos com o presente estudo de investigação, assenta na comparação com a evidência científica internacional relacionada, e será feita de acordo com os objetivos de investigação definidos.

Após a apresentação dos resultados, a amostra de 61 enfermeiros, em estudo, no contexto pós pandemia Covid-19, do ponto de vista sociodemográfico e profissional, é maioritariamente feminina (70.5%), corroborando os dados nacionais, já que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2020), 82.23% dos enfermeiros são do sexo feminino. Da amostra em estudo, 96.7% apresenta idades entre os 18 e os 45 anos, correspondendo à maior percentagem de enfermeiros a exercer funções em Portugal (OE, 2020); e, com habilitações literárias, - para além da licenciatura -, cerca de 1 em cada 5 enfermeiros (19.7%), têm Mestrado, o que representa um valor superior à média nacional (OE, 2020). Ainda em termos formativos, esta amostra revelou-se ativa e atenta na busca de maior conhecimento e de desenvolvimento pessoal e profissional, pois, os resultados revelam que aproximadamente 1 em cada 4 (26.2%) apresenta Especialidade em Enfermagem, realidade que contrasta com a relação a nível nacional, onde apenas 4.11% dos enfermeiros se encontra a prestar cuidados especializados. Todavia, esta divergência não é por acaso, e pode justificar-se pelo fato de a nível nacional, existir um grupo/número substancial de enfermeiros detentores do título de especialista, mas que não estão a exercer na área de enfermagem, em que se formaram e se tornaram especialistas (OE, 2020). Resulta desmotivador senão frustrante, empatar um capital de tempo, energia e atenção para desenvolver um processo moroso e algo difícil, como é a formação numa Especialidade em Enfermagem, e após a criação de algumas expectativas e prospeção de alinhamento de carreira, constatarem que o seu esforço não foi exatamente útil, que a sua realidade laboral em outras áreas da profissão de enfermagem, não só não lhes permite colocar em prática as competências adquiridas, como reduz em emoção e substância os meandros de um projeto de futuro.

E de alguma forma, corroborando uma parte da ideia que foi exposta, foi verificado, que apenas 2 dos 61 enfermeiros (3.3%) assumiram que sentem reconhecimento financeiro, e, a maioria (96.7%) não o sente, evidência, que corrobora os resultados de Amorim et al. (2021). Este fenómeno, está, segundo estes autores, associado a uma desfavorável remuneração que está tacitamente aceite, a nível laboral e institucional, num panorama pouco tranquilo, no que respeita a oportunidade, e à relação entre o nível de empregabilidade e remunerabilidade.

Segundo a OE (2022), na conjuntura da atualidade, apesar da carência de enfermeiros, Portugal enfrenta um fenómeno anormal de emigração de profissionais de enfermagem portugueses, cujas razões, se acredite serem as condicionantes socioeconómicas vivenciadas atualmente. Desde o início da pandemia Covid-19, mais de 2000 Enfermeiros solicitaram à Ordem a declaração para efeitos de emigração, o que levou a que nos momentos mais críticos da pandemia Covid-19, não houvesse no mercado profissionais para contratar. De mencionar que, no último ano, o número total de Enfermeiros que expressaram intenção de emigrar corresponde a cerca de um terço dos novos Enfermeiros formados pelas escolas portuguesas.

Além destes contextos, considerados pertinentes neste estudo, foi estudada a variável dependente e suas respetivas interações com as variáveis atrás apresentadas.

Ao longo desta discussão de resultados, serão expostos aspetos comparativos entre este e outros estudos apresentados em construto teórico, pesa embora, tenham sido levados a cabo em outras amostras, fora do contexto pós Covid-19, com resultados obtidos através de outros instrumentos de recolha de dados e, até com metodologias qualitativas. Considerando que cada instrumento de recolha de dados, ao ser utilizado e analisado é considerado eficiente e, portanto, os resultados possam ser de alguma forma comparados, em situações do mesmo objeto de estudo. Assim sendo, e por isso, nesta reflexão da discussão de resultados, serão expostas comparações relativamente aos resultados, apesar de os instrumentos de recolha de dados, as análises, e as amostras poderem ser completamente diferentes.

O estudo da relação entre estas variáveis sociodemográficas e o nível da SB apresentado pelos enfermeiros a exercer funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19, revelou a não existência de diferenças significativas quanto ao sexo. Este resultado veio corroborar uma revisão integrativa de Borges et al. (2021), e, contrariar o de Gomes (2021), em que foi usado outro IRD e outra amostra, mas que mesmo assim constataram que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados da SB, e que, na sua análise, podem estar correlacionados com os estereótipos em função do género, isto é, pela acumulação de papéis que a maioria das mulheres desempenham. Também, a variável estado civil não demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas, refutado em Borges et al. (2021), que identificou que os profissionais de saúde solteiros, estão mais predispostos para o desenvolvimento da SB. No que diz respeito à variável filhos, a amostra que não apresenta filhos expõe níveis mais elevados da SB relacionada com o doente, com diferenças estatisticamente significativas, o que contraria

Duarte et al. (2020), que pese embora em outra amostra e através de outro IRD, demonstra que ter filhos com menos de 12 anos está associado a níveis mais elevados de stress pessoal.

A análise da relação entre as variáveis profissionais e o nível da SB desta amostra, demonstra que os enfermeiros com contrato a termo, apresentam níveis mais elevados da SB global e das respetivas 3 dimensões, corroborando a maior propensão para desenvolver stress pós-traumático e depressão, relação já encontrada no estudo transversal de Luceño et al. (2020), em contexto da pandemia Covid-19, mas com um IRD diferente, e Areosa et al. (2020), um estudo refletivo sobre a SB.

Curiosamente, mas não menos relevante, importa referir a tendência de níveis da SB relativamente ao tempo de trabalho profissional: os enfermeiros com 6 a 15 anos na função, apresentam níveis mais elevados da SB, do que os grupos com mais e menos tempo de trabalho, e estas diferenças, não são consequência do acaso, porque se apresentam estatisticamente significativas, seja na SB global, seja a relacionada com o trabalho.

