



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**STRESS NOS ENFERMEIROS QUE EXERCEM FUNÇÕES NAS
VIATURAS MÉDICAS DE EMERGÊNCIA
E REANIMAÇÃO**

MANUEL FILIPE SOARES VALENTE



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Manuel Filipe Soares Valente

**STRESS NOS ENFERMEIROS QUE EXERCEM FUNÇÕES
NAS VIATURAS MÉDICAS DE EMERGÊNCIA E
REANIMAÇÃO**

VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira
e co-orientação do
Mestre Márcio Daniel Dias de Almeida e Silva

Julho 2021

Resumo

O *stress* nos enfermeiros que exercem funções nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação

O *stress* ocupacional é um fenómeno transversal a todas as profissões, sendo um dos problemas em ascensão da atualidade nas organizações. Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), o *stress* ocupacional representa o segundo problema mais prevalente que afeta os trabalhadores, manifestando-se não só na saúde dos mesmos, mas também na vertente económica e financeira dos países. Os enfermeiros estão entre as profissões mais *stressantes* do mundo, motivado por variados fatores, tais como físicos, sociais e psicológicos, na maior parte das vezes desenvolvidas aquando do “cuidar” do outro (Dantas [et al.], 2014). A especificidade da atuação dos enfermeiros em contexto extra-hospitalar é caracterizada por um conjunto de desafios, dificuldades e responsabilidades, conferindo um risco acrescido para estes profissionais, não só de ordem física, mas também psicológica e emocional.

A presente investigação teve como objetivo identificar as situações causadoras de *stress* no exercício profissional nos enfermeiros que exercem funções nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) no distrito do Porto. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico e profissional associado à Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros (ESPE), validada para a população portuguesa por Santos e Teixeira (2008).

Trata-se de um estudo de natureza quantitativo de carácter descritivo, exploratório e transversal. A amostra foi composta por 67 enfermeiros que desempenham funções nas VMER no distrito do Porto, predominantemente masculina com 73,1%, com idades compreendidas entre os 32 e os 55 anos, com o tempo médio de experiência profissional no meio VMER de 11,6 anos.

A carga de trabalho foi o fator mais identificado pelos enfermeiros como *stressante*, seguido pelas situações de morte. O fator sentido como menos *stressante* foi a falta de apoio dos colegas. Em relação aos ambientes, o ambiente físico é aquele em que os enfermeiros das VMER têm maior perceção do *stress*, seguido do psicológico e social.

Constatamos que o sexo feminino é aquele que tem maior perceção dos fatores de *stress* em todos os seus ambientes: físico, psicológico e social, por sua vez ser profissional VMER há mais anos e ter mais habilitações profissionais não interfere na perceção de menos fatores desencadeantes de *stress*, assim como, o serviço de origem dos profissionais que exercem na VMER não interfere na perceção de *stress*.

Para além destes aspetos os enfermeiros enunciaram mais três fatores considerados por eles como stressantes nomeadamente: vítima com idade pediátrica, riscos associados à deslocação para o local e a falha de material/equipamento utilizados em situações de emergência (inoperacionalidade). Como sugestões para minimizar o *stress* os participantes identificaram melhoria relativamente à formação com ênfase para a importância da recertificação, reuniões de equipa para partilha de experiências e ter o material verificado e meios/equipamentos operacionais para executar cuidados de excelência.

Sendo o extra-hospitalar e concretamente as VMER uma área pouco estudada, este trabalho contribui para sensibilizar as organizações para a importância dos enfermeiros que atuam neste contexto, assim como, para identificar os fatores que frequentemente são identificadas como *stressantes*.

Palavras-chave: emergência, enfermeiros, extra-hospitalar, pré-hospitalar, *stress* ocupacional

ABSTRAT

Stress in nurses who work in emergency and resuscitation medical vehicles

The occupational stress is a phenomenon that cuts across all professions, and is one of the growing worries in organizations today. According to the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), occupational *stress* represents the second most prevalent problem that affects workers, manifesting itself not only in their health, but also in the economic and financial aspect of countries. Nurses are among the most stressful professions in the world, motivated by various factors, such as physical, social and psychological, most often developed when “taking care” of the other (Dantas [et al.], 2014). The specificity of the role of nurses in an extra-hospital context characterized by a set of challenges, difficulties and responsibilities, conferring an increased risk for these professionals, of not only a physical but also psychological and emotional nature.

The present investigation aimed to identify the situations that cause *stress* in the professional practice of nurses who work in Emergency and Reanimation Medical Vehicles (ERMV) in the district of Oporto. As a data collection instrument, a sociodemographic and professional questionnaire associated with the Nurses Professional Stress Scale (ESPE), validated for the Portuguese population by Santos and Teixeira (2008).

This is a descriptive, exploratory and cross-sectional quantitative study. The sample was composed of 67 nurses who work in the ERMV in the district of Oporto, predominantly male with 73,1%, aged between 32 and 55 years, with an average time of professional experience in the ERMV environment of 11,6 years.

The workload was the factor most identified by nurses as *stressful*, followed by death situations. The factor felt as less *stressful* was the lack of support from colleagues. The physical environment is the one in which ERMV nurses have a greater perception of *stress*, followed by the psychological and social environment.

We also found that female sex are the ones who has greater perception of stress factors in all their environments: physical, psychological and social, in turn, being a ERMV professional for more years and having more professional qualifications does not interfere with the perception of fewer triggering factors for stress, as well as the original service of professionals working at ERMV does not interfere with the perception of stress.

In addition to these aspects, the nurses listed three more factors that they considered to be as *stressing*, namely: victims of pediatric age, risks associated with traveling to the

location and the failure of material/equipment used in emergencies (inoperability). As suggestions to minimize *stress*, participants identified improvements in terms of training, with emphasis on the importance of recertification, team meetings to share experiences and have the material checked and operational means/equipment to perform excellent care.

As the extra-hospital and specifically the ERMV is an area that has been little studied, this work contributes to sensitize organizations to the importance of nurses working in this context, as well as to identify factors that are often identified as stressful.

Keywords: emergency, nurses, out-of-hospital, pre-hospital, occupational stress

Agradecimentos

A realização de um trabalho desta natureza só poderia ser possível com o companheirismo e apoio de todas as pessoas que comigo foram cruzando nesta caminhada, desde colegas de curso, docentes e enfermeiros orientadores, contribuindo assim para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Não poderia também de deixar um agradecimento ao IPVC – pelo acolhimento único, fazendo-me sentir em “casa”, desde a secretaria, à biblioteca ao refeitório, onde o relacionamento e a componente humana são dignas de registo e merecedor destas palavras.

À Professora Doutora Salomé Ferreira e ao Mestre Márcio Silva pela colaboração, disponibilidade, apoio, pertinência e rigor nas observações e fundamentalmente pelo incentivo durante a realização do trabalho.

Ao companheiro de percurso, de “carteira” e de viagem Pedro pelo companheirismo, à colega de trabalho e amiga Sara pelo apoio, entreajuda, saber ouvir e incentivo em todo o percurso do trabalho.

E por último à minha família, aos pais, esposa Mónica e à minha filha Filipa pelo encorajamento e essencialmente pela compreensão dos momentos de ausência que esta jornada proporcionou.

A todos um Muito Obrigado!

“Não é o stress que nos mata, é a nossa reação a ele”

Hans-Selye

Sumário

Resumo

Abstract

Agradecimentos

Pensamento

Índice de Figuras, Gráficos, Quadros e Tabelas

Abreviaturas e Siglas

INTRODUÇÃO..... 17

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - *STRESS*..... 21

1 – Conceito de *Stress*..... 21

1.1 - Evolução do conceito de *Stress* 22

1.2 - Fontes Indutoras de *Stress* 25

1.3 - O *Stress* Ocupacional..... 28

1.4 - Fontes Indutoras de *Stress* Ocupacional..... 32

1.5 - *Stress* no Enfermeiro extra-hospitalar..... 34

CAPÍTULO 2 - EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR: DA ORIGEM À ATUALIDADE..... 37

2 - Emergência Extra-hospitalar 37

2.1 - História da Emergência Extra-Hospitalar 37

2.1.1 - Emergência Extra-Hospitalar Mundial 38

2.1.2 - Emergência Extra-Hospitalar em Portugal 41

2.2 - Modelos de Emergência Médica 43

2.3 - Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal 44

2.3.1 - Organização do SIEM 46

2.3.2 - Instituto Nacional de Emergência Médica 47

2.3.3 - Meios de socorro..... 49

2.3.4 - Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) 50

2.4 - Enfermeiro de emergência Extra-hospitalar 52

2.5 - Formação de Enfermeiros em Emergência Médica em meio VMER.....	54
2.5.1 - Formação de condução em marcha de emergência.....	55
2.5.2 - Formação técnica enfermeiros VMER.....	56
CAPÍTULO 3 - COVID 19 E A ENFERMAGEM EXTRA-HOSPITALAR.....	59
3 - Enfermagem em tempo de Pandemia	59
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLOGICO	
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA: PERCURSO EFETUADO	65
4 - Metodologia	65
4.1 - Tipo de Estudo.....	65
4.2 - Objetivos do estudo.....	66
4.2.1 - Objetivo Geral	66
4.2.2 - Objetivos específicos	66
4.3 - Hipóteses	67
4.4 - Variáveis de estudo	67
4.4.1 - Variável Dependente.....	67
4.4.2 - Variável Independente	68
4.5 - População e amostra em estudo.....	68
4.6 - Instrumento de recolha de dados e procedimentos	70
4.6.1 - Escala de <i>Stress</i> Profissional dos Enfermeiros.....	71
4.6.2 - Características psicométricas da escala	75
4.7 - Análise de dados	76
4.8 - Considerações Éticas.....	77
PARTE III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	
CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	79
5 - Apresentação e análise de resultados	79
5.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	79
5.1.1 - Género.....	79
5.1.2 - Idade.....	79

5.1.3 - Estado civil	80
5.1.4 - Habilitações académicas	80
5.1.5 - Habilitações profissionais.....	81
5.1.6 - Tempo de exercício profissional como enfermeiro.....	81
5.1.7 - Tempo de exercício profissional como enfermeiro na VMER	81
5.1.8 - Serviço de origem do profissional.....	82
5.2 - Escala <i>Stress</i> Profissional dos Enfermeiros (ESPE)	82
5.2.1 - Perceção do nível do <i>Stress</i> Profissional em Enfermeiros VMER.....	82
5.2.1.1 – Subescala 1 – “A morte e o morrer” por <i>item</i>	83
5.2.1.2 – Subescala 2 – “Conflitos com médicos” por <i>item</i>	84
5.2.1.3 – Subescala 3 – “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares” por <i>item</i>	85
5.2.1.4 – Subescala 4 – “Falta de apoio dos colegas” por <i>item</i>	86
5.2.1.5 – Subescala 5 – “Conflitos com outros enfermeiros e com chefes” por <i>item</i>	87
5.2.1.6 – Subescala 6 – “Carga de trabalho” por <i>item</i>	87
5.2.1.7 – Subescala 7 – “Incerteza quanto aos tratamentos” por <i>item</i>	88
5.2.1.8 – Distribuição por <i>itens</i>	89
5.3 - Fatores que os Enfermeiros consideram <i>stressantes</i> no desempenho profissional extra-hospitalar	91
5.4 - Sugestões para a gestão dos fatores <i>stressantes</i> no desempenho profissional no extra-hospitalar	92
5.5 – Análise Inferencial.....	93
CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS	97
PARTE IV - CONCLUSÕES	
CAPÍTULO 7 - SÍNTESE E CONCLUSÕES.....	106
Referências Bibliográficas	110
ANEXOS	121
Anexo I - Declaração de autorização, por parte do autor, para uso da ESPE	122
Anexo II - Autorização para realização do estudo, INEM.....	124

APÊNDICES	126
Apêndice I - Questionário utilizado no estudo	127
Apêndice II - Teste de Normalidade.....	135

Índice de Figuras, Gráficos, Quadros e Tabelas

Índice de Figuras

Figura 1 – Fases do SIEM	46
Figura 2 – Mapa Distrito do Porto	69

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Análise Formandos VMER 2009 - 2019	56
Gráfico 2 – Análise Formandos VMER por Sexo, 2009 - 2019	56
Gráfico 3 – Histogramas das dimensões da Escala da Perceção dos Fatores Causadores de Stress, com curva de normalidade	136

Índice de Quadros

Quadro 1 - Enfermeiros Formados em meio VMER e SIV	52
Quadro 2 - Curso VMER – Enfermeiros	57
Quadro 3 – Apresentação dos fatores da ESPE	74
Quadro 4 – Características psicométricas da Escala de <i>Stress</i> Profissional dos Enfermeiros	75
Quadro 5 – Características psicométricas dos fatores da ESPE.....	76

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo o sexo	79
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a idade	80
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo o estado civil	80
Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo as habilitações académicas	80
Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo as habilitações profissionais.....	81
Tabela 6 - Caracterização da amostra segundo a experiência profissional.....	81

Tabela 7 – Caracterização da amostra segundo a experiência profissional na VMER .	82
Tabela 8 – Caracterização da amostra segundo serviço onde trabalha	82
Tabela 9 – Percepção do nível do Stress Profissional em Enfermeiros VMER nos diferentes fatores.....	83
Tabela 10 – Percepção do <i>stress</i> nos <i>itens</i> da Subescala “A morte e o morrer”	84
Tabela 11 – Percepção do <i>stress</i> nos <i>itens</i> da Subescala “Conflitos com médicos”	85
Tabela 12 – Percepção do <i>stress</i> nos <i>itens</i> da Subescala “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares”	86
Tabela 13 – Percepção do <i>stress</i> nos <i>itens</i> da Subescala “Falta de apoio dos colegas”	86
Tabela 14 – Percepção do <i>stress</i> nos <i>itens</i> da Subescala “Conflitos com outros enfermeiros e com chefes”	87
Tabela 15 – Percepção do <i>stress</i> nos <i>itens</i> da Subescala “Carga de trabalho”	88
Tabela 16 – Percepção do <i>stress</i> nos <i>itens</i> da Subescala “Incerteza quanto aos tratamentos”	89
Tabela 17 – Distribuição média das respostas da amostra a cada dos <i>itens</i> da Escala de Percepção de <i>Stress</i>	90
Tabela 18 - Percepção dos fatores causadores de <i>stress</i> nas dimensões Ambiente físico, Ambiente psicológico e Ambiente social.....	91
Tabela 19 – Identificação de fatores <i>stress</i> antes no desempenho profissional.....	92
Tabela 20 – Sugestões por ordem de importância para a gestão de fatores <i>stress</i> antes no desempenho profissional.	92
Tabela 21 – Percepção dos fatores de <i>stress</i> de acordo com o sexo.....	94
Tabela 22 – Percepção dos fatores de <i>stress</i> de acordo com o tempo de exercício na VMER	95
Tabela 23 – Percepção dos fatores de <i>stress</i> de acordo com as habilitações profissionais	96
Tabela 24 – Percepção dos fatores de <i>stress</i> de acordo com o serviço onde trabalha...	96
Tabela 25 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	136