Constatou-se uma tendência semelhante, ainda na variável de anos de trabalho em MI: verificaram-se diferenças significativas no nível da SB, na dimensão do trabalho em que os enfermeiros com 6 a 15 anos no serviço se percecionam com níveis mais elevados da SB do que os enfermeiros com mais de 15 anos no serviço. Tal evidência, pode eventualmente, compreender-se pela insuficiente experiência em situações de stress profissional, comparativamente aos elementos mais experientes, que parecem, segundo a sua perceção, estarem mais fortalecidos em gestão de stress do que os colegas menos experientes, inferência que vai de encontro à relação entre a experiência e confiança profissional, apresentada em Duarte et al. (2020), e de alguma forma, corroborada por Borges et al. (2021).

O estudo dos níveis da SB, através dos comportamentos e atitudes auto percebidos pela amostra de enfermeiros, apresenta alguns pormenores que importa pontuar: em 42.6% da amostra, tornou-se evidente que o nível da SB global, corrobora o já verificado nos resultados de Janeway, (2020); sendo que no presente estudo, não se verifica, como no deste autor, uma perceção do dobro da taxa de depressão, em comparação com outros profissionais. Importa referir também, que Martínez-Lopez et al. (2020), não obstante a utilização de um diferente IRD na sua pesquisa, tinham já verificado que pelo nível da SB nessa amostra, cerca 43.3% da amostra do seu estudo, percecionou necessidade de tratamento psiquiátrico no futuro, assumindo em resultados, que essa mesma amostra se percecionou mais vulnerável emocionalmente, e com repercussões futuras.

Para dar visibilidade necessária a estas morbidades e o que podem representar, importa apresentar a diferença de valores da SB encontrados por Magalhães et al. (2021), com uma amostra e IRD distintos, entre a pré e a pós pandemia: os autores, verificaram um índice da SB na pré, de 25.5%, e, no pós pandemia, esse índice aumentou para 38%.

Relativamente às dimensões da variável dependente nesta amostra, verificou-se que 73.8% percecionaram-se com atitudes e ou comportamentos da SB, na dimensão relacionada com o trabalho, 60.7% com atitudes da SB a nível pessoal e ainda, uma menor parte da amostra, mas considerável, 19.7% perceciona comportamentos e atitudes da SB relacionada com o doente.

A fundamentar estes resultados, agora encontrados, estão os de Duarte et al. (2020) e os da revisão da literatura integrativa de Almeida et al. (2021): estes expõem uma menor percentagem da SB relacionada com o doente (35.4%), seguida da SB pessoal (52.5%) e, por fim, da SB relacionada com o trabalho (53.1%); e Duarte et al. (2020), onde a amostra apresentou elevado nível da SB, especialmente as dimensões de trabalho e pessoal.

Analisando os níveis da SB relativamente às variáveis de contexto laboral pandémico Covid-19, os enfermeiros que tiveram que sair de casa ou passar a viver sozinhos durante o período da pandemia, apresentam níveis menores da SB relacionada com o doente, mas na SB global, pessoal e relacionada com o trabalho, não se registaram diferenças significativas. O facto de mudar de casa pode estar associado a um aumento da ansiedade, mas os níveis da SB menores, podem ser explicados pela constatação que minimiza (pelo isolamento, obrigatório) a probabilidade de contagiosidade, diminuindo a culpa quando um membro da família seja infetado (Ehrlich et al., 2020). Também, a hospitalização por Covid-19 e o isolamento profilático, estão positivamente relacionados com o stress pós-traumático (Luceño et al., 2020). O distanciamento das suas famílias, que evoca no sujeito o sentido e o significado de solidão intra e interpessoal, diminui os seus próprios recursos para se auto gerir emocionalmente, entre o que acentua o seu desgaste pessoal, e, que desta forma, pode tornar-se um fator de exaustão profissional. Os enfermeiros que foram casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 apresentam níveis mais elevados da SB global e pessoal (Borges et al., 2021).

Os principais fatores para o desenvolvimento da SB nos profissionais são a sobrecarga de trabalho, o stress, o cansaço físico e o sofrimento psicológico (Gomes, 2021). Segundo Barello et al. (2020), com a aplicação de um diferente IRD, os profissionais diretamente envolvidos na prestação de cuidados a doentes com Covid-19 sofrem de maior pressão psicológica, e, por sua vez, os enfermeiros que acompanharam mais de 100 doentes com Covid-19 apresentaram níveis

da SB global e das suas três dimensões significativamente mais elevados. Segundo uma revisão sistemática com metanálise, a sobrecarga de trabalho foi um problema enfrentado pelos profissionais da linha da frente durante a pandemia, o que se tornou um risco para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão (Luz et al., 2021). Também o sofrimento psicológico e exaustão encontrados num estudo qualitativo e numa revisão integrativa (Ahmadirrehsima et al., 2022 & Amorim et al., 2021), podem proporcionar o desenvolvimento da SB.

Para a amostra, a experiência da morte de doentes com Covid-19 – determinantemente diferentes das habituais, para a equipa cuidativa – terá sido uma variável contextual, com impacto que aumentou significativamente os níveis da SB global, fenómeno que é explicado em Janeway (2020), ao ter verificado que a morte de doentes, se não for bem gerida, pode levar à depressão, que será sentida em todas as áreas da vida. A morte, muitas vezes, encarada pelos enfermeiros como uma decepção e incapacidade de salvar vidas, independentemente dos esforços, torna-se desafiante, com o risco de surgimento da SB (Pereira et al., 2020).

Outro fenómeno corroborado pelos enfermeiros aqui em estudo, foi o aumento dos níveis da SB, - já verificados em Almeida et al., (2021) - pela escassez de EPIs. O grupo amostral que considerou existir sempre EPIs suficientes, apresentou a perceção de comportamentos e atitudes relativos a níveis da SB inferiores, com diferenças próximas da significância estatística, seja na SB global, na relacionada com o trabalho e na perceção de SB relacionada com o doente.

O número total de enfermeiros da amostra assumiu a perceção de ter vivido a sensação de medo de ser veículo de infeção para familiares/amigos. Este facto é só por si, de um significado de violência para o sujeito que o sente. O grupo dos 58 enfermeiros que percecionou ter sentido esse receio de ser infetados com o vírus, está associado aos níveis mais elevados da SB, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Luz et al. (2021), bem como por Gomes (2021), que mencionam esta preocupação, tal qual a expressão de medo apresentada pelos profissionais, relativamente ao facto de se sentirem veículos de transmissão de doença.

Os níveis da dimensão SB global, e das dimensões pessoal e relacionada com o trabalho, foram significativamente inferiores, em enfermeiros que percecionaram que havia reconhecimento social pelo seu trabalho como enfermeiro. Este pormenor, é indicador, de que deve ser de novo investigada esta relação e, quanto ou como ela pode ser indicadora – e até promotora - da motivação pessoal e de melhoria da qualidade laboral. Por fim, e ainda para reforçar a componente da perceção de medo pelos enfermeiros, fica a noção exposta por Amorim et al.

(2021) ao considerar que o medo de cuidar, em contexto de alta transmissibilidade, somada a múltiplos outros fatores, como a baixa remuneração e o excesso de carga horária, contribuem para o desgaste físico, mental e emocional, evidências que devem merecer o nosso investimento em futuras pesquisas.

7. Conclusão

Este estudo partiu dos objetivos inicialmente formulados, efetuando-se uma análise, interpretação dos resultados e discussão dos mesmos, para aceder a um campo de conhecimento, considerado pertinente, e que agora se apresenta em conclusões.

Assim, foi estudada a variável dependente da SB, mensurada através da auto percepção comportamental da amostra, em IRD de autopreenchimento, e através desta metodologia, foi verificada - na percepção dos enfermeiros a exercer funções em Medicina Intensiva (MI), em contexto pós pandemia Covid-19, - a existência de atitudes e comportamentos da Síndrome de *Burnout* (SB). Além desta evidencia percecionada, também se verificou como é que esta significação da SB se apresentava em cada uma das três dimensões que a caracterizam: a SB pessoal, a SB relacionada com o trabalho e a SB relacionada com o doente. De entre o total dos elementos da amostra, 42.6% dos enfermeiros, percecionaram-se com comportamentos que correspondem a nível elevado da SB. Relativamente às três dimensões da variável dependente, 73.8% dos enfermeiros, percecionaram SB relacionada com o trabalho, 60.7% percecionaram que desenvolveram SB a nível pessoal e uma menor parte da amostra (19.7%) assumiram que apresentavam comportamentos da SB relacionada com o doente.

Os níveis da SB da dimensão relacionada com o trabalho, apresentou como fatores de risco: o número de doentes com Covid-19 acompanhados, a vivência de mortes nestes doentes, o medo de ser infetado e a ausência de reconhecimento social.

A dimensão pessoal, evidencia, em 60.7% da amostra comportamentos ou atitudes da SB, relacionados com a percepção de ser caso suspeito ou confirmado de Covid-19 e o número destes doentes a que foram prestados cuidados.

Em relação à dimensão da SB relacionada com o doente, cujos fatores de risco, na percepção da amostra, diziam respeito ao número de doentes com Covid-19 acompanhados e a proximidade física de morte de doentes com Covid-19.

Como, em qualquer outro estudo, também este apresenta algumas limitações do ponto de vista metodológico e estrutural. Pesa embora, a pertinência do objeto de estudo e da amostra estudada, pela limitação desta aos resultados, nunca poderão ser extrapolados para o universo de enfermagem, seja regional ou nacional. O espaço cronológico de recolha de dados limita essa mesma extrapolação de resultados, já que diz respeito a um espaço e a um tempo que a amostra não tinha nunca antes vivido. A última pandemia, que apenas ocorreu na China, em

2003, a H1N1 nos anos 2009 e 2010 foi incidente nos Estados Unidos, México e Argentina, o Ébola entre 2013 e 2016 foi incidente no Sudão, Congo, Costa do Marfim e Zaire, e nenhuma delas com expressão de mortalidade massiva ao nível da Europa, e muito menos, de Portugal. Todavia, todos os registos obtidos e os resultados encontrados importam, justamente, pela inusitação da realidade de ocorrência.

Na literatura atual, a prevenção e combate desta síndrome, conta com intervenções psicológicas através de estratégias de *coping*, motivação e *engagement*, ou ainda com técnicas de *coaching*, ou programas de Educação Emocional aplicada aos grupos laborais. Contudo, o foco deve ser mantido previamente à prevenção da SB, ou seja, na promoção da saúde laboral, com o desenvolvimento de estratégias para anular ou dissipar sinais de stress, e sinalizar quaisquer possíveis causas, evitando os riscos que aqui se reconheceram. Este conjunto de sinergias, refletir-se-á em ganhos em saúde para os que cuidam e os que são cuidados, além do bem-estar das equipas de cuidados e do sucesso ao nível da recuperação. Em suma, é importante salientar, que a SB não se traduz em profissionais menos qualificados, mas sim, em contextos predadores, que os afetam negativamente na sua sanidade mental, impedindo-os de prosperar e inovar, e de serem, portanto, os verdadeiros indicadores de qualidade aos cuidados em saúde.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Na atualidade existe, cada vez mais, uma maior necessidade de aquisição de novos conhecimentos, garantido uma prática baseada na evidência e, o adquirir de competências preconizadas pela OE, permitindo uma prestação de cuidados de excelência.