Abreviaturas e Siglas

AEM - Ambulância de Emergência Médica

ARS – Administração Regional de Saúde

CIAV - Centro de Informação Antivenenos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CODU-MAR - Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar

COVID-19 – Corona Vírus Disease 2019

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DAE – Desfibrilhação automática externa

DGS – Direção Geral da Saúde

EPI – Equipamento de proteção individual

ESPE - Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros

EU-OSHA - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

HEM – Helicóptero de Emergência Médica

ILO – International Labour Organization

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MEM - Motociclos de Emergência Médica

n.º - Número

NuCE – Núcleo de Condução em Emergência

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PSP – Polícia de Segurança Pública

RDC – República Democrática da China

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel Urgente

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico Vida

SGA – Síndrome Geral de Adaptação

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Scienses

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TIP - Ambulâncias de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

O *stress* segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) afeta 90% da população mundial, sendo apresentado como uma epidemia e um fenómeno global (Batista, 2006), desencadeado pela exigência que a sociedade impõe sobre os indivíduos, no seu ambiente pessoal e profissional. Historicamente o conceito de *stress* foi evoluindo, passando por algo físico, posteriormente biológico, emocional e por último como uma interação entre todos estes fatores. Com a revolução industrial o objetivo de produzir mais para uma maior rentabilidade e um maior lucro contribuíram para o surgimento de novos problemas, entre eles a saúde dos trabalhadores, quer no âmbito físico, quer mental. Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2002) os problemas físicos e mentais entre eles o *stress* são os principais problemas da saúde ocupacional das organizações na Europa, tendo repercussões quer na saúde do trabalhador assim como na perda de produtividade e consequentemente na saúde financeira das organizações. Podemos afirmar que a revolução industrial promoveu uma melhoria nas condições de vida das pessoas, com aumento do rendimento per capita na generalidade. No entanto, promoveu uma mudança no paradigma laboral com efeitos sobre a vida relacional, emocional, social e até individual de cada trabalhador. O *stress* ocupacional surge quando o trabalhador não é capaz de manter o equilíbrio entre as exigências que lhe são impostas e as ferramentas que possui para fazer face a esse desafio, sejam elas, físicas ou mentais. O trabalho diário com situações de dor, sofrimento e morte, tornam a enfermagem uma profissão de grande desgaste. De acordo com a Health Education Authority, citado por Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), a enfermagem é classificada como a quarta profissão mais *stressante*, resultante de vários fatores, entre eles, o cuidar diariamente de pessoas, e consequentemente todos os fatores geradores de *stress* ocupacional como a sobrecarga de trabalho, remuneração inadequada, escassez de recursos humanos assim como a falta de reconhecimento da profissão.

Os enfermeiros que trabalham no extra-hospitalar entre eles os que exercem funções nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), estão constantemente expostos a situações de grande intensidade física, emocional e psicológica, com elevada exigência técnica e uma responsabilidade profissional e social acrescida o que supostamente contribui para um aumento dos desencadeadores de *stress*, fruto da especificidade da sua atividade no contexto extra-hospitalar. Para a International Labour Organization (ILO), a prestação sistemática de cuidados ao doente crítico e família em contextos hostis pode potenciar situações de ansiedade e *stress*, sendo prioritário fazer um levantamento

das necessidades dos trabalhadores de forma a articular com as entidades patronais programas de gestão do *stress* para proporcionar um ambiente de trabalho seguro (ILO, 2016).

Pelo exposto e reiterado por Oliveira e Martins (2013), a emergência médica requer competências específicas e diversificadas, não se limitando à vertente técnica, mas também, a vertente humanista dos cuidados, a dimensão ética no cuidar e acima de tudo valorizando a dignidade humana. Contudo a prestação de cuidados em contexto extra-hospitalar à pessoa em situação crítica, requer competências altamente qualificadas face à complexidade das situações, onde o foco será sempre o cuidar da:

“pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p.19362)”

O presente estudo foi realizado em pleno período pandémico, por este motivo é imperioso reforçar a importância dos enfermeiros do extra-hospitalar no combate a uma doença inicialmente desconhecida que afetou todos os países do mundo e trouxeram uma pressão nunca antes vivenciada pelos serviços de saúde. A pandemia obrigou à mudança de paradigmas com alteração do funcionamento dos serviços, protocolos e normas alteradas quase diariamente, motivando um desgaste físico e psicológico a todos os profissionais da linha da frente que com os recursos e conhecimento disponível tinham de prestar cuidados ao doente crítico. De realçar o medo inicialmente sentido pelo desconhecido e a frustração da incapacidade de prestar cuidados de qualidade a todos os doentes.

Este estudo de investigação realizado no âmbito da dissertação do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Medico Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e surge do interesse do investigador responsável de perceber a perceção dos enfermeiros sobre a temática, assim como da constatação da escassez de estudos relativamente ao tema escolhido com a perspetiva da contribuição de conhecimento relativamente ao tema.

O conhecimento das fontes geradoras de *stress* contribui para a adaptação das organizações no desenvolvimento de estratégias de gestão do *stress*, assim como, na melhoria das condições de trabalho, contribuindo assim, para um aumento da satisfação dos profissionais e que consequentemente se vai traduzir numa melhoria dos cuidados.

Neste trabalho optamos por um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal de forma a responder à questão de investigação “Quais as situações identificadas como causadoras de *stress* no exercício profissional dos enfermeiros na Viatura Médica de Emergência e Reanimação?”, apresentando como objetivo geral deste trabalho - Conhecer os fatores que mais frequentemente são sentidos pelos enfermeiros em meio VMER como *stressantes*.

A presente dissertação encontra-se estruturada em quatro partes. Inicia-se com a introdução, onde se explicita de forma breve a problemática, caracteriza-se o tipo de estudo e definem-se os objetivos, fazendo-se, ainda, uma alusão à estrutura do trabalho. Na primeira parte procede-se à revisão da literatura sobre alguns conceitos relativamente ao *stress*: evolução histórica do conceito, fontes indutoras de *stress*, *stress* ocupacional, fontes indutoras de *stress* ocupacional e por último o *stress* na enfermagem extra-hospitalar e as suas consequências para a saúde dos enfermeiros que exercem funções nas VMER no distrito do Porto. Seguidamente é abordado o conceito de emergência extra-hospitalar: evolução histórica, emergência extra-hospitalar em Portugal, modelos de emergência médica, o sistema integrado de emergência médica em Portugal, Enfermagem no extra-hospitalar e a formação dos enfermeiros em meio VMER. Por último nesta parte uma abordagem à Enfermagem em tempo de pandemia. A segunda parte, aborda a metodologia utilizada neste estudo, encontrando-se subdividida de forma a explicar: o tipo de estudo assim como as hipóteses de investigação, as variáveis do estudo, a categorização dos participantes (população e amostra), a identificação dos instrumentos de recolha de dados, concretamente a Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros (ESPE) e o questionário sociodemográfico e profissional. A terceira parte refere-se à apresentação e discussão de resultados. Na quarta parte, alusiva às conclusões gerais do estudo de investigação, suas limitações, implicações e sugestões para a enfermagem. E por último, são apresentadas as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico de um trabalho resulta da revisão da literatura científica relativamente ao tema a explorar, de forma a ampliar a compreensão da problemática identificada, neste caso sobre: o *stress*, a profissão de enfermagem em contexto extra-hospitalar e fontes de pressão no trabalho, que desta forma passamos a enquadrar teoricamente a temática.

1 Conceito de Stress

O ser humano ao longo dos tempos tem-se adaptado e ultrapassado com êxito a maior parte dos desafios que a natureza vai colocando. Exemplo evidente disso é o aumento da esperança média de vida neste século, gerado pelo conhecimento científico pela descoberta de mecanismos de defesa contra micro-organismos assim como o tratamento de doenças crónicas, oncológicas e também devido ao desenvolvimento de meios tecnológicos de diagnóstico e tratamento. Atualmente o desafio que se impõe não está apenas ao nível fisiológico, mas também de carácter emocional, dado que o ser humano está a ser vítima de si próprio através dos comportamentos que tem adotado no seu quotidiano e na sua capacidade de enfrentar/adaptar os obstáculos que ocorrem, criando muitas vezes situações de *stress*.

O “*Stress*” é um dos termos mais utilizados no nosso quotidiano, quer pela comunidade científica assim como pelo público em geral. No entanto, continua a não existir um significado comum unanimemente aceite.

Por toda a sua pertinência e atualidade como refere no seu estudo Ferreira [et al.] (2016), nas últimas duas décadas verifica-se um crescimento do número de artigos sobre o tema do *stress*, destacando-se um aumento significativo de publicações ao longo dos anos. A OMS, considera atualmente o *stress* como uma epidemia global, visto que as pessoas se confrontam com muitas situações que podem interferir na qualidade de vida, desencadeando distúrbios tanto no campo pessoal como profissional. Os profissionais de saúde são uma das classes profissionais que mais enfrentam o *stress/stress* ocupacional, sendo considerados um grupo de alto risco. Deste grupo os enfermeiros destacam-se, já que são os que estão mais expostos a uma panóplia de fatores inerentes à sua intervenção, são os profissionais que mais tempo estão em contato com os doentes,

familiares e por ser a categoria profissional com mais representação na área da saúde. De acordo com a OE a profissão tem tido um crescimento ao longo dos anos do número de profissionais, no final de dezembro de 2020, os enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros eram 78.177 (OE, 2020), tornando-se essencial o estudo desta temática neste grupo profissional.

1.1 Evolução do conceito de Stress

Não podemos dissociar a evolução do conceito de *stress* com os conceitos que surgiram ao longo dos tempos. Assim podemos relacionar alguns autores com conceitos e modelos explicativos de *stress*. Se inicialmente o termo *stress* era associado à física, no início do século XX foi iniciado um novo ciclo com a pesquisa médica e introdução da fisiologia orgânica.

Stress como termo provém do verbo latim *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum* cujo significado é apertar, comprimir, restringir. A expressão existe na língua inglesa desde o século XIV sendo utilizada, durante bastante tempo, para exprimir uma pressão ou uma contração de natureza física.

Para entender o uso do termo *stress* é necessário realizar uma retrospectiva histórica e entender a sua evolução até aos dias de hoje. Embora o termo *stress* esteja na moda, os primeiros estudos científicos essencialmente matemáticos, remontam ao século XVII com Galileo Galilei (1633), este constatou através de experiências sobre tensões que “...as cargas de rutura eram proporcionais às áreas das secções transversais...” Penereiro (2010, pág.301).

No século XIX iniciou-se outra linha de pensamento no âmbito da fisiologia, o francês Claude Bernard (1813-1878), precursor da biologia moderna e um adepto do método experimental tem uma posição em relação ao conceito de *stress*, através das suas experiências observou que o organismo funciona constantemente para manter um ambiente interno estável e equilibrado mediante alterações externas, de forma a encontrar condições para garantir a sobrevivência (Gonzalés, 2001 cit em Faro e Pereira, 2013). Estas descobertas, na altura pioneiras, foram a base para o que passou a ser entendido como mecanismos homeostáticos que posteriormente vieram a ser desenvolvidos por outros cientistas.

Posteriormente Walter Bradford Cannon (1871-1945) médico e fisiologista, continua a “linha de investigação” de Bernard. Cannon com base em experiências constatou que, tanto os estímulos físicos (frio, calor, dor), como os psicológicos podem desencadear

reações fisiológicas, e desta forma, provocar a libertação de substâncias da medula suprarrenal, denominadas posteriormente por catecolaminas (Almeida [et al.], 2016). Cannon na sua obra com o nome “*Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*”, editada em 1915 explica as influências que as emoções tinham sobre os vários sistemas do organismo, descrevendo o processo pelo qual os sistemas corporais construíram uma forma de ajudar os organismos a manter uma estabilidade interna, estado que ele definiu como homeostasia (Cannon, 1915). Cannon propôs duas maneiras para que a homeostasia seja mantida: através dos órgãos dos sentidos e através do feedback negativo do sistema nervoso autónomo, os quais devem trabalhar juntos para manter a estabilidade interna. Embora o conceito de homeostasia fosse importante no contexto fisiológico, ainda continuava a ser considerado como um processo automático, ainda longe da componente psicológica do *stress* (Robinson, 2018).

Outra das definições associadas ao *stress* na área da saúde foi apresentada por um médico austro-húngaro de seu nome Hans Selye na década de 50, considerado como o Pai da teoria de *Stress*, sendo o primeiro pesquisador dedicado a realizar experiências que comprovassem a ligação entre emoção e desencadeamento de reação neuro-endócrina (Bianchi, 2009).

Para o médico Hans Selye (1907-1982) o termo *stress* esta diretamente ligado ao modelo biológico de forma a compreender a dinâmica fisiológica do organismo aquando do estímulo. Um dos seus artigos foi publicado em 1936 com o título “*A syndrome produced by diverse nocuous agents*”, (Selye, 1936), onde relata algumas experiências e pode constatar mudanças fisiológicas no organismo dos animais, interpretando as mesmas como respostas adaptativas a vários tipos de *stress* que introduzia, reconhecendo assim um padrão com 3 tipos de respostas fisiológicas ao *stress* que denominou de Síndrome Geral de Adaptação (SGA), dividindo em 3 fases;

- Fase de Alerta — normalmente é a resposta inicial do organismo, onde o mesmo se prepara para “lutar ou fugir” ao agente indutor de *stress* (Robinson, 2018), causando uma resposta rápida por parte do organismo, ativando o sistema nervoso simpático e parassimpático, podendo ser observados reações fisiológicas, como, por exemplo, sudorese, taquicardia, etc.
- Fase de resistência — nesta fase o indutor de *stress* continua ativo, levando o organismo a uma constante procura de equilíbrio fisiológico provocando um desgaste do mesmo, por exemplo, se o agente de *stress* for a privação nutricional, o corpo pode tornar-se mais letárgico para conservar energia enquanto a absorção de nutrientes é maximizada, (Robinson, 2018). Esta adaptação contribui

para chegar à próxima fase, caso os mecanismos de defesa não funcionem dado que pode ser prolongado por um longo período.