Após a realização do presente relatório, considero atingidos os objetivos aos quais me propus inicialmente, tendo assegurado permanentemente uma intervenção clara e precisa, com a prestação de cuidados através de uma correta observação e colheita de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a pessoa em situação crítica.

Ao longo do seu desenvolvimento, realizei uma análise crítica e reflexiva das atividades que desenvolvi, bem como das competências que adquiri, justificando os objetivos alcançados e, como enriquecedoras foram as experiências vivenciadas.

O aprimorar de conhecimentos já adquiridos e, o alargar do campo de observação e atuação perante situações críticas, bem como o aperfeiçoamento de técnicas, contribuirão largamente nos cuidados que prestarei como EEEMC.

De salientar, que me deparei com alguns obstáculos, como o cansaço e a gestão do tempo, mas que foram ultrapassados facilmente pela força de vontade e desejo de evoluir pessoal e profissionalmente. Como aspetos facilitadores, de referir o acolhimento por parte de todos os profissionais de saúde com o qual tive a oportunidade de trabalhar, principalmente dos três enfermeiros orientadores pela partilha de conhecimentos e experiências, que me permitiram o desenvolvimento e fortalecimento de competências.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, são altamente qualificados. Estes cuidados surgem como resposta as necessidades afetadas e permitem manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e incapacidades. Para assegurar uma intervenção correta e precisa, bem como uma deteção precoce de possíveis complicações, por parte do enfermeiro, os cuidados prestados exigem uma observação, colheita e procura de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa.

O EEEMC deve possuir as competências fundamentais para a prestação de cuidados de excelência, tal como preconizado na OE, sendo que, cuidados de enfermagem prestados, são o reflexo de quem os pratica, e por esse motivo, a pertinência da temática, que surge aquando dos diferentes campos de estágio e, após ter percecionado comportamentos de desgaste físico e

psicológico por parte das equipas de enfermagem. Por isso, face aos resultados apresentados no estudo empírico, devem ser implementadas, com carácter urgente, medidas preventivas e, proporcionar o treino da resiliência junto dos profissionais, ajudando a reduzir a sensação de desvalorização, com contributos para o seu bem-estar que, como comprovado tem um elevado impacto na SB.

Também, o impacto do suporte organizacional durante a pandemia Covid-19 deverá ser avaliado regularmente, com a esperança que o presente estudo reforce a urgência de implementação de medidas para a promoção do bem-estar psicológico dos enfermeiros que, nesta fase, são ainda mais necessários para uma resposta adequada à pandemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadidarrehsima, S., Salari, N., Dastyar, N., & Rafati, F. (2022). Exploring the experiences of nurses caring for patients with COVID-19: a qualitative study in Iran. *BMC Nursing*. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00805-5>
- Almeida, S.L.A.C., Salvaro, M.M., Geraldo, M.V.F., Guimarães, V.M.H., Fornero, L.C.M., Amorim, A.C.C., Carvalho, L.P.O., Morais, I.L., Dutra, F.R., Lana, E.H.S., & Rocha, A.L.P.M. (2021). Burnout syndrome in healthcare professionals in the frontline of COVID-19. *Brazilian Journal of Development, Curitiba*, v.7, n.7, p. 66360-66371. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-082>
- Amorim, R. F., da Silva, K. R., Casimiro, C. F., & da Silva, P.F. (2021). The challenges of Brazilian nursing facing Covid-19 in 2020: an integrative review. *Revista Saúde em Redes*, v.7, Supl. 1. https://doi.org/10.18310/2446-48132021v7n1_Sup.3545g801
- Alshmemr, M. S., & Ramaiah, P. (2021). Nurses Experiences and Challenges during COVID 19: Mixed Method Approach. *Journal of Pharmaceutical Research International*. 32(31): 81-87, JPRI.62706. https://doi.org/10.9734/JPRI/2020/v32_i3130920
- Areosa, J., & Queirós, C. (2020). Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? *International Journal on Working Conditions*, No.20. <https://doi.org/10.25762/abh3-qh73>
- Baptista, S., Teixeira, A., Castro, L., Cunha, M., Serrão, M., Rodrigues, A., & Duarte, I. (2021). Physician Burnout in Primary Care during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Portugal. *Journal of Primary Care & Community Health* Volume 12: 1–9. <https://doi.org/10.1177/2150132721100843>
- Barba, M. L., Campos, M. M. P., Neves, G. C. A., Junqueira, A. B. C., Pereira, L. S., Estellita, R. R. M., Teixeira, E. V. G., & Santos, A. S. S. (2021). Burnout Syndrome at Covid-19: the health impacts on health workers. *Brazilian Journal of Development*. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-420>
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research* 290, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Borges, G. M., Maia, J. M., Xavier, P. O., Santos, A. B. dos R., Barbosa, C. C. M., Nogueira, V. F., & Ito, A. M. (2021). O impacto da Síndrome de Burnout entre os profissionais de

- saúde no contexto da pandemia da Covid-19. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 13, e8375. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e8375.2021>
- Cecilio, L. C., O., & Merphy, E., E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Disponível em: <https://docplayer.com.br/11198473-A-integralidade-do-cuidado-como-eixo-da-gestao-hospitalar.html>
- Costa, A., Rasga, C., Martiniano, H., Vicente, A., Virgolino, A., Santos, O., Heitor, M. J., & Caldas de Almeida, T. (2020). Saúde mental em tempos da pandemia da COVID-19: abordagem metodológica utilizada no projeto SM-COVID19. *Boletim Epidemiológico Observações*. 2ª série, V 9 (Supl 12) COVID-19. INDRJ.
- Despacho normativo nº4155/2016. (2016). Diário da República nº57, Série II de 22-03-2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/73931871>
- Despacho normativo nº11/2002. (2002). Diário da República nº55, Série I de 06-03-2002. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/252420>
- Despacho nº135/2018. (2018). Diário da República nº135, Série II de 16-07-2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/114453162>
- Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Disponível em.: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H. C., Silva, A. R., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes R., & Serrão C. (2020). Burnout among portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Ehrlich, H., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2020). Protecting our health care workers during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Emergency Medicine* 38(2020)1515–1539. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.023>
- Fonte, C. M. S. (2011). Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI). [Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da

- Saúde/Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/18118>
- Freitas, G. F., & Oguisso, T. (2007). Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):34-40. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100005>
- Freitas, R. F., Barros, I. M., Miranda, E. A. F., Freitas, T. F., Rocha, J. S. B., & Lessa, A. C. (2020). Preditores da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. *J Bras Psiquiatr*; 70(1):12-2. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000313>
- Gomes, L. (2022). Prevalência de *burnout* nos enfermeiros de um serviço de urgência hospitalar, em contexto pré-pandemia COVID-19. *International Journal on Working Conditions*, 22. <https://doi.org/10.25762/r6fh-8f93>
- Grupo Português de Triage (2009) Disponível em: http://www.grupoportugues.com.triagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Guida, T., S., P., & Nascimento, A., B. (2019). Fatores associados ao estresse e coping da equipe de enfermagem de UTI: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. Ago/Dez 2019; 8(2):150-166. <https://doi.org/10.18554/reas.v8i2.3167>
- Janeway, D. (2020). The Role of Psychiatry in Treating Burnout Among Nurses During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Radiology Nursing* 39, Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.06.004>
- Kauark, F. S., Manhães, F. C., & Medeiros, C. H. (2010). *Metodologia da Pesquisa: Um Guia Prático*. Brasil: Via Litterarum.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19 (3):192/207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 5514. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
- Luz, D.C.R.P., Campos, J.R.E., Bezerra, P.O.S., Campos, J.B.R., Nascimento, A.M.V., & Barros, A.B. (2021). Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID -19:

- revisão sistemática com metanálise. *Revista Nursing*; 24 (276): 5714-5719. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5714-5725>
- Magalhães, A.M.M., Trevilato, D.D., Barbosa, A.S., Medeiros, N.M., Seeger, V.G., & Oliveira, J.L.C. (2022). Professional burnout of nursing team working to fight the new coronavirus pandemic. *Rev Bras Enferm.* <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0498>
- Martínez-López, J.A., Lázaro-Pérez, C., Gómez-Galán, J., & Fernández-Martínez, M.M. (2020). Psychological Impact of COVID-19 Emergency on Health Professionals: Burnout Incidence at the Most Critical Period in Spain. *Journal of Clinical Medicine*, 9, 3029. <http://doi.org/10.3390/jcm9093029>
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Ministério da Saúde (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Disponível em: <https://ds3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2735/2/ANEXO%20I%20E2%80%93Regulamento%20n.%C2%BA%20122%202011%20de%2018%20de%20fevereiro.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012/2015). Parecer nº19/2012: Orientação de estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19_CE.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica: Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2020). Anuário Estatístico 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2022). Mais de 2000 Enfermeiros pediram para sair de Portugal desde 2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/mais-de-2000-enfermeiros-pediram-para-sair-de-portugal-desde-2020/>
- Ordem dos Enfermeiros. Trabalhar no estrangeiro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/trabalhar-no-estrangeiro/>
- Pereira, M.D., Torres, E.C., Pereira, M.D., Antunes, P.E.S., & Costa, C.F.T. (2020). Emotional distress of Nurses in the hospital setting in the face of the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, 9, 8, e67985121. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5121>
- Pereira, L. D., & Guedes M. V. C. (2009). Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. *Cogitare Enfermagem*, 14 (4), 689-695. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648977015.pdf>
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 739 – 744. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (3ªed). Legis Editora
- Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M., & Ferreira, P. J. M. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde Millenium - *Journal of Education, Technologies, and Health*, (35). Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8304>
- Silva, A. S., Rocha, M. L., & Sá, L. (2022). Burnout e a segurança do doente em unidades de cuidados intensivos. *Cadernos de Saúde*. 14(2), 48-54. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.11623>
- Silva, R. R., Silva, L. A., Oliveira, E. S., Junior, M. D. S., Silva, M. D. G., & Ribeiro, A. A. (2021). Carga psicossocial e Síndrome de Burnout em profissionais de saúde no combate à pandemia de COVID-19. *Global Academic Nursing Journal*. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200118>
- Souza, M. D. L. De, Sartor, V. V. D. B., Padilha, M. I. C. D. S., & Prado, M. L. D. (2005). O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica *Texto Contexto Enferm* 2005 Abr-Jun; 14(2):266-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-0707200500020001>
- Toso, G. L., Golle, L., Magnago, T. S. B. S., Herr, G. E. G., Loro, M. M., Aozone, F., & Kolankiewicz, A. C. B. (2016). Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016 dez;37(4): e58662. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>

World Health Organization. (2020). Archived: WHO Timeline - COVID-19. <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline-covid-19>

Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F., & Wang, H. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*; 89:242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

ANEXOS

2. Regime Laboral: Com exclusividade Sem exclusividade
3. Tipo de vínculo contatual:
 Efetivo/Permanente Contrato/Termo
4. Tempo de Trabalho Profissional: _____
5. Número de anos em Medicina Intensiva: _____
6. Tipo de horário: Fixo Rotativo/Turnos
7. Acumula funções em outros locais? Sim Não
8. Sente reconhecimento financeiro? Sim Não

PARTE III – FATORES ASSOCIADOS À COVID-19

1. Número de horas (diárias), em média, que trabalhou durante a pandemia: _____
2. Teve que sair de casa ou passar a viver sozinho durante o período da pandemia?
 Sim Não
3. Considerou que tinha conhecimento suficiente sobre a Covid-19?
 Sim Não
4. Foi caso suspeito ou confirmado de Covid-19?
 Sim Não
5. Quantos doentes com Covid-19 acompanhou profissionalmente?
 Menos de 10
 Entre 10 e 100
 Mais de 100
6. Existiu sempre equipamento individual de proteção suficientes?
 Sim Não
7. Teve que lidar com a morte de algum doente com Covid-19?
 Sim Não
8. Teve receio de ser infetado?
 Sim Não
9. Teve receio de ser vínculo de infeção para familiares/amigos?