- Fase de exaustão — quando o organismo após uma adaptação prolongada perde a capacidade da mesma, dá-se uma diminuição da resistência e incapacidade de adaptação por parte do organismo, ou seja, esgota-se a resistência ao *stressor*. Podem ser observados sintomas patológicos tais como depressão entre outros, ou mesmo levar à morte.

Além de descrever várias maneiras como o corpo responde ao *stress*, Selye foi capaz de isolar e identificar várias hormonas envolvidas na resposta ao mesmo, em particular, os glucocorticóides (Selye, 1943). Esta descoberta levou a uma melhor compreensão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal contribuindo assim para uma melhor compreensão da capacidade de resposta do organismo ao *stress*, em vez de uma adaptação geral.

No conceito de *stress* de Hans Selye houve dois desenvolvimentos muito importantes. Inicialmente o reconhecimento de que o organismo perante fator de *stress* desenvolve uma resposta inespecífica fisiológica e como segundo desenvolvimento foi a distinção entre *Eustress* e *Distress* (Lazarus, 1993).

- *Eustress* – consiste no *stress* bom, os que causam sentimentos positivos, aquele em que a tensão é recompensada pelos resultados obtidos (Mendonça e Solano, 2013), manifestando-se, por exemplo, quando a pessoa vive uma experiência boa. Segundo Boller (2003, pág.39) “...eustress, é o *stress* da realização, do triunfo do contentamento. Vemos com bons olhos certas experiências e situações de *stress*, porque causam sentimentos positivos”.
- *Distress* – ou *stress* negativo, ocorre quando o indivíduo vivência situações ou acontecimentos maus, causando sofrimento mental e físico. A origem deste tipo de *stress* ocorre quando existe a perda de sentimentos de segurança e adaptação, por exemplo: tristeza, abandono, desamparo, perda, tensão, medo, cansaço, desrespeito, ansiedade e desvalorização.

Richard Lazarus (1922–2002) psicólogo de formação, foi um dos primeiros autores a pôr em causa a teoria da síndrome geral de adaptação (SGA) de Hans Selye. Lazarus defende uma perspetiva de análise diferente da utilizada até à data, ou seja, o estabelecimento de relação de leis gerais de estímulo-resposta, com base no estudo de fatores de *stress* exclusivamente fisiológicos (Lazarus, 1966). Este defendia que além dos *stressores* fisiológicos o *stress* psicológico deve ser abordado como algo único, traduzindo assim um significado pessoal, ou avaliação, bem como emoções únicas e não “standarizadas” (Robinson, 2018). Com base neste princípio Lazarus realça a importância

da avaliação individual, introduzindo o aspeto cognitivo e as emoções como considerações importantes para o ajuste comportamental da resposta a um estímulo. Através das interações psicológicas e ambientais Lazarus criou o modelo transacional de *stress* (Lazarus, 1966), este modelo destaca o processo cognitivo de avaliação perante uma situação de *stress*, ou seja, dá real importância ao que a pessoa pensa ou avalia perante um evento mediando a reação e resposta.

O conceito de Lazarus e Folkman (1984) defende que o *stress* é o resultado de múltiplas avaliações dos estímulos percebidos pelo indivíduo e podem ocorrer quando existem pressões ambientais, psicológicas ou ainda desajustes biológicos que vão gerar a necessidade de ativar recursos de forma a promover a adaptação, até que seja extinto o carácter ou estímulo *stressor* ou o organismo entre em exaustão (Faro e Pereira, 2013).

Mais recentemente Serra (1999) define o *stress* como uma resposta necessária e adaptativa, podendo surgir diariamente em qualquer pessoa, sendo essencial identificá-lo, entender as suas causas e efeitos para construir mecanismos de adaptação ao mesmo.

Como podemos constatar o conceito de *stress* ao longo dos tempos foi evoluindo, passando por algo físico, depois biológico, emocional e em última análise a apresentação da interação entre todos estes fatores.

1.2 Fontes Indutoras de Stress

O conceito de *stress* tem vindo a sofrer uma evolução, tendo sido definido de várias formas: como variável independente, dependente, como processo, estudado como estímulo, como resposta ou como interação entre estímulo e resposta ou sob a forma de um tipo de desequilíbrio entre a pessoa e o meio envolvente, ou seja, o *stress* vai assumindo diferentes significados para diferentes autores. Serra (1999, pág. 475), refere que “... um indivíduo não vive compartimentado. O ser humano no seu dia-a-dia atravessa usualmente três ambientes distintos: profissional, familiar e social...”, assim sendo, as fontes geradoras de *stress* podem ter proveniência de diferentes origens, tais como, o ambiente de trabalho, o perigo físico e a adequação do indivíduo ao seu ambiente assim como a relação família/trabalho.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), as situações indutoras de *stress* são todas as que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio, sendo avaliada como algo que excede os seus recursos, lesando o seu bem-estar. Estes autores dividem as situações indutoras de *stress* em três categorias, são elas:

- Ameaça – situação em que o indivíduo antecipa um evento desagradável que ainda não aconteceu;
- Dano – situação já vivida pelo indivíduo em que cabe ao mesmo aceitar o acontecimento, ou reinterpretar o seu significado, ou as suas consequências;
- Desafio – Situação em que o indivíduo sente que pode alcançar ou ultrapassar as exigências requeridas.

De acordo com Labrador (1992, pág. 46),

“...o tipo de vida de uma pessoa, a sua profissão, família, relações sociais, **lazer**es, pensamentos, expectativas, determinam em grande parte as exigências a que se verá submetida e facilitam em maior ou menor grau o aparecimento de situações *stressantes*”.

Este autor dá realce às vivências do indivíduo como forma de enfrentar os agentes *stressores* e que parte de “nós” reduzir as situações a que nos expomos. Desta forma distingue três fontes de *stress*:

- Acontecimentos vitais, intensos e extraordinários – é o resultado de alterações importantes na vida dos indivíduos, que requerem do organismo uma adaptação rápida e intensa, tais como, sofrer um acidente de automóvel, perder um ente querido, casar ou ser abandonado pelo cônjuge, etc. Quando existe uma grande frequência destes acontecimentos o organismo pode entrar em sobrecarga causando efeitos negativos na sua saúde.
- Acontecimentos diários *stressantes* de menor intensidade – situações do quotidiano que surgem diariamente como geradoras de *stress*, embora muitas delas num curto espaço temporal, a exemplo, um engarrafamento de trânsito que impossibilita a chegada a horas ao trabalho, não comer tranquilamente, ou aspetos relacionados com familiares, tais como, ter de levar os filhos à escola, etc.
- Situações de tensão crónica permanente – são situações que se mantêm durante períodos prolongados, como por exemplo, mau ambiente laboral, interrupção laboral prolongada.

Por sua vez Serra (1999), refere que as situações indutoras de *stress* podem ser de origem física, psicológica ou social assim como internas, ou externas ao indivíduo. Como situações externas podemos referir o frio ou calor extremo, a privação de alimentos,

como internos existem acontecimentos que o individuo deteta e formam pensamentos ou imagens que originam emoções fortes, causando desequilíbrio. Este autor não descarta que a componente psicológica possa fazer parte das outras duas, física ou social, “...uma circunstância indutora de *stress*, inicialmente de natureza física ou social, pode igualmente constituir uma situação de *stress* psicológico” Serra (1999). Para o autor acima citado as circunstâncias indutoras de *stress* dividem-se em sete classes:

- Acontecimentos traumáticos – são circunstâncias muito graves, que ocorrem sem serem antecipadas e que podem produzir transtornos psicopatológicos que se prolongam por vários anos caso não sejam tratados, exemplo, uma guerra, a reativação de um vulcão, um grande terramoto, o naufrágio, a queda de um avião, uma violação, um homicídio, etc.
- Acontecimentos significativos da vida – situações marcantes na vida de um individuo e que podem determinar uma alteração do estilo de vida, a exemplo, o falecimento do cônjuge ou de um familiar, situação de casamento ou divórcio, um acidente de consequências trágicas, saída de um filho de casa, situação de desemprego, etc.
- Situações crónicas indutoras de *stress* – são situações que tem como principal característica perpetuarem no tempo com a percepção de não terem resolução fácil nem imediata, como por exemplo, ter frequentemente tarefas para realizar com prazo instituído, ter demasiadas tarefas para realizar em simultâneo, conflitos com cônjuge, chefe ou colegas de trabalho, sofrer de uma doença crónica, não dispor de dinheiro para realizar necessidades do agregado familiar, etc.
- Micro indutores de *stress* – situações que contribuem para pequenos aborrecimentos regulares da vida diária que cumulativamente podem gerar *stress*, a exemplo, vizinho incomodativo, trânsito intenso na ida para o emprego, rotinas diárias no seio familiar tais como a preparação da refeição, etc.
- Macro indutores de *stress* – acontecimentos que ocorrem não especificamente ao individuo, mas afetam um grupo de pessoas, normalmente direccionado a um padrão socioeconómico, como por exemplo, uma taxa de inflação alta, dificuldades de emprego, impostos elevados, recessão da economia, etc.
- Acontecimentos desejados que não ocorrem – refere-se de um acontecimento que não se concretiza ou tarda em concretizar-se, por exemplo, uma mulher que não consegue engravidar, um funcionário que não atinge a promoção profissional, um rapaz que não consegue ingressar no ensino superior, etc.

- Traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento – são acontecimentos traumáticos que ocorrem durante a infância que podem ter consequências negativas na vida adulta, ou seja ocorrem numa fase formativa do indivíduo, exemplo, abusos sexuais em criança, etc.

Para Stora (1990, pág. 38), “...as características dos *stressores* ou agentes de *stress*, associados ao aparecimento das doenças, são relativos; à sua intensidade, à sua dimensão, à sua duração, à sua imprevisibilidade e finalmente ao seu efeito de novidade...”, ou seja, para esta autora o indivíduo quando está exposto prolongadamente e intensamente a uma situação de *stress* dificilmente volta ao estado original de bem-estar físico, biológico e psíquico. Refere também, que caso os agentes de *stress* atuem simultaneamente ou em sequência, vai levar a uma manifestação de um efeito de “sobrecarga”, e que independentemente da resistência do organismo qualquer sobrecarga pode ter consequências dramáticas.

Em suma, os diferentes autores consideram que os indutores de *stress* podem ter uma natureza diversa, exigindo ao indivíduo uma resposta, que por sua vez pode ser de maior ou menor expressão mediante as ferramentas que o indivíduo tem no seu percurso de vida. Assim um acontecimento é encarado como grave quando leva a que o indivíduo altere o seu quotidiano interferindo nas suas atividades de vida diárias e consequentemente na sua saúde, impossibilitando o mesmo de atingir os seus objetivos.

1.3 O Stress Ocupacional

O *Stress* ocupacional não sendo considerado como um fenómeno recente tem sido objeto de estudo e preocupação para as organizações. Através da literatura disponível é possível verificar que alguns autores definem o *stress* ocupacional como um conjunto de perturbações psicológicas associado às experiências de trabalho. Este tipo de perturbação ou sofrimento é considerado na atualidade como um problema crescente de saúde a nível Mundial. Para Saveca, Montero e Tembe (2020, pág.1), “O *stress* ocupacional é considerado como um desequilíbrio entre as exigências no trabalho e as capacidades para dar resposta no contexto laboral. Portanto, constitui um dos maiores desafios em termos de saúde para os pesquisadores desta área”.

Ao longo dos últimos anos a atividade laboral tem exercido sobre o trabalhador uma tremenda exigência. No início do século XX essa exigência seria mais atribuída ao foro físico, e posteriormente ao foro emocional e psicológico, fruto do próprio desenvolvimento organizacional assim como da competitividade e monitorização da produtividade do trabalhador. Poderemos considerar que a rapidez do avanço das tecnologias e a

capacidade de adaptação por parte do trabalhador não progrediram paralelamente, contribuindo também para este fenómeno, associado a uma sociedade cada vez mais exigente, atenta, frenética e apinhada de exigências, quer pessoais assim como profissionais.

Por sua vez para Genuíno, Gomes e Moraes, (2010) o *stress* profissional é uma realidade e um problema com uma dimensão crescente dentro das organizações. A globalização faz com que o trabalhador da era moderna esteja sujeito a fatores que contribuem para este aumento como por exemplo a alta competitividade, a mão-de-obra mais barata proveniente de países menos desenvolvidos, carga horária mais longa (mais horas efetivas de trabalho), concorrência agressiva, entre outros. Além das referidas anteriormente, foram identificadas mais algumas causas, tais como: excesso de carga de trabalho, falta de tempo para refletir, falta de tempo para concluir os serviços assim como a necessidade de realizar muitas tarefas simultaneamente.

O comportamento adotado pelo trabalhador associado ao seu estilo de vida e aos fatores acima descritos levam a que este tenha uma resposta adaptativa aos estímulos do ambiente de trabalho, nomeadamente quando o trabalhador não tem capacidade para enfrentar os desafios propostos ou quando esses estímulos excedem a sua capacidade de os enfrentar, inicia-se assim um processo de *stress* ocupacional. Todos estes fatores contribuem para um desgaste do organismo, tanto a nível fisiológico como psicológico.

Podemos afirmar que o *stress* ocupacional tem uma abordagem diversificada no indivíduo que resulta da forma como este interage com o mundo. Prado (2016), refere que o *stress* ocupacional tem três vertentes: biológica, psicológica e sociológica. A biológica é caracterizada pelo desgaste do corpo. Todos os processos emocionais, afetivos e intelectuais da pessoa correspondem à abordagem psicológica, ou seja, a forma como se relaciona com as pessoas e com o mundo em seu redor. Por último a sociológica que se refere à forma como o indivíduo compreende as variáveis que se englobam no âmbito da sociedade, que manifestamente caminha para uma globalização dos problemas da área da saúde assim como laborais, tendo a necessidade de criar organismos para monitorizar toda a atividade assim como o levantamento dos problemas assim como sugerir/recomendar soluções como é o caso da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA).