Sim

Não

10. Acha que teve reconhecimento do seu trabalho pela sociedade?

Sim

Não

PARTE IV – QUESTIONÁRIO *COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY*

Este questionário destina-se à avaliação psicométrica das dimensões da Síndrome de *Burnout*. Não existem respostas corretas ou erradas. Os indivíduos deverão optar por sinalizar a resposta que exprime com maior veracidade a sua experiência. Para cada uma das frases deverá responder de acordo com a frequência que sente relativamente ao que lhe está a ser questionado. Para isso, só tem que assinalar com uma cruz a resposta que, na sua opinião, lhe parece mais verdadeira.

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito	Bastante	Assim Assim	Pouco	Muito Pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase Nunca
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito	Bastante	Assim Assim	Pouco	Muito Pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/ Quase Nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPACÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

O presente estudo surge no âmbito de uma dissertação de mestrado a decorrer no IPB – Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Augusta Branco. A presente investigação intitulada de *Burnout em enfermeiros nos cuidados ao doente crítico em contexto pós pandemia Covid-19 - Estudo em Medicina Intensiva* pretende comparar os níveis da Síndrome de *Burnout* com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

O questionário é anónimo e ser-lhe-á mantida a confidencialidade dos dados individuais. As investigadoras em questão serão responsáveis pelo tratamento, proteção e acesso aos dados recolhidos neste questionário. As mesmas comprometem-se a salvaguardar a sua privacidade das suas respostas.

Os dados destinam-se apenas a tratamento estatístico para fins académicos, podendo ser apresentados e divulgados como tal, mas mantendo sempre o anonimato dos participantes, e nenhuma resposta será analisada e reportada individualmente.

Marta Sofia Silvano Martins, aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Bragança - IPB.

Contacto telefónico: 934591816. E-mail: marta_martins89@hotmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

ANEXO III - OPERACIONALIZAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Tabela 1.

Apresentação da operacionalização das variáveis de caracterização sociodemográfica

Variáveis	Escala de medida	Categorização
Idade	Nominal, Categorial ordinal	1=18-45anos 2=45-65anos 3=>65 anos
Sexo	Nominal, dicotômica	1=Feminino 2=Masculino
Estado Civil	Nominal	1=Solteiro 2=União de facto/Casado 3=Viúvo 5=Separado/Divorciado
Tem Filhos	Nominal	1=Sim 2=Não

Tabela 2.

Apresentação da operacionalização das variáveis de caracterização profissional

Variáveis	Escala de medida	Categorização
Grau Académico	Nominal	1=Licenciatura 2=Mestrado 3=Doutoramento 4=Especialidade em Enfermagem
Regime de Trabalho	Nominal	1=Com exclusividade 2=Sem exclusividade
Tipo de vínculo contatual	Nominal	1=Efetivo/Permanente 2=Contrato/Termo
Nº de anos na função	Nominal, Categorial ordinal	1=1-5 anos 2=6-15 anos 3=16-30 anos 4=>30 anos
Nº de anos em função no MI	Nominal Categorial ordinal	1=1-5 anos 2=6-15 anos 3=16-30 anos 4=>30 anos
Tipo de horário	Nominal	1=Fixo 2=Rotativo/Turnos
Acumula funções em outros locais	Nominal	1=Sim 2=Não
Sente reconhecimento financeiro	Nominal	1=Sim 2=Não

Tabela 3.*Apresentação da operacionalização das variáveis de contexto laboral pandémico Covid-19*

Variáveis	Escala de medida	Categorização
Horas de trabalho, em média/dia	Nominal Categorial ordinal	1=0-5horas 2=5-10horas 3=>10horas
Necessidade de sair de casa/morar só	Nominal	1=Sim 2=Não
Conhecimentos acerca da doença	Nominal	1=Sim 2=Não
Identificação como suspeito ou confirmado de Covid-19	Nominal	1=Sim 2=Não
Nº de doentes Covid-19 acompanhados	Nominal	1=<10 doentes 2=10-100 doentes 3=>100 doentes
Existência de equipamento individual de proteção suficientes	Nominal	1=Sim 2=Não
Experiência de gerir a morte de doente Covid-19	Nominal	1=Sim 2=Não
Perceção de medo de infeção	Nominal	1=Sim 2=Não
Ser veículo de infeção para familiares/amigos	Nominal	1=Sim 2=Não
Reconhecimento social	Nominal	1=Sim 2=Não

Tabela 4.*Apresentação da operacionalização da variável dependente a Síndrome de Burnout*

Síndrome de Burnout na dimensão pessoal	
1. Com que frequência se sente cansado/a?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
5. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	Sempre=100 Frequentemente=75

	Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
6. Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
5. Com que frequência se sente fatigado/a?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
7. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
Síndrome de <i>Burnout</i> na dimensão relacionada com o trabalho	
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	Muito=100 Bastante=75 Assim-Assim=50 Pouco=25 Muito Pouco=0
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	Muito=100 Bastante=75 Assim-Assim=50 Pouco=25 Muito Pouco=0
3. O seu trabalho deixa- o(a) frustrado(a)?	Muito=100 Bastante=75 Assim-Assim=50 Pouco=25 Muito Pouco=0
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
8. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50

	Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
9. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
Síndrome de <i>Burnout</i> na dimensão relacionada com o doente	
1. Acha difícil trabalhar com utentes?	Muito=100 Bastante=75 Assim-Assim=50 Pouco=25 Muito Pouco=0
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?	Muito=100 Bastante=75 Assim-Assim=50 Pouco=25 Muito Pouco=0
3. Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	Muito=100 Bastante=75 Assim-Assim=50 Pouco=25 Muito Pouco=0
8. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	Muito=100 Bastante=75 Assim-Assim=50 Pouco=25 Muito Pouco=0
5. Está cansado de trabalhar com utentes?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0
9. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	Sempre=100 Frequentemente=75 Às vezes=50 Raramente=25 Nunca/Quase Nunca=0

A pontuação total da escala é a média das pontuações dos itens. Se forem respondidas menos de três questões, o questionário é classificado como não respondido.

Considera-se como elevado nível da Síndrome de *Burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta (50) pontos.

ANEXO IV – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

DECLARAÇÃO

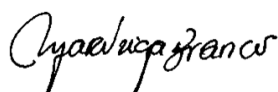
Para os devidos efeitos se declara, que o **Projeto de Investigação**: “*Burnout em enfermeiros nos cuidados ao doente crítico em contexto pós pandemia Covid-19 – Estudo em Medicina Intensiva*” e o respetivo **Instrumento de Recolha de Dados**: “*Escala de Copenhagen Burnout Inventory*”, validada para a versão portuguesa (Fonte, 2011), se encontram de acordo com a respetiva Orientação Científica, sob responsabilidade da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, da ESSA, IPB.

Por ser verdade e ter sido pedido pela mestranda **Marta Sofia Silvano Martins (a19620)**, estudante do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança, mais se declara que os documentos referidos, se aprovam com o propósito de solicitar à Comissão de Ética do CHTMAD, a necessária colaboração, para permissão do desenvolvimento da pesquisa e aplicação do referido Instrumento de Recolha de Dados relativo ao Projeto de Investigação / Estudo, a desenvolver.

Bragança, 17 de março de 2022

Anexos:

- Doc de **Projeto de Investigação**
- Doc de **Instrumento de Recolha de Dados**



Maria Augusta Romão Da Veiga Branco, aubra@ipb.pt

Sciences of Education, PhD

Health Education, Master

Neuroeducation, PG

Coordinator Professor - Higher Health School, Polytechnical Institute, Bragança

Coordenadora da área Saúde e Arte do **Laboratório de Artes na Montanha-GM, IPB**,

Projeto “**DesenvolSer – Emoções, Solidões e Violências**” LAM, CACGM, **IPB**

Project **KA203: Serious Games - Developing Emotional Competences** for Nursing Students Project, **SG4NS**

Erasmus+ PSI-Well Project Coord (Portugal, IPB) <http://www.psiwell.eu/>

Department of Social Sciences and Public Health

Post Graduation in Emotional Education in Health Coordinator

<http://essa.ipb.pt/index.php/essa/cursos/pos-graduacoes/educacao-emocional-em-saude/plano-de-estudos>

UEC Emotional Education Coordinator, if.ipb.pt

Chairman Direction PAIDEIA - Open Platform - Association for Development of Emotional Education

CIÊNCIA ID <https://www.cienciavita.pt/pt/6211-8999-F020>

ORCID iD <http://orcid.org/0000-0002-7963-2291>


Telf (+351)273330950 – ESSA, Av. D. Afonso V, 5300-121 Bragança, Portugal

Responder Responder a todos Reencaminhar Arquivar Eliminar Limpar sinalizador

CES nº. 1230 de 22.03.2022 Título de investigação: Burnout dos enfermeiros na assistência ao doente crítico pós pandemia covid-19, num Serviço de Medicina Intensiva da região norte

CF CARLA FONTE <carlaf@chtmad.min-saude.pt>
25/05/2022 11:57

Para: Marta Martins

 SVR-IMP1-AD22040217040.pdf
1,16 MB

Bom dia

Exma. Senhora
Enfa. Marta Sofia Silvano Martins - Serviço de Medicina Intensiva do CHTMAD

Por incumbência da Sra. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, remete-se documento relativo ao assunto em apreço, sobre o qual a Comissão Ética, em reunião do dia 10 de maio de 2022 emitiu, o seguinte parecer:

"Parecer favorável."

Mais se informa que este parecer foi homologado em reunião do CA dia 12.05.2022.

Com os melhores cumprimentos,

Carla Fonte



Para reunião CES

*Paula J. Marques
25/03/2022
Diretora Clínica*

Pedido de autorização, ao Presidente da Comissão de Ética, para realização de investigação

Ex.mo Presidente da Comissão de Ética do CHTMAD, EPE,

Pretendo realizar o estudo infracitado, e na qualidade de Investigador, solicito a V. Ex. Cia a sua apreciação e elaboração do respetivo parecer.

Título da Investigação:

Burnout dos enfermeiros na assistência ao doente crítico pós pandemia covid – 19, num serviço de medicina intensiva da região norte

Investigador Principal:

Nome: Marta Sofia Silvano Martins

Endereço eletrónico: marta_martins89@hotmail.com Contacto telefónico: 934591816

Identificação do Estudo:

Caracterização da Investigação:

- Estudo retrospectivo Estudo observacional Estudo prospetivo
 Inquérito Outro. Qual?

Tipo de Investigação

- Com intervenção Sem intervenção

Nome do orientador da tese: Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Endereço eletrónico: aubra@ipb.pt

Com os melhores cumprimentos

Vila Real, 23 de março de 2022

Marta Sofia Silvano Martins

(Marta Sofia Silvano Martins)

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E.	ENTRADA N.º 1230 DATA 22/03/2022
PRESIDENTE C.A.	<input type="checkbox"/> SERV. APROVIS. ONAMENTO
ADM.	<input type="checkbox"/> SERV. FINANCEIROS
A.D.M.D.T.	<input type="checkbox"/> SERV. PESSOAL
DIR. SERV.	<input type="checkbox"/> S.I.E.S.
DOSSIER	<input type="checkbox"/> OUTROS SERVIÇOS
ARQUIVADO	<input type="checkbox"/>

CHTMAD

CHTMAD



Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração para realização de investigação

Ex.mo Presidente do Conselho de Administração do CHTMAD, EPE,

Nome do Investigador Principal:

Marta Sofia Silvano Martins

Título da Investigação:

Burnout das enfermeiras na assistência ao doente crítico pós pandemia covid – 19, num serviço de medicina intensiva da região norte

Pretendendo realizar, nos serviços do CHTMAD:

Serviço de Medicina Intensiva

a investigação em epígrafe, solícito a V. Ex. cia, na qualidade de Investigador, autorização para tal, anexando, para o efeito, toda a documentação exigida pela Comissão de Ética do CHTMAD.