De acordo com a Agência Europeia para a segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA^(a), 2013), o custo total das perturbações de saúde mental na qual se inclui o *stress* e o *stress* ocupacional na comunidade europeia foi responsável pela despesa de cerca de 240 mil milhões de euros/ano. Este valor engloba o tratamento médico em cerca de 114

mil milhões euros, assim como, a perda de produtividade e absentismo em 136 mil milhões de euros. Em 2017 segundo um artigo da EU-OSHA relacionado com os custos de acidentes e doenças relacionados com o trabalho já ascendia a 476 mil milhões de Euros (EU-OSHA, 2017). Para a EU-OSHA o *stress* é o 2ª fator mais frequente nos distúrbios dos trabalhadores na Europa, que se traduz não só na saúde dos trabalhadores, contribuindo para um fraco desempenho, desmotivação, absentismo, mas também na “saúde” financeira das organizações.

Numa sondagem europeia conduzida pela EU-OSHA (EU-OSHA^(b), 2013) sobre o que pensam os trabalhadores sobre as causas mais comuns que contribuem para o *stress* ocupacional foram identificados os seguintes resultados;

- 72% Dos trabalhadores consideram que a reorganização do trabalho ou a insegurança em termos de emprego constitui uma das causas mais comuns;
- 66% Atribuem a horas de trabalho excessivas ou carga de trabalho;
- 59% Atribuem ao facto de estarem sujeitos a comportamentos menos adequados tais como *bullying* ou assédio;
- 51% De todos os trabalhadores dão conta de que o *stress* ocupacional é algo que é comum no seu local de trabalho;
- Cerca de quatro em cada dez trabalhadores considera que o *stress* não é corretamente gerido no seu local de trabalho.

De acordo com Esteves e Gomes (2013), o *stress* ocupacional está diretamente ligado ao aumento de comportamentos de risco e manifesta-se através de comportamentos desajustados, tais como, o absentismo, o baixo envolvimento com a organização assim como o abandono do trabalho. Todas estas considerações estão em linha com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU–OSHA) que através de um inquérito (ESENER, 2019) realizado às empresas em 2019, refere que (EU-OSHA, 2020):

- O *stress* relacionado com o trabalho é o segundo problema de saúde mais frequentemente no continente europeu, sendo o primeiro as lesões músculo-esqueléticas;
- Cerca de metade dos trabalhadores considera os problemas acima citados como comuns no seu local de trabalho;
- 50 % do absentismo ao trabalho podem estar diretamente relacionados ao *stress* relacionado com o trabalho.

Para a EU-OSHA, (2000, pág. 1), “...o *stress* no trabalho tem consequências indesejáveis para a saúde dos trabalhadores, bem como das empresas em que trabalham...”, exemplo

disso são as doenças que se podem manifestar e desenvolver já que o organismo se encontra debilitado e propenso a uma diminuição da função do sistema imunitário, tornando mais suscetível a doenças, tais como: úlceras pépticas, doenças inflamatórias do intestino, lesões músculo-esqueléticas, hipertensão e doenças cardíacas e cardiovasculares.

Todos estes sintomas são confirmados pelo estudo desenvolvido por Monteiro, Freitas e Ribeiro (2007) junto de estudantes de enfermagem. Para os autores para além da sintomatologia clássica da reação à fase de alarme ao *stress*: taquicardia, tensão muscular, pele e extremidades frias, entre outras, assinalam reações secundárias tais como cefaleia, sonolência, irritabilidade e dificuldade de concentração assim como sentimentos de raiva, passividade e o desestímulo. Todos estes fatores vão contribuir para uma baixa do desempenho na sua atividade.

A Direção-Geral da Saúde (Portugal, 2010, pág. 2) já reconhece que o “...risco de um profissional de saúde contrair doenças relacionadas com o trabalho é cerca de 1,5 vezes maior do que o risco de todos os demais trabalhadores”.

Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2012), no seu estudo, incluem os enfermeiros entre as 7 profissões mais geradoras de estado de *stress*. Além das organizações em que exercem (hospitais) terem um papel importante na indução de *stress*, motivado pela complexidade da organização, das relações hierárquicas a interdependência entre classes profissionais, assim como, a alta especialização das tarefas, destaca-se a responsabilidade que estes profissionais têm ao cuidar de outras pessoas, que abrange não só os doentes assim como os familiares, em suma, “...a responsabilidade por pessoas parece estar na origem de níveis mais elevados de *stress* que a responsabilidade por aspetos de natureza material”, Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2012, pág. 10).

Lima [et al.] (2019), no seu estudo com enfermeiros portugueses, constatou que 73% da amostra considera o seu trabalho como *stressante* e encontram-se com níveis moderados de *stress* no trabalho, principalmente relacionados com a carga de trabalho e a gestão da morte.

Sendo a enfermagem uma profissão com muitas particularidades na sua atividade em que o foco é o cuidar, a necessidade de lidar com a morte, com o sofrimento de outros, com cargas horárias elevadas, rotatividade de turnos, excesso de trabalho, entre outros descritos anteriormente, encontra-se entre as profissões com maior nível de *stress*.

1.4 Fontes Indutoras de Stress Ocupacional

O *stress* Ocupacional constitui na atualidade um enorme desafio para as organizações, quer pelo impacto na economia, na sociedade, na despesa pública e principalmente na saúde do trabalhador. Para minimizar os efeitos do *stress* ocupacional é necessário determinar a sua origem ou fonte, para que seja encontrada estratégias eficazes na resolução do problema. Estas fontes/indutores podem ter variadas origens mediante os diversos autores, podem ser intrínsecos ao trabalho (e.g. condições de trabalho), ao individuo (e.g. recursos de *coping*; nível de ansiedade), e extrínsecas ao trabalho (e.g. problemas familiares).

Para Gray-Toft^(b) e Anderson (1981), autor da Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros, utilizada neste estudo, identificaram no seu trabalho como principais fontes geradoras de *stress*: a carga de trabalho, a preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares e por último a morte e o morrer. Para além destas causas, os autores referem fatores adicionais de carácter organizacional, tais como, o conflito e ambiguidade de papéis e o nível de responsabilidade.

Ferreira [et al.], (2016), chega a conclusões semelhantes aos anteriores autores, em que os fatores organizacionais são referidos como motivadores de *stress* junto dos profissionais de saúde. Os principais fatores apontados foram a categoria profissional, estrutura física desadequada, gestão da carga de trabalho e relações interpessoais. De salientar que para este autor as pessoas são o maior ativo e a essência de uma organização e que devem ser desenvolvidos programas de intervenção para a gestão ocupacional de forma a haver um envolvimento dos mesmos com a organização, contribuindo para um atingimento comum dos objetivos, quer pessoais assim como organizacionais.

Porém, Serra (1999), refere que o *stress* ocupacional é fruto da relação do trabalhador e das suas características únicas com a organização em que o individuo não tem capacidade de as ultrapassar. Este autor identifica alguns indutores de *stress*:

- **O Indivíduo** – que é detentor de uma personalidade, tolerância à ambiguidade, capacidade de lidar com as mudanças, motivação e padrões de comportamento únicos e individuais que vão diretamente interferir na sua reação.
- **Características do trabalho** – intrínsecas do trabalho, tais como, trabalho em excesso (sobrecarga), pouco trabalho (subcarga), condições físicas desagradáveis do trabalho, pressões do tempo, fraca autonomia na tomada de decisão, etc.

- **Papel a desempenhar na organização** – conflito/ambiguidade de papel, responsabilidade das pessoas, não participação nas tomadas de decisão.
- **Relações interpessoais na empresa** – englobam as relações dentro da organização tais como: relações pobres com o chefe, colegas ou subordinados, dificuldades em delegar responsabilidades e as relações da empresa com o mundo exterior, exigências da empresa versus família e exigências da empresa versus interesses pessoais.
- **Carreira profissional** – Perspetiva de ascensão, sobre/sub promoção, emprego precário, ameaça à ambição pessoal.
- **Clima de organização** – Falta de uma supervisão eficaz, restrições ao comportamento e políticas da empresa.

Para este autor, além destes indutores referidos anteriormente, os profissionais de enfermagem têm alguns específicos da profissão e do seu exercício profissional, tais como:

- Existência de sobrecarga de trabalho, consiste nas inúmeras tarefas a realizar simultaneamente assim como a escassez de recursos humanos;
- Pressão do tempo, rapidez é essencial;
- Perceção de não se ter controlo sobre as exigências da profissão;
- Fraca capacidade de se ser autónomo nas tomadas de decisão;
- Atitude passiva perante os problemas;
- Atenção continuada a prestar a doentes graves ou difíceis;
- Falta de apoio social, por parte de superiores hierárquicos ou de familiares;
- Má comunicação com colegas, doentes, familiares de doentes ou supervisores;
- Insatisfação com a forma como o técnico de saúde se sente tratado por superiores hierárquicos ou a instituição;
- Dificuldade em conciliar as obrigações de trabalho com os familiares e domésticas.

McIntyre, McIntyre e Silverio (1999), no seu trabalho com profissionais de saúde identifica 5 fontes de *stress* Ocupacional encontradas com frequência no seio das equipas, são elas por ordem de importância; sobrecarga de trabalho, más condições físicas e técnicas,

carência de recursos materiais, técnicos e humanos, excessivo número de doentes por enfermeiro e incapacidade de responder às exigências do doente.

Resumidamente o *stress* ocupacional nos enfermeiros tem repercussões a todos os níveis, desde pessoais, sociais assim como organizacionais. Os estudos apontam vários fatores como indutores de *stress* entre eles a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento dos superiores hierárquicos e da organização assim como as más condições de trabalho. Todos estes fatores vão contribuir para um aumento do nível e absentismo, diminuição da performance dos trabalhadores, levar a um aumento dos acidentes de trabalho e consequentemente um aumento de lesões físicas assim como à falta de motivação. Citando Rodrigues e Ferreira (2011, pág. 8):

“... É importante e fundamental que se examinem as fontes de estresse, no sentido de prevenir reações adversas que podem ter consequências não só na saúde e bem-estar dos profissionais, mas, também, no desempenho profissional e por isso, na qualidade dos serviços prestados ao paciente...”

só assim será possível ter uns cuidados de excelência, havendo um crescimento paralelo entre a organização e a “essência” da mesma, ou seja, os trabalhadores.

1.5 Stress no Enfermeiro extra-hospitalar

A enfermagem no extra-hospitalar não foge ao anteriormente descrito. O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros no extra-hospitalar tem sido sistematicamente posto à prova, assim como valorizado, a tal nível que a OE teve a necessidade de criar um quadro diferenciador através da atribuição da competência acrescida em emergência extra-hospitalar (Regulamento n.º 226/2018 – Diário da República n.º 74/2018, Série II de 2018-04-16 115116048). Esta área de atuação tem particularidades que exigem muito aos enfermeiros, já que o socorro no extra-hospitalar é caracterizado pela assistência inicial à vítima de doença súbita ou acidental no local da ocorrência. A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico no local da ocorrência exige do enfermeiro capacidade de raciocínio rápido e uma tomada de decisão clínica correta e eficaz contribuindo para a sobrevivência da vítima. Genuíno, Gomes e Moraes, (2010, pág. 2) salienta toda esta articulação de saberes como fator e de exigências:

“...os trabalhadores de áreas submetidas a grandes responsabilidades, a velocidade nas decisões e outros determinantes que exigem apresentações de resultados continuamente, estão cada vez mais renunciando ao seu tempo de lazer e de descanso que o corpo necessita”.

Por sua vez, Carvalho [et al.] (2020, pág. 2) refere:

“...Entre as diversas áreas de atuação da enfermagem, a emergência, onde se enquadra o serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), é considerada como a de maior estresse, principalmente pelo processo de trabalho, que exige esforços físico, mental, psicológico e emocional”, enaltecendo assim o desgaste a que o enfermeiro está sujeito, quer a nível físico assim como emocional, contribuindo para um *stress* adicional”.

Toda esta exigência não se delimita concretamente á parte da atuação perante a vítima, mas também a todo o envolvimento do próprio episódio, como por exemplo:

- Segurança do local de atuação;
- Condução e riscos associados á deslocação para o local;
- Condição física perante dificuldades geográficas, climatéricas;
- Familiares;
- Trabalho com as equipas presentes no terreno (CVP, Bombeiros, forças policiais, serviços municipais, Proteção Civil);
- Tipologia do episódio.

Segundo Sousa, Souza e Costa (2014), além dos riscos presentes nos ambiente hospitalares, os profissionais que atuam em contexto extra-hospitalar tem riscos próprios do ambiente no exterior “...incluindo acidente automobilístico, explosão, agressão física, entre outros...”, assim como “...comunidades violentas, ambientes mal-iluminados, exposição ao calor ou a uma chuva forte, a presença de curiosos, a constatação do óbito na residência do paciente, riscos de acidentes de trânsito, manejo rápido...” Sousa, Souza e Costa (2014, pág. 168).

Trabalhar na emergência extra-hospitalar requer competências específicas, Oliveira e Martins (2013) no seu trabalho, evidência o papel do enfermeiro para além das suas competência e intervenção de enfermagem no tratamento da sintomatologia do doente, é importante a vertente humana dos cuidados assim como a dimensão ética no cuidar, valorizando a dignidade humana de quem esta necessitado. Além de estimulante a atuação em contexto de emergência extra-hospitalar acarreta também toda a exigência de trabalhar fora do meio hospitalar com todos os riscos inerentes, descritos anteriormente, nesta perspetiva e como refere Amaro e Jesus (2008), os profissionais de emergência médica extra-hospitalar, são um caso particular, devido às características

próprias destes profissionais, faz com que estejam sujeitos a níveis de *stress* mais elevados em comparação a outros profissionais de saúde e população em geral.

EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR: DA ORIGEM À ATUALIDADE

2 Emergência Extra-hospitalar

A palavra Emergência tem origem no latim *emergentia*, significa ato de emergir, situação crítica, acontecimento inesperado ou de gravidade excecional que requer (re)ação imediata ou urgente (Costa e Melo, 2014).

Tal como exposta anteriormente a definição realça tratar-se de uma situação em que é preciso intervir o mais rapidamente possível de forma a minimizar possíveis complicações permanentes ou mesmo evitar a morte.

Durante muitos anos a nomenclatura usada para as emergências fora do meio hospitalar eram denominadas como emergência pré-hospitalar, sendo esta nomenclatura ainda usada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Atualmente a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza esta intervenção de enfermagem emergência extra-hospitalar considerando-a como uma competência acrescida, tendo para isso criado um regulamento para atribuição de competência acrescida em emergência extra-hospitalar (Regulamento n.º 226/2018, OE), que na sua página 105759 refere:

“Emergência extra-hospitalar é toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno.”

Assim, torna-se importante o conhecimento da emergência extra-hospitalar. Este capítulo vai fazer uma abordagem á história do extra-hospitalar no Mundo e em Portugal, os modelos de emergência médica assim como toda a sua organização, meios e a formação ministrada aos enfermeiros que exercem funções nas VMER.

2.1 História da Emergência Extra-Hospitalar

Para compreender a emergência Extra-Hospitalar e a sua evolução é necessário realizar uma retrospectiva temporal de forma a evidenciar os principais acontecimentos históricos,

quer Mundial assim como em Portugal. Contudo, não podemos dissociar este percurso relativamente à profissão de enfermagem e ao seu contributo.

2.1.1 Emergência Extra-Hospitalar Mundial

Desde os primórdios da civilização que o homem se organiza para dar resposta, em contexto extra-hospitalar, a situações de catástrofes naturais assim como a crises provocadas pela humanidade, como as guerras, com o objetivo de reduzir o número de mortes e diminuir as comorbilidades associadas. De forma a superar estas adversidades acima referidas, surge a necessidade de prestar socorro às vítimas em situação de emergências/urgências no local da ocorrência, de forma a existir uma atuação rápida na prestação de cuidados minimizando os danos causados, promovendo uma melhoria na qualidade de vida assim como uma melhor e mais rápida recuperação. Podemos dizer que a história da emergência extra-hospitalar e a história da enfermagem no extra-hospitalar se desenvolveu com as guerras que aconteceram ao longo da nossa história. Foi em situações de crises, quer naturais ou bélicas, que a enfermagem teve os maiores avanços, quer na sua construção/estruturação, adaptação assim como fundamentação científica.

Costa [et al.] (2009), dá como exemplo a fundadora da enfermagem, Florence Nightingale, que na guerra da Crimeia conseguiu provar que profissionais treinados, organizados, com sustentação científica associados a condições ambientais controladas tinham consequências positivas na qualidade dos cuidados.

As primeiras referências ao transporte de vítimas de campos de batalha em ambulâncias são datadas do século XV, “...durante as cruzadas contra os mouros em Espanha no reinado de D. Fernando e D. Isabel de Espanha...” (Mateus, 2007, pág.3), de forma a prestar cuidados ainda que rudimentares.

Mas foi durante as campanhas Napoleónicas no século XVIII (1766–1842) que o cirurgião e chefe militar do exército napoleónico Dominique Larrey impulsionou e revolucionou as práticas médicas no campo de Batalha, iniciando *in loco* a prestação de cuidados a soldados feridos, para isso tinha ao seu dispor hospitais de campanha com aplicação de métodos de triagem e o conceito de “Ambulances Voulante” (ambulâncias volantes), que consistia em veículos de tração animal, os quais tinham como características serem moveis associados á sua leveza e velocidade, desta forma era possível transportar material médico, os feridos rapidamente com algum conforto e alguma assistência médica. Todos estes fatores contribuíram para a redução da mortalidade assim como

para a reabilitação mais rápida de soldados feridos de forma a poderem ser enviados novamente para a frente de batalha.

Em 1854 na guerra da Crimeia, surge Florence Nightingale muito inovadora para a época, esta através de registos, otimização e organização dos cuidados conseguiu diminuir a taxa de mortalidade nos feridos em hospitais de campanha (Lopes e Santos, 2010), contribuindo assim para as bases da enfermagem moderna. Segundo Backes [et al.] (2020), a precursora da enfermagem moderna além da arte da “organização” do cuidar foi protagonista na influência social e política da época, com a transformação de uma realidade precária que era oferecida aos doentes, com a introdução de medidas de melhoramento da segurança, quer a nível da higiene, conforto e saneamento, medidas estas tão em foco nos dias que correm.

Mais tarde entre os anos de 1861-65, durante a Guerra Civil Americana Jonathan Letterman (cirurgião do exército dos Estados Unidos da América) desenvolve um novo modelo de assistência médica no campo de batalha, criou um sistema de primeiro socorro onde soldados treinados prestavam cuidados de saúde quando abordavam os feridos e posteriormente procediam á evacuação dos mesmos para os hospitais de campanha onde se encontrava o médico com cuidados mais diferenciados/definitivos (Mateus, 2007, pág.7).

Em 1863 surge a Cruz Vermelha, como consequência da necessidade de prestar cuidados de saúde aos feridos da guerra. Até á data não existia uma organização de assistência médica para os feridos em confrontos, assim como instituições seguras e protegidas para acomodar pessoas feridas.

Em 1864 resultante do trabalho efetuado pela Cruz Vermelha Internacional foi assinada a primeira Convenção de Genebra, onde foram colocadas em prática estratégias para que os Governos ficassem sensibilizados para os cuidados de saúde durante o tempo de guerra. Esta convenção tinha como base obrigar à prestação de cuidados a todos os soldados feridos independentemente da sua origem, como descrito no seu artigo 3 no ponto 1 (Comitê Internacional da Cruz Vermelha, 2016, pág. 37):

“As pessoas que não tomem parte diretamente nas hostilidades, incluindo os membros das forças armadas que tenham deposto as armas e as pessoas que tenham sido postas fora de combate por doença, ferimentos, detenção, ou por qualquer outra causa, serão, em todas as circunstâncias, tratadas com humanidade, sem nenhuma distinção de carácter desfavorável baseada na raça, cor, religião ou crença, sexo, nascimento ou fortuna, ou qualquer outro critério análogo”.

Desta convenção saiu o mundialmente conhecido símbolo da cruz vermelha em fundo branco, de forma a ser facilmente identificável nos campos de batalha pelas equipas de prestação de cuidados médicos. Assim se tornou "...na maior organização humanitária do mundo" (Mateus 2007, pág.8). Em 1876 foi criado um símbolo pela Sociedade Otomana de Socorros aos feridos, Crescente Vermelho em fundo Branco, adotado principalmente nos países islâmicos. Este tratado teve a sua primeira prova de fogo durante a Primeira Guerra Mundial onde foi colocado em prática. Desde essa data todas as instalações tais como hospitais, campos de refugiados assim como veículos de transportes de doente estão protegidos de ataques hostis desde que sinalizados com a Cruz Vermelha (Ramos e Sanna, 2006).

O século XX, as duas grandes guerras mundiais levam à mudança da forma de pensar e de atuação na prestação de cuidados aos feridos. Até à data o principal objetivo era transportar os feridos da frente de guerra para hospitais na retaguarda e foi assim que o cirurgião alemão Dr. Martin Kirschner (1935) surgiu com uma nova teoria que consistia no oposto, ou seja, vem defender o benefício de levar o médico ao doente em vez do transporte rápido do doente até ao médico. Esta forma de atuação é colocada em prática durante a 2ª guerra mundial em que foi possível constatar dois fenómenos, por um lado a sobrevivência das vítimas de trauma aumentava com uma primeira intervenção e por outro lado a moral dos soldados aumentava ao verem médicos nas linhas da frente proporcionando uma sensação de segurança (Chung, 2001). Podemos afirmar que as duas grandes guerras mundiais são a alavanca do sistema de emergência médica atual. A atuação em ambientes hostis, longe do praticado habitualmente, promoveu a aquisição de conhecimentos práticos até então não desenvolvidos e que ainda hoje são considerados essenciais na atuação em emergência médica, como o caso das drenagens dos pneumotórax hipertensivos, contenção de hemorragias exsanguinantes, transporte emergente de vítimas politraumatizadas/imobilização entre outras.

Outros marcos importantes no avanço na área da emergência médica foram as guerras da Coreia (1950-1953) e do Vietname (1964-1967), essencialmente na forma de evacuação recorrendo a meios aéreos essencialmente helitransportes e a consolidação do tratamento/abordagem assim como gestão do trauma. Neste sentido foram criados centros de trauma de referência assim como protocolos e algoritmos de abordagem à vítima.

Outro dos avanços importante na emergência "fora dos hospitais" foi a introdução de desfibriladores em ambulâncias no ano de 1967 e a constatação da sua eficácia nos ataques cardíacos, esse feito foi introduzido por Frank Pantridge, em Belfast, na Irlanda (Chung, 2001). Este princípio de colocar o "desfibrilhador" em local extra-hospitalar e

simultaneamente em locais estratégicos obedece a um conjunto de regras definidas no Programa Nacional de DAE sustentado legalmente pelo Decreto-Lei 188/2009 de 12 de agosto. Segundo INEM (2017), estima-se que na Europa o número de indivíduos afetados por eventos cardíacos/PCR varia entre 350.000 e 700.000, e constataram através dos equipamentos que cerca de 76% das vítimas apresentava um ritmo desfibrilhável: Fibrilação Ventricular, o que sustenta a colocação de dispositivos em meio extra-hospitalar.

2.1.2 Emergência Extra-Hospitalar em Portugal

Historicamente o atendimento médico extra-hospitalar esteve sempre ligado ao surgimento e decorrer de guerras, e Portugal não foi exceção. Existem algumas referências à participação de socorristas portugueses que davam apoio aos militares na frente de combate na I e II Guerra Mundial, formadas pelo exército em hospitais militares não sendo enfermeiros. Assim, com base evidência/experiência destes socorristas surge a necessidade de desenvolver um grupo com competências na área de prestação de cuidados de saúde para intervenção junto dos combatentes na 1ª linha de fogo com conhecimentos sustentados e com formação adequada (Torrão, 2011).

Em Portugal, a criação da assistência extra-hospitalar está descrita como tendo o seu início em 1965 com a criação do Número Nacional de Socorro – 115. Quatro anos antes, surgiu um grupo de Enfermeiras, criado pela necessidade de prestar auxílio aos soldados que combatiam na guerra colonial, grupo esse denominado Corpo de Enfermeiras Paraquedistas (Torrão, 2011).

A criação deste corpo de intervenção foi o início do extra-hospitalar em Portugal com Enfermeiros, neste caso com a missão de cuidar dos feridos de guerra no local da ocorrência, “...Saltaram de paraquedas e procederam a evacuações de feridos em Angola, Guiné e Moçambique, onde também tratavam da população civil...” (Torrão, 2011, pág. 13).

Mas foi em 1965 como foi referido anteriormente que a assistência pré-hospitalar em Portugal foi reconhecida, com o objetivo de transportar os cidadãos do local da ocorrência para o hospital numa ambulância tripulada por agentes da PSP. Inicialmente essa assistência só existia nos grandes Centros Urbanos, Lisboa e Porto (INEM, 2013; Mateus, 2007).

Posteriormente em 1971 foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA) equipados com veículos medicalizados usados na prestação de primeiros socorros, com o mesmo

tipo de tripulação abrangendo também Coimbra e Setúbal além das cidades referidas anteriormente. No resto do território o socorro era prestado pelas corporações de Bombeiros locais. Com este conjunto de meios estava criada uma rede que abrangia todo o país, permitindo uma melhor gestão dos meios assim como a sua eficácia (Decreto-Lei n.º 511/71).

Em 1978 com a evolução das telecomunicações, o número nacional de emergência 115 torna-se acessível a toda a população. Foi também criada uma Escola de Socorrismo para a formação técnica dos primeiros tripulantes de ambulância sob a coordenação da Cruz Vermelha Portuguesa.

Em 1980 foi criado o Gabinete de Emergência Médica com o objetivo de desenvolver o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), garantindo a assistência médica a vítimas de doença súbita ou acidentes, tornando possível a articulação com todos os intervenientes no socorro, criando uma ponte desde o local da ocorrência até ao hospital. Em 1981 é extinto o SNA sendo criado o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com o objetivo de criar um sistema de emergência médica (Decreto-Lei n.º 234/81).

Em 1998 o número 115 foi substituído pelo Número Europeu de Emergência – 112 e posteriormente estabelecido um protocolo com a assistência telefónica, linha Dói, Dói, Trim, Trim, posteriormente denominada Linha Saúde 24, atualmente Linha SNS 24 através do número 808242424, com o objetivo de garantir o aconselhamento clínico e encaminhamento para as unidades de saúde de acordo com as necessidades identificadas aquando de cada atendimento através da chamada telefónica.

Em 2001 foi implementado o Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória Pré-Hospitalar, contribuindo para uma análise da realidade do extra-hospitalar. Com este registo é possível monitorizar o número de óbitos em território continental, bem como as principais ações levadas a cabo pelas equipas de socorro das mais às menos diferenciadas. De facto, 2004 foi o ano de afirmação do INEM com a participação no grande evento que se efetuou em Portugal com o Euro 2004, onde foi evidente a aposta na aquisição de equipamentos/tecnologia assim como na formação e preparação de recursos humanos, associado à desativação das ambulâncias operadas pela PSP ficando o INEM com o “domínio” da emergência médica em Portugal. Não menos importante foi o início do Programa de Desfibrilhação Automática Externa (DAE), proporcionou aos profissionais mais uma ferramenta de trabalho, essencial para tratar doentes vítimas de eventos cardíacos garantindo a prestação de cuidados de maior e melhor qualidade. O exercício da sua utilização foi regulamentado em 2009 pelo Decreto-Lei n.º 188/2009.

O ano de 2007 foi um marco para a afirmação dos Enfermeiros no contexto extra-hospitalar com a criação das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV). Este meio tem a capacidade de prestar cuidados de suporte imediato de vida, onde o enfermeiro assume um papel importantíssimo como *team-líder* na equipa. Pela primeira vez em Portugal foi criado um serviço, no extra-hospitalar com regulamentação médica à distância baseada em protocolos clínicos, sem nunca descurar o raciocínio clínico dos enfermeiros no terreno.

Em 2011 o INEM deu mais um passo na humanização na prestação de cuidados com o reconhecimento do direito de acompanhamento do utente durante o transporte nos seus meios por uma pessoa da sua relação.

2.2 Modelos de Emergência Médica

A emergência médica consiste na assistência prestada fora do ambiente hospitalar, até á década de 60 a assistência estava limitada ao serviço prestado por ambulâncias dirigidas por agentes de autoridade e bombeiros prestando apenas primeiros socorros básicos às vítimas e acompanhando-as para as unidades de saúde. Assim, houve uma necessidade de reorganização da atuação no extra-hospitalar assim como a necessidade de formação junto das tripulações, assim surgiram dois modelos organizacionais distintos de atuação que ainda hoje são a base dos sistemas de emergência extra-hospitalar modernos, são eles (Sukumaran [et al.], 2005):

- “*Scoop and Run*” (anglo-saxónico);
- “*Stay and Play*” (franco-germânico).

E ainda um modelo misto ou híbrido:

- “*Play and Run*” (modelo híbrido)

O modelo “*Scoop and Run*” consiste na abordagem e intervenção breve no local, por técnicos ou paramédicos e o transporte rápido para o hospital, utilizando como referência a “*Golden Hour*”, ou seja, estabilizar e evacuar a vítima para uma unidade hospitalar na primeira hora após o evento. Este modelo é utilizado pelos serviços dos países anglo-saxónicos ou países da sua influência, tais como os Estados Unidos da América, Inglaterra, Canadá, Austrália, Irlanda, Israel e alguns países do sudeste asiático como as Filipinas, Índia, Tailândia, Hong Kong e Coreia.

No modelo “*Stay and Play*” não existe a figura do paramédico igual à do modelo “*Scoop and Run*”. Baseia-se na cooperação entre médico, enfermeiro e técnico de emergência,

onde os casos de menor gravidade são abordados pelos técnicos menos diferenciados e os de maior complexidade pelos mais diferenciados. Neste modelo, o conceito é prestar o máximo de cuidados possíveis no local, para estabilizar o doente e evitar as mortes durante o transporte até ao hospital. Este modelo é mais utilizado em países do continente europeu tais como, a França, Alemanha, Áustria, Noruega, Finlândia, Suécia, Rússia, Suíça, República Checa, Polónia e Eslovénia.

Por último o modelo híbrido, ou seja, *“Play and Run”* (Haas e Nathens, 2008), que é o utilizado em Portugal, tratando-se de um modelo em que concilia a necessidade de um rápido transporte da vítima para o hospital, mas por outro lado defende a estabilização e preparação da vítima para o mesmo. Neste modelo, é disponibilizado uma equipa de emergência pré-hospitalar com formação especializada e com recursos materiais no local para uma abordagem mais invasiva.

Em Portugal os meios a serem ativados para o local da ocorrência vão depender do tipo de triagem realizada pelo operador no CODU. Esta triagem poderá somente abranger a necessidade de uma ambulância com tripulantes, ou então, em caso de necessidade de meios mais diferenciados proceder à ativação simultânea de uma ambulância SIV, VMER ou Helicóptero (HEM).

É importante referir que todos os modelos apresentam vantagens e desvantagens e que não existe uma abordagem padronizada para cada ocorrência, mas sim uma abordagem com princípios adaptados à mesma. A equipa tem que ter em conta todas as variáveis tais como a geografia do local, o clima, a experiência das várias equipas no terreno entre outros fatores (Al-Shaqsi, 2010).

2.3 Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal

O SIEM foi criado em 1981 em Portugal, trata-se de um conjunto de ações coordenadas, com a intervenção de várias entidades tais como (INEM, 2013);

- Público
- Operadores das centrais de Emergência 112
- Técnicos do CODU;
- Agentes de autoridade;
- Bombeiros;
- Tripulantes de ambulância;

- Técnicos de ambulância de emergência;
- Médicos e enfermeiros;
- Pessoal técnico hospitalar;
- Pessoal técnico de telecomunicações e de informática.

Todas estas entidades cooperam com ações coordenadas e musculada de forma dinâmica e interventiva a nível pré-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar com um objetivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita de forma rápida e eficaz (INEM, 2013).

O SIEM assenta em 6 fases, fases estas que contribuem para uma garantia das condições necessárias para as vítimas de acidente ou doente súbita. Essas fases são (INEM, 2013);

- **Deteção** – Corresponde ao momento em que alguém se apercebe da existência de uma ou mais vítimas de doença súbita ou acidente;
- **Alerta** – É a fase em que se contactam os serviços de emergência, utilizando o Número Europeu de Emergência - 112;
- **Pré-Socorro** - Conjunto de gestos simples que podem e devem ser efetuados até à chegada do socorro;
- **Socorro** - Corresponde aos cuidados de emergência iniciais efetuados às vítimas de doença súbita ou de acidente, com o objetivo de as estabilizar, diminuindo assim a morbilidade e a mortalidade;
- **Transporte** - Consiste no transporte assistido da vítima numa ambulância com características, tripulação e carga bem definidas, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo a continuidade dos cuidados de emergência necessários;
- **Tratamento na Unidade de Saúde** - Esta fase corresponde ao tratamento no serviço de saúde mais adequado ao estado clínico da vítima. Em alguns casos excecionais, pode ser necessária a intervenção inicial de um estabelecimento de saúde onde são prestados cuidados imprescindíveis para a estabilização da vítima, com o objetivo de garantir um transporte mais seguro para um hospital mais diferenciado e/ou mais adequado à situação.

O símbolo que representa a emergência médica a nível internacional e implementada em Portugal desde 1977, é uma representação gráfica às seis fases do SIEM.

Figura 1 – Fases do SIEM



Fonte – INEM, 2013

Todas as fases descritas anteriormente são interligadas, ou seja, trata-se de uma sequência lógica que deve ser cumprida de forma eficaz por todos os intervenientes contribuindo para o sucesso da ocorrência.

2.3.1 Organização do SIEM

Todas as chamadas efetuadas através do número europeu de emergência 112 são atendidas em centrais geridas pela PSP. Quando a ocorrência tem necessidade de cuidados de saúde são encaminhadas para o Centro de Orientação de Doente Urgentes (CODU).

O CODU tem como missão atender e avaliar num curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com a finalidade de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O funcionamento é assegurado por técnicos e médicos com formação específica. Aquando do atendimento é efetuada uma triagem, onde além de permitir o aconselhamento pré-socorro ao contactante, é também fundamental nesta fase colher o máximo de informação possível tal como, a localização exata da ocorrência de preferência com recurso a pontos de referência, n.º de contacto, o que aconteceu, n.º de vítimas, se foi realizada algum procedimento de forma a resolver a situação, e se conhece algum histórico da vítima, desta forma automaticamente vão ser acionados meios adequados para o socorro. Além do acionamento mantém o acompanhamento e apoio da equipa no terreno assim como selecionar a unidade de saúde mais adequada para a vítima.

O INEM presta orientação e apoio noutros campos da emergência tendo, para tal, criado vários sub-sistemas: Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU-MAR) e o Centro de Informação antivenenos (CIAV).

CODU-MAR - O Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU-MAR) tem como objetivo o aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações. Caso seja necessário, o CODU-MAR pode mobilizar meios para proceder à evacuação do doente e organizar o acolhimento assim como o encaminhamento em terra para a unidade de saúde mais adequada.

CIAV - Centro de Informação Antivenenos (CIAV) é um centro médico que reúne toda a informação toxicológica disponível. Serviço de extrema importância, pois dá informações referentes ao diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos em intoxicações agudas ou crónicas. Trata-se de um serviço nacional, funcionando 24h por dia e cobrindo a totalidade do país. Tem ao seu dispor profissionais médicos especializados, que atendem dúvidas de outros médicos assim como de outros profissionais de saúde e do público em geral.

2.3.2 Instituto Nacional de Emergência Médica

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde com autonomia administrativa e financeira, com uma área de intervenção em Portugal Continental, sediado em Lisboa e constituído por três delegações regionais Norte, Centro e Sul.

Tem como missão “definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um SIEM de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde” (Decreto-Lei n.º 34/2012, pág.749).

Em 2012 surge uma alteração devido à nova orgânica do INEM, onde existiu um reforço das atribuições “relativas à definição, coordenação e certificação da formação em emergência Médica dos elementos do SIEM” (Decreto-Lei n.º 34/2012), assim como a manutenção da fiscalização da atividade de transporte de doente.

Assim são atribuições do INEM segundo Decreto-Lei n.º 34, de 14 de fevereiro de 2012:

- i. Definir, organizar e coordenar as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de Urgência e/ou emergência nos estabelecimentos de saúde, no que respeita a;
 - Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, nas suas vertentes medicalizados e não medicalizados, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência:

- Referenciação e transporte de urgência/emergência;
- Receção hospitalar e tratamento urgente/emergente;
- Formação em emergência Médica;
- Planeamento civil e prevenção;
- Rede de telecomunicações de emergência.

ii. São, também, atribuições do INEM:

- Coordenar no Ministério da Saúde as atividades conducentes à definição de políticas nos domínios da emergência médica e do transporte de urgência e ou emergência;
- Assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e acionamento dos meios de emergência médica apropriados;
- Assegurar a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas;
- Promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente;
- Promover a correta referenciação do doente urgente/emergente;
- Promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente;
- Colaborar com a Direcção-Geral da Saúde (DGS) na elaboração de normas de orientação clínica relativas à atividade de emergência médica;
- Definir, planear, coordenar e certificar a formação em emergência médica dos elementos do SIEM, incluindo dos estabelecimentos, instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- Colaborar na elaboração dos planos de emergência/catástrofe com as Administrações Regionais de Saúde, com a DGS e com a Autoridade Nacional de Protecção Civil, no âmbito das respetivas leis reguladoras;
- Orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade, integrando a organização definida em planos de emergência/catástrofe, sem prejuízo das atribuições de outras entidades;

- Desenvolver ações de sensibilização e informação dos cidadãos no que respeita ao SIEM;
- Definir os critérios e requisitos necessários ao exercício da atividade de transporte de doentes, incluindo os dos respetivos veículos, e proceder ao licenciamento desta atividade e dos veículos a ela afetos;
- Fiscalizar a atividade de transporte de doentes, sem prejuízo da competência sancionatória atribuída a outros organismos;
- Homologar os *curricula* dos cursos ou estágios que versem sobre emergência médica;
- Assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas e promover a cooperação com as comunidades lusófonas, sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, sob coordenação da DGS, enquanto entidade responsável pela coordenação das atividades do Ministério da Saúde no domínio das relações internacionais;
- Contribuir, em articulação com a DGS, para a definição e atualização das políticas de planeamento civil de emergência na área da saúde.

2.3.3 Meios de socorro

O INEM tem ao seu dispor um conjunto de meios integrados no SIEM de forma a permitir uma atuação rápida, coordenada e eficaz. Esses meios são (Despacho n.º 10109 de 6 de agosto de 2014, pág. 20234):

- Ambulância de Emergência Médica (AEM) – É um meio tripulado por dois TAE munidas de diversos equipamentos de avaliação, reanimação e estabilização clínica em que o seu principal objetivo é a estabilização de doentes em situação de emergência que necessitem de transporte para uma Unidade de Saúde;
- Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) – é um meio em que a tripulação é constituída por um enfermeiro e um TAE e munidas de equipamento de suporte imediato de vida. O seu objetivo é a estabilização pré-hospitalar e transporte de doentes em situação de emergência;
- Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) - Tripuladas por um enfermeiro e um médico, munidas de equipamento de SAV. Permitindo o transporte rápido de uma equipa de Emergência pré-hospitalar numa viatura ligeira junto do doente em situação de emergência, o seu objetivo é a

estabilização pré-hospitalar e acompanhamento diferenciado durante o seu transporte. Este meio é acionado em simultâneo com uma ambulância;

- Motociclos de Emergência Médica (MEM) - Tripulados por um TAE, munidas de aparelho de DAE, oxigénio, adjuvantes de via aérea e ventilação, equipamento de avaliação de sinais vitais, entre outros materiais de SBV e de Trauma. Trata-se de um meio em que a deslocação rápida e a fácil acessibilidade vai corresponder a uma avaliação inicial da vítima mais rápida preparando a mesma para o transporte;
- Ambulâncias de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP) – Tripulação constituída por um médico, um enfermeiro e um TAE, equipadas com material de avaliação, reanimação e estabilização clínica. Tem como principal objetivo a chegada/transporte do doente crítico ou gravemente doente em idade pediátrica, a sua estabilização e transporte secundário (inter-hospitalar) para uma Unidade de Saúde mais especializada.
- Helicóptero de Emergência Médica (HEM) – tripulação constituída por um médico, um enfermeiro e dois pilotos, corresponde ao meio do INEM mais diferenciado. Tal como a VMER são usados com o intuito de deslocar de forma rápida uma equipa de emergência pré-hospitalar até ao local de ocorrência, de forma a efetuar o transporte até uma Unidade de Saúde adequada. Muitas das vezes este meio é utilizado para transportes secundários de doentes.

2.3.4 Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

O INEM desempenha o papel principal no SIEM em articulação com os vários intervenientes do SNS, através de um conjunto de ações coordenadas quer sejam no extra-hospitalar, hospitalar e intra-hospitalar. Desta forma procura agir com eficiência em situações de emergência médica quer na coordenação assim como na gestão e operação conjunta de meio para uma atuação rápida e segura, contribuindo incontestavelmente para ganhos na saúde da população.

Para isso o INEM dispõe de vários meios para deslocar os seus profissionais até ao local da ocorrência entre elas a VMER que atuam debaixo da alçada dos CODU. Segundo INEM (Despacho 5561/2014, pág. 11124);

“Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) - Integra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida.”

As VMER estão inseridas na rede articulada de serviços de Emergência do SNS consoante níveis diferenciados, neste caso todos os serviços de Urgência Polivalente e os Serviços de Urgência Médico-cirúrgica devem integrar uma VMER. A sua atividade é exercida com base no modelo de equipas integradas nos serviços de urgência das unidades de saúde já instaladas, dependendo estruturalmente destas (Despacho n.º 3350 de 20 de abril de 2017, pág. 7554).

As VMER encontram-se distribuídas em todo o território de Portugal Continental, com 44 VMER em funcionamento (Despacho n.º 3350 de 20 de abril de 2017, pág. 7554):

- 14 Na área de influência da Delegação Regional do Norte; VMER Barcelos, VMER Braga, VMER Bragança, VMER Chaves, VMER Famalicão, VMER Guimarães, VMER Pedro Hispano, VMER Santa Maria da Feira, VMER Santo António, VMER São João, VMER Vale do Sousa, VMER Viana do Castelo, VMER Vila Nova de Gaia, VMER Vila Real;
- 10 Na área de influência da Delegação Regional do Centro; VMER Aveiro, VMER Caldas da Rainha, VMER Castelo Branco, VMER Centro Hospitalar Coimbra, VMER Figueira da Foz, VMER Guarda, VMER Hospital Universitário Coimbra, VMER Leiria, VMER Santarém, VMER Viseu;
- 20 Na área de influência da Delegação Regional do Sul, das quais 17 na Região de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo e 3 na Região do Algarve; VMER Abrantes-Médio Tejo, VMER Albufeira, VMER Almada (Garcia de Orta), VMER Amadora-Sintra, VMER Barreiro-Montijo, VMER Beja, VMER Cascais, VMER Covilhã, VMER Évora, VMER Faro, VMER Litoral Alentejano, VMER Loures, VMER Portalegre, VMER Portimão, VMER Santa Maria, VMER São Francisco Xavier, VMER São José, VMER Setúbal, VMER Torres Vedras, VMER Vila Franca de Xira.

2.4 Enfermeiro de emergência Extra-hospitalar

A enfermagem na emergência Extra-Hospitalar em Portugal tem evoluído relativamente à qualidade dos cuidados prestados, assim como todos os fatores que contribuem para tal (formação, equipamentos, rapidez, etc). Em 2008 a OE reconhece o papel dos enfermeiros na emergência extra-hospitalar, evidenciando o seu contributo na prestação de cuidados ao indivíduo e família, vítima de acidente e/ou doença súbita através do Parecer n.º84 (OE, 2008).

Para Oliveira e Martins (2013, pág.119), "...o enfermeiro se torna o profissional adequado, possuindo as características inerentes à sua formação e ao seu referencial de valores éticos e deontológicos necessários à prestação de cuidados em emergência pré-hospitalar".

É evidente na última década o aumento do interesse pela emergência médica quer ao nível académico com a formação de novos conteúdos em cursos englobando disciplinas dedicadas assim como a criação de pós-graduações, especialidades, quer ao nível da própria profissão. Segundo o INEM o número de profissionais Enfermeiros formados para atuação em cenários extra-hospitalares tem sido uma constante (INEM, 2018).

Quadro 1 - Enfermeiros Formados em meio VMER e SIV

Ano	Enfermeiros		Total
	VMER	SIV	
2010	0	22	22
2011	37	52	89
2012	78	92	170
2013	26	112	138
2014	84	22	106
2015	51	11	62
2016	35	0	35
2017	23	23	64
2018	44	37	81
Total	378	371	749

Fonte - INEM, 2018

Toda esta formação vai-se manifestar nos ganhos da saúde, pois uns cuidados de excelência praticados no extra-hospitalar vão contribuir para uma recuperação mais rápida e automaticamente menos gastos na saúde.

“A presença de enfermeiros é essencial ao nível das áreas operacionais do INEM, com prevalência para os meios de emergência com Suporte Avançado de Vida (Helicópteros e VMER) e com Suporte Imediato de Vida (SIV)”. (INEM, 2010, pág. 14).

A OE, em 2007, reconhece a intervenção clínica dos enfermeiros em contexto pré-hospitalar assim como a sua contribuição para uma maior segurança nos cuidados de emergência aos cidadãos conjuntamente em articulação com as outras estruturas do SNS.

Para que o enfermeiro oriente a sua atuação pelos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade definidos pela OE, esta emitiu orientações para as intervenções, clarificando as suas atribuições e realizando o enquadramento dos enfermeiros na Emergência Pré-hospitalar, afirmando:

“Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar” (OE, 2007, pág.1).

Toda esta caminhada sustentada pela experiência e formação só têm sentido se for valorizada e reconhecida como competência, assim a OE teve necessidade de atribuir a esta área, dada a sua relevância o grau de competência acrescida a partir de 2018 (OE, 2018) a todos os enfermeiros que preencham os critérios para atribuição da mesma.

Segundo a OE (Regulamento n.º 226 de 2018, pág. 10759):

“Enfermeiro de emergência extra-hospitalar: enfermeiro detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra -hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área que, num contexto de atuação multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária, de forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade; assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.” (OE, 2018).

Esta competência além de ser um reconhecimento de toda a formação académica e profissional também acarreta uma responsabilidade acrescida por parte dos profissionais que a tem, na prestação de cuidados diferenciados ao doente em estado crítico.

Todo o seu enquadramento assenta em vários domínios de competências acrescidas em emergência extra-hospitalar que são (OE, 2018):

- Competência do domínio prática profissional, ética e legal - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, em emergência extra-hospitalar, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e dentro da Deontologia Profissional.
- Competência do domínio prestação e gestão de cuidados em emergência extra-hospitalar – Desenvolve um processo de gestão e cuidados de enfermagem, de elevada perícia, nas situações de urgência, emergência, crise ou catástrofe em ambiente extra-hospitalar, num contexto de atuação multiprofissional, de forma a promover e garantir um atendimento de qualidade, integral e oportuno.

2.5 Formação de Enfermeiros em Emergência Médica em meio VMER

Os Enfermeiros são a classe profissional que integra todos os meios medicalizados do INEM, sejam eles meios VMER, SIV, TIP e os HEM, para isso são detentores de formação avançada em função do meio onde exercem funções.

A formação é ministrada pelo INEM através da solicitação de outras instituições (hospitais, ARS) para os vários cursos de forma a manter um rácio de recursos humanos com formação específica.

Assim sendo a formação para meio VMER é constituída por várias etapas de forma a seleccionar os candidatos/enfermeiros. Esta é dividida em dois momentos distintos, ou seja, inicialmente pela formação em marcha de emergência e posteriormente pelo Curso de VMER para Enfermeiros.

Como forma de “filtrar” os candidatos ao curso de VMER propriamente dito é inicialmente realizada uma pré-selecção de condução que inclui o *ViennaTestSystem* (VTS) que se trata de um exame através de uma aplicação informatizada para diagnóstico e terapia em Psicologia através dos seguintes exercícios (INEM, 2019):

- IVPE (Traços Personalidade Relevantes para Condução);
- COG (Cognitivo);

- DT (Reacções Complexas e Múltiplas)
- ZBA (Antecipação do Tempo e do Movimento);
- TAVTMB (Tráfego de Mannheim).

Além deste teste é realizada também uma prova de condução base, realizada em trânsito real, onde o candidato tem de obter um valor igual ou superior a 50% para ser considerado apto.

2.5.1 Formação de condução em marcha de emergência

A formação na condução em marcha de emergência é uma das vertentes que a partir de 2004 o INEM aposta, de forma a promover uma cultura de condução defensiva. O curso ministrado pela Prevenção Rodoviária Portuguesa intitulava-se de Técnicas de Condução de Alto Risco (Mateus, 2007), para isso o Departamento de Formação de Emergência Médica teve necessidade de desenvolver uma formação interna homogénea e adaptada aos diferentes meios. Em 2009 é criado o NuCE – Núcleo de Condução em Emergência também sob a orientação do Departamento de Formação de Emergência Médica.

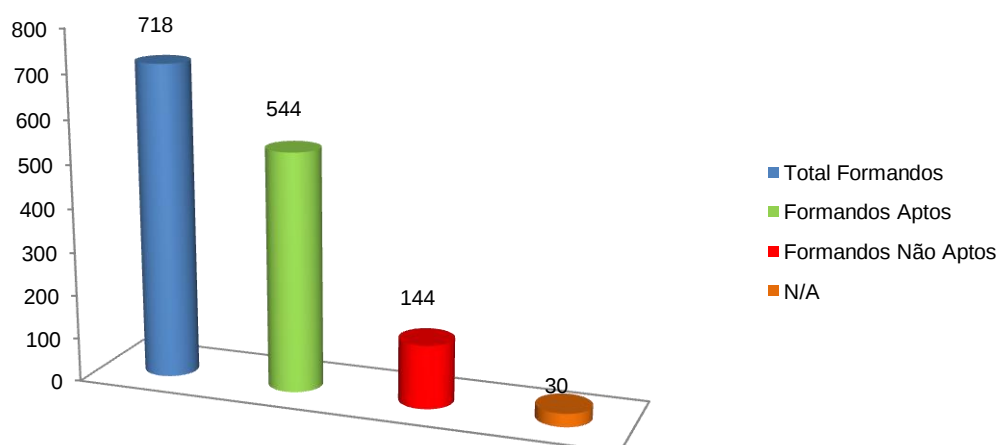
Este núcleo tem como objetivo uniformizar o ensino das técnicas de condução defensiva em emergência de forma a complementar o profissional na vertente da condução em marcha de emergência assinalada através do Curso de condução defensiva de VMER. (INEM, 2019).

Curso NuCE na vertente de Condução Defensiva de VMER tem uma carga horária de 42 horas tem uma relação de um formador para 4 formandos e é constituído pelos seguintes conteúdos programáticos (INEM, 2019):

- Módulo comportamental
- Módulo de condução defensiva
- Módulo de condução em emergência

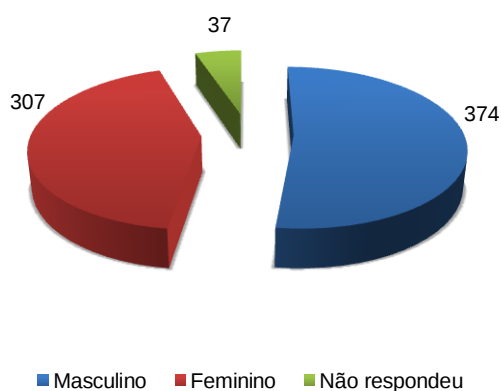
Desde a sua criação em 2009 até 2019 o NuCE foi responsável por 60 ações de formação em Condução VMER num total de 718 formandos.

Gráfico 1 – Análise Formandos VMER 2009 - 2019



Fonte – INEM, 2019

Gráfico 2 – Análise Formandos VMER por Sexo, 2009 - 2019



Fonte – INEM, 2019

2.5.2 Formação técnica enfermeiros VMER

Compete ao Departamento de Formação em Emergência Médica segundo legislação em vigor, assegurar a formação dos elementos que atuam no SIEM, quer na sua componente técnica assim como definir estratégias. Todo este processo encontra-se certificado de acordo com a Norma ISSO 9001:2015 desde 2010, fazendo parte do Sistema de qualidade do INEM.

A formação dos enfermeiros em meio VMER tem sofrido evolução ao longo dos anos, os primeiros cursos datam de 1990, denominados de Curso de Técnicas de Emergência

para enfermeiros e médicos, com uma carga horária de 60 horas (Mateus, 2007, pág.140). Em 1999 o INEM teve necessidade de realizar cursos diferenciados para médicos e enfermeiros com a denominação de Cursos de Viatura Médica de Emergência e Reanimação - Enfermeiros, que ainda hoje estão em vigor, com uma carga duração de 91 horas, contribuíram para um domínio mais aprofundado, quer dos conteúdos programáticos assim como técnicos.

Em 2006 ocorreu novamente uma atualização do curso motivado pelo desenvolvimento normal da profissão, assim como as técnicas e conhecimento, com um aumento da carga horária para as 112 horas. Os cursos ministrados pelo INEM requerem uma atualização periódica, a exemplo o SAV, em tem uma validade de 5 anos, sendo necessário a sua recertificação aquando do término da validade, de forma a manter as melhores práticas, atualizadas de acordo com as diretrizes em vigor.

Quadro 2 - Curso VMER – Enfermeiros

Tema	Curso VMER - Enfermeiros	
	Teóricas	Práticas
Saúde		
SBV	1	2
SAV	6	11
Emergências Médicas	4	
Traumatologia	2	11
Emergências Obstétricas	1	1
Aspetos Médico-legais	1	
Operacionalidade VMER	1	
Situações de Exceção	1	1
Módulo Comportamental	2	
Módulo Comunicação Rádio	1	2
Módulo Extração Vítimas		12
Simulações		8
Avaliação	3	3
Subtotal	23	51
Estágio CODU		6
Estágio VMER		32
Subtotal		38
Total	112 Horas	

Fonte – Curso de Formação de VMER enfermeiros (INEM, 2006)

Em suma, a prestação de cuidados de enfermagem em Emergência Extra-hospitalar implica intervir, muitas vezes, em contextos de grande tensão, em ambientes com condições adversas (Andrade e Siqueira Júnior, 2014) e em que a vida das pessoas e o

seu restabelecimento dependem muito da qualidade da assistência imediata e dos procedimentos efetuados para dar resposta às situações de doença súbita ou acidente. Para isso é necessária uma formação exigente e atualizada de forma a manter os padrões de qualidade assim como uma articulação com todas as entidades intervenientes no sistema, desde a “rua” até á unidade mais diferenciada.

O objetivo deste capítulo foi dar a conhecer a dinâmica do INEM quer a nível estrutural, assim como a formação ministrada aos enfermeiros e as etapas necessárias para serem detentores do Curso VMER Enfermeiros para poderem integrar as equipas que atuam no extra-hospitalar em meio VMER.

COVID 19 E A ENFERMAGEM EXTRA-HOSPITALAR

3 Enfermagem em tempo de Pandemia

No âmbito das suas obrigações, a República Democrática da China (RDC) a 31 de dezembro de 2019 informou a World Health Organization (OMS) da existência de um surto de pneumonia de etiologia desconhecida com origem na cidade de Wuhan. A 9 de janeiro de 2020 as autoridades chinesas identificaram um novo vírus da família dos coronavírus (2019-nCoV) como agente causador da doença. O desconhecimento sobre o vírus, e sobretudo sobre a via de transmissão provocou a disseminação da doença por múltiplos países tais como Coreia do Sul, Japão, Itália e Irão (OMS, 2020). Dada a facilidade de transmissão e a gravidade da mesma, o Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde declarou, a 30 de janeiro de 2020, a doença pelo novo corona vírus como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional.

A comunicação do Diretor Geral da OMS motivou esforços da comunidade internacional no sentido de obter uma coordenação eficaz a nível Mundial. De imediato se percebeu que a pandemia por COVID-19 não iria deixar nenhum país ileso, e iria ter repercussões em todas as áreas da sociedade civil da saúde à economia. A tomada de decisões entre países, foi balizado pela prioridade na contenção da doença por COVID-19, dentro e fora dos países, e da necessidade de reestruturar os serviços de saúde para otimizar o tratamento destes doentes e canalizar a investigação para a descoberta do tratamento e produção de vacinas.

Em Portugal, no dia 2 de março de 2020 a DGS informa o país do 1º caso identificado com infeção por COVID-19, sendo o início de uma Pandemia que levaria vários Países à declaração de Estado de Emergência, entre eles Portugal (Decreto-Lei nº 14-A/2020 de 18 de março).

A alta transmissibilidade do Coronavírus tornou necessário a revisão de todos os protocolos relativamente às normas de segurança e dinâmicas dos serviços, bem como a reformulação de protocolos clínicos de atuação na generalidade. O défice de conhecimento científico sobre a doença, levou as autoridades em saúde a canalizarem as suas energias para a emissão de normas de atuação, no sentido de promover o conhecimento disponível e garantir a segurança dos profissionais da prática de cuidados.

A preparação dos profissionais para uma entidade microbiológica ainda pouco conhecida provocou alterações dos protocolos de atuação quase diariamente. Apesar deste cuidado por parte da DGS, as questões relacionadas com o desgaste físico, psicológico e emocional dos profissionais foram descuidadas. Por este motivo estamos convencidos que as reais repercussões na saúde dos profissionais irão manifestar-se no momento que os serviços apresentarem uma maior normalidade.

O Estado de Emergência proporcionou à população em geral, um conjunto de condicionamentos, colocando em causa o normal funcionamento do seu dia-a-dia com a necessidade de uma constante adaptação; (Decreto n.º 2-A/2020 - Diário da República n.º 57/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-03-20):

- Confinamento obrigatório;
- Dever geral de recolhimento domiciliário;
- Encerramento de instalações e estabelecimentos;
- Suspensão de atividades no âmbito do comércio a retalho;
- Suspensão de atividades no âmbito da prestação de serviços;
- Regras de segurança e higiene;
- Proteção Individual;
- Garantia de saúde pública;

O estado de pandemia provocou na classe profissional dos enfermeiros um nível de exigência nunca visto no país, quer a nível profissional como a nível pessoal. Levando os mesmos a um estado de prontidão imediato, entre eles;

- Privação do gozo do seu período de férias;
- Alteração dos horários laborais;
- Mobilização de pessoal na instituição para outros serviços;
- Regras rígidas quanto ao uso de equipamentos de proteção individual;

No entanto, não é possível nesta fase contabilizar o impacto destas exigências ao nível familiar, social e na manutenção da saúde mental dos enfermeiros.

Segundo David [et al.] (2021), a pandemia veio manifestar algumas realidades dos profissionais de Enfermagem, se por um lado são considerados “heróis”, tal a sua importância na equipa de saúde em que a sua atuação efetivamente salva vidas, por outro lado veio potenciar as lacunas já existentes nos sistemas de saúde tais como a

carga de trabalho diária extensiva e intensiva, jornadas de trabalho exaustivas, salários baixos, necessidade de manter vínculos contratuais, baixa ou inexistente estrutura de apoio ao descanso nos hospitais, sofrimento psíquico entre outros.

Embora todos os motivos acima citados não sejam novos, são causadores de desmotivação, segundo o estudo de Silva [et al.] (2019), refere que os enfermeiros perante a escassez de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, baixo salário, políticas de saúde inadaptadas á realidade do país não significa cuidados de menor qualidade, realçando a elevada dedicação dos profissionais.

A chamada “linha da frente” onde se inclui as equipas de enfermagem que atuam nos serviços de emergência e extra-hospitalar contribuíram sem dúvida para um reforço, assim como, para uma resposta eficaz através da implementação de medidas preventivas durante todo o processo de atendimento.

O primeiro passo no algoritmo de abordagem das vítimas em contexto extra-hospitalar é a segurança. Não expor a equipa a riscos desnecessários constitui a regra de ouro para as equipas que prestam cuidados diferenciados no local das ocorrências, e este é a primeira garantia de qualidade de atuação dos profissionais. Neste sentido além de referir o correto uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) e das normas de atuação, reformuladas para o atendimento durante a pandemia, existe um aspeto que tem que ser salientado, a solidariedade de toda a equipa. Arriscamos a dizer apenas a sinergia entre todos os intervenientes será o garante na diminuição dos riscos.

Para além do uso sistemático de EPI e desinfeção de todas a superfícies, conforme norma da DGS, foram tomadas algumas medidas adicionais por parte das equipas no extra-hospitalar nas VMER.

Simples medidas que contribuíram para um aumento da confiança na prestação de cuidados, como refere Marques [et al.] (2020) nomeadamente;

- Proteger equipamentos e outros *itens* com película aderente transparente para facilitar a posterior desinfeção;
- Abdicar do uso de sacos em pano e substituir por malas em plástico forma facilitar a desinfeção;
- Organizar todo o material em compartimentos fechados de forma a reduzir o risco de contaminação.

Contribuindo para que as equipas no terreno minimizassem os seus receios e transmitissem para a sociedade uma imagem de segurança e compromisso.

Além do profissional que está a vivenciar uma situação pandêmica, o nível de exigência emocional e físico é tremenda. A nível físico podemos enumerar algumas inibições resultantes do uso de EPI (fato integral) tais como, desidratação, lesões cutâneas, desconforto associado à inibição do uso do WC, associados à carga de trabalho devido ao aumento da afluência de doentes suspeitos ou infetados e elevada carga horaria laboral, contribuindo para uma exaustão Teixeira [et al.] (2020).

Para Teixeira [et al.] (2020) os profissionais de saúde que estiveram envolvidos em Wuhan na prestação de cuidados diretos com suspeita ou infetados por COVID-19 desenvolveram sintomas na sua saúde mental, tais como, sintomas de depressão, ansiedade, insónia e angústia. Além dos sintomas descritos os autores verificam também,

“... o *estresse* crônico, a exaustão ou o esgotamento dos trabalhadores frente à intensa carga de trabalho, tendência que tende a piorar num contexto de carência de mão-de-obra na eventualidade dos profissionais de saúde terem que se isolar devido ao fato de contraírem o COVID-19” Teixeira [et al.], (2020, pág. 3468)

O fator psicológico/emocional não deve ser descuidado tendo sido fator de atenção para alguns autores tais como Petzold, Plag e Strohle, (2020), que descreve no seu artigo algumas diretrizes para profissionais de saúde no combate ao *stress* emocional provocado pela situação pandêmica no combate ao COVID-19 baseadas nas recomendações da OMS. No seu trabalho foram identificados os principais fatores capazes de causar *stress* emocional e com base neste levantamento concluíram que a satisfação das necessidades básicas, o apoio social, a comunicação, a distribuição de tarefas, os horários flexíveis de trabalho e a ajuda psicossocial e psicológica contribuem para uma redução do *stress* emocional ao qual os profissionais estão sujeitos. Neste *item* emocional além do medo de adoecer e morrer, não podemos deixar de referir também a estrutura familiar que a maior parte dos profissionais ficaram privados por opção e/ou imposição da situação, desta forma tentaram evitar a contaminação dos seus familiares através do isolamento.

Como forma preventiva as instituições adotaram um conjunto de ações e comportamentos com o intuito da diminuição da probabilidade de contágio. Se por um lado as instituições forneciam informação atualizada sobre os sinais e sintomas da doença, formas de transmissão, características da doença, formas de prevenção, equipamentos de proteção individual disponíveis, por outro lado, os profissionais

adotaram desde o início uma série de medidas preventivas tais como preconiza a Direção Geral da Saúde (Portugal, 2020):

- Distanciamento entre pessoas;
- Utilização de equipamentos de proteção;
- Higiene pessoal, nomeadamente lavagem de mãos, etiqueta respiratória;
- Higiene ambiental, como limpeza, desinfeção e ventilação de espaços;
- Automonitorização de sintomas, a exemplo medir temperatura corporal diariamente.

Em suma o combate nesta pandemia ao COVID-19 veio evidenciar a importância que a enfermagem tem na sociedade em toda a sua extensão. A sua atuação nos vários níveis, sejam eles na prevenção, no planeamento assim como no tratamento, contribuíram para a sua afirmação enquanto profissão. Desta forma o profissional de enfermagem que esta na “linha da frente” esta sujeito a perturbações psicológicas provocadas pelo *stress* ocupacional. É essencial juntamente com as outras categorias profissionais e entidades patronais ultrapassar as dificuldades e criar mecanismos de apoio de forma a manter a segurança nos cuidados prestados assim como para a sanidade do profissional.

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLOGICO

METODOLOGIA: PERCURSO EFETUADO

4 Metodologia

O objetivo deste capítulo é apresentar o percurso metodológico efetuado, quer estruturalmente assim com na sua organização de forma a contribuir para uma melhor compreensão do processo científico que fundamente a questão a estudar.

A pesquisa científica é entendida como um conjunto de processos sistemáticos e empíricos utilizados para o estudo de um fenómeno; é dinâmica, mutável e evolutiva (Hernández Sampieri, Hernández Collado e Baptista Lucio, 2013). Assim a etapa metodológica tem como objetivo responder às questões de investigação, definindo as estratégias que explicam como o fenómeno em estudo será incorporado num plano de trabalho indicando o caminho a seguir, de forma a organizar as fases posteriores de realização e interpretação (Fortin, 2009).

Neste sentido, começa-se por classificar o tipo de estudo, definir objetivos, levantamento de hipóteses, categorizar a população e amostra do estudo, operacionalização e categorização das variáveis, critérios de participação/inclusão, identificação do instrumento de colheita de dados, escala a utilizar e por fim a análise de dados.

4.1 Tipo de Estudo

Relativamente ao tipo de estudo trata-se de um estudo descritivo simples, transversal, exploratório de base quantitativo. A abordagem do estudo pretende utilizar os métodos de análise quantitativa de forma a garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação (Fortin, 2009). De carácter exploratório uma vez que existem poucos estudos com a problemática do *Stress* no Enfermeiro em meio VMER, que lidam diariamente com a pessoa em situação crítica.

Segundo Fortin (2009, pág. 163), os estudos descritivos “...consistem em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”. Neste sentido podemos dizer que este estudo pretende ser um estudo descritivo, com vista á explicação de um fenómeno, neste caso o *stress* na população alvo e relacionar as características da mesma para posterior análise.

4.2 Objetivos do estudo

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem por parte do profissional um elevado nível de proficiência técnica e humanista, assim como competências especializadas na área da emergência médica. Para além da diferenciação e das competências técnicas, as competências não técnicas começam a assumir um papel primordial, tais como a comunicação, trabalho em equipa e a gestão de situações de *stress*, emocionalmente desgastantes, muitas vezes com elevados níveis de sofrimento e morte. Todos estes fatores são sentidos pelos profissionais, diariamente, com maior ou menor frequência, que apesar das dificuldades sentidas conseguem dar uma resposta efetiva na prestação de cuidados emergentes.

Todos os trabalhos de investigação necessitam de objetivos traçados pelo seu autor de forma a conduzir o mesmo durante o processo e para circunscrever os objetivos propostos para esta investigação começamos por definir a seguinte questão de investigação:

- Quais as situações identificadas como causadoras de *stress* no exercício profissional dos enfermeiros que exercem funções na Viatura Médica de Emergência e Reanimação?

4.2.1 Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo principal:

- Conhecer os fatores que mais frequentemente são sentidos como stressantes pelos enfermeiros em meio VMER como *stressantes*.

4.2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as fontes geradoras de *stress* nos enfermeiros na VMER;
- Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem nas situações causadoras de *stress* vivenciadas pelos enfermeiros na VMER;
- Identificar medidas minimizadoras dos fatores de *stress* que os profissionais gostariam de ver implementadas.

4.3 Hipóteses

A hipótese, segundo Fortin (2009, pág.102): “...é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis”. Assim, a hipótese vai juntar as variáveis do estudo, a população alvo e o tipo de investigação de forma a validar ou não as mesmas através da apresentação dos resultados. De salientar que um estudo pode ter várias hipóteses e que estas vão influenciar toda a estrutura do trabalho de investigação quer no método de colheita de dados assim como na interpretação dos resultados. Com base nos objetivos e do nosso estudo, surgiram quatro hipóteses consideradas relevantes:

- a) Hipótese1: Espera-se diferenças entre o sexo na identificação de situações causadoras de *stress* nos ambientes: físico, social e psicológico.
- b) Hipótese 2: Espera-se que os enfermeiros com mais tempo de exercício no extra-hospitalar em meio VMER identifiquem menos fatores de *stress*;
- c) Hipótese 3: Espera-se que os enfermeiros com mais habilitações profissionais identifiquem menos fatores *stressantes*;
- d) Hipótese 4: Espera-se diferenças na percepção do *stress* nos enfermeiros que exercem em meio VMER de acordo com o serviço e origem.

4.4 Variáveis de estudo

Para Fortin (2009, pág.376), uma variável é “característica de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores”. Num estudo as variáveis a serem utilizadas devem ter em conta os objetivos traçados.

As variáveis podem ser classificadas mediante protagonismo que exercem no trabalho de investigação, para Fortin (2009, pág. 37) as variáveis “...podem ser classificadas de diferentes maneiras...”, assim sendo no presente estudo houve a necessidade de dividir as variáveis em variáveis dependentes e variáveis independentes de forma a sustentar o objetivo do trabalho.

4.4.1 Variável Dependente

De acordo com Fortin (2009, pág. 376) uma variável dependente é “variável influenciada pela variável independente”, portanto neste estudo a variável dependente é:

- A frequência com que algumas situações ocorrem na vida profissional dos enfermeiros na VMER são sentidas como *stressantes*, operacionalizadas pela Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros.

4.4.2 Variável Independente

Para Fortin (2009, pág.37): “A variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente”. Assim, neste estudo as variáveis independentes são as seguintes;

- Habilitações profissionais;
- Tempo de exercício profissional em meio VMER;
- Sexo;
- Serviço de origem.

4.5 População e amostra em estudo

Segundo Fortin (2009, pág.133), “A descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção”, assim sendo, o estudo teve como população alvo os enfermeiros do extra-hospitalar que desempenham funções nos meios VMER do distrito do Porto, tendo este distrito 5 bases com respetivas VMER;

- VMER Gaia;
- VMER Pedro Hispano;
- VMER Santo António;
- VMER São João;
- VMER Vale do Sousa.

A seleção da área está relacionada com o fator proximidade, com a curiosidade do investigador nesta