Com os melhores cumprimentos

Vila Real, 23 de março de 2022

Marta Sofia Silvano Martins

(Marta Sofia Silvano Martins)



Pedido de autorização ao Diretor de Serviço para realização de investigação

Ex.mo Diretor do Serviço de:

Serviço de Medicina Intensiva

Nome do Investigador Principal:

Marta Sofia Silvano Martins

Título da Investigação:

Burnout dos enfermeiros na assistência ao doente crítico pós pandemia covid – 19, num serviço de medicina intensiva da região norte

Pretendo realizar a investigação em epígrafe no Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, solicito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

Para ser presente à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

Vila Real, 23 de março de 2022

Com os melhores cumprimentos

O Diretor de Serviço

CHTMAD

CHTMAD

AUTORIZAÇÃO

Eu, Francisco José Esteves, Diretor do Serviço de Medicina Intensiva, do CHTMAD, EPE, autorizo a realização do estudo subordinado ao tema "*Burnout dos enfermeiros na assistência ao doente crítico pós pandemia covid – 19, num serviço de medicina intensiva da região norte*" no serviço supracitado, proposto por Marta Sofia Silvano Martins, enfermeira e aluna do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB.

Vila Real, 23 de março 2022

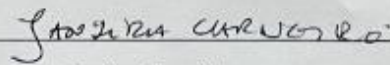
Francisco José Esteves

(Francisco José Esteves)

AUTORIZAÇÃO

Eu, Jandira Carneiro, Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Intensiva, do CHTMAD, EPE, autorizo a realização do estudo subordinado ao tema "*Burnout dos enfermeiros na assistência ao doente crítico pós pandemia covid – 19, num serviço de medicina intensiva da região norte*" no serviço supracitado, proposto por Marta Sofia Silvano Martins, enfermeira e aluna do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB.

Vila Real, 23 de março 2022



(Jandira Carneiro)

**ANEXO V – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO AUTOR PARA A UTILIZAÇÃO DA
ESCALA DE COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY – CBI**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE COPENHAGEN
BURNOUT INVENTORY – CBI**

Eu, Marta Sofia Silvano Martins, a exercer funções no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, no Serviço de Medicina Intensiva, encontro-me a frequentar o mestrado de Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, no Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde de Bragança, venho por este meio solicitar a autorização para a cedência e aplicação da Escala *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), na sua versão validada para a população portuguesa para profissionais de saúde por Fonte (2011), para a elaboração de um projeto de investigação, que terá lugar no mesmo serviço onde pratico funções.

A presente investigação intitulada de “*Será que os profissionais de saúde, em funções de cuidados à pessoa em situação crítica em Medicina Intensiva, apresentam, segundo a sua perceção, atitudes e ou comportamentos relativos à Síndrome de Burnout, na fase pós pandemia Covid-19?*”. Com base nesta questão, assume-se como objetivo geral: reconhecer a existência de atitudes da SB, na perceção dos enfermeiros a exercer funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19. Os objetivos específicos, que orientam as ações da pesquisa, expressam-se: caracterizar do ponto de vista sociodemográfico e profissional, a amostra de enfermeiros, em funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19; identificar o nível da SB percecionado pelos enfermeiros a exercer funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19; estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o nível da SB, percecionado pelos enfermeiros em funções em MI, em pós pandemia Covid-19; estudar a relação entre as variáveis profissionais e o nível da SB, percecionado pelos enfermeiros em funções em MI, em contexto pós pandemia Covid-19.

Como coordenadora científica do projeto de investigação a Professora Doutora Maria Augusta Branco, adjunta da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança.

Com os melhores cumprimentos,

Agradecendo uma resposta tao breve quanto possível


Marta Martins

Enfermeira e Aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB


PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY – Mensagem - Correio

Responder Responder a todos Reencaminhar Arquivar Eliminar Definir sinalizador

Re: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY

 Cesaltino Fonte <cesaltinofonte@gmail.com>
19/03/2022 14:21

Para: Marta Martins

 CBI - PT.pdf
32,6 KB

Boa tarde

Muito obrigado pelo interesse demonstrado para a utilização do questionário CBI - PT. Informo que podem aplicar a escala no referido trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Cesaltino Fonte

A quinta, 17 de mar de 2022, 15:58, Marta Martins <marta_martins89@hotmail.com> escreveu:

Eu, Marta Sofia Silvano Martins, a exercer funções no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, no Serviço de Medicina Intensiva, encontro-me a frequentar o mestrado de Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, no Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde de Bragança, venho por este meio solicitar a autorização para a cedência e aplicação da Escala *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), na sua versão validada para a população portuguesa para profissionais de saúde por Fonte (2011), para a elaboração de um projeto de investigação, que terá lugar no mesmo serviço onde pratico funções.

A presente investigação intitulada de “*Burnout dos enfermeiros na assistência ao doente crítico pós pandemia covid – 19, num serviço de medicina intensiva da região norte*”, apresenta como objetivo geral: analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais com a síndrome de Burnout, no contexto pós pandemia covid-19. Os objetivos específicos definem-se como: caracterizar a amostra em estudo, os enfermeiros a exercer funções no SMI, relativamente às variáveis sociodemográficas e profissionais; identificar quais os preditores da Síndrome de Burnout apresentados por enfermeiros do SMI no contexto pós pandemia covid 19

Escreva aqui para procurar

16°C Sol 11:15 21/03/2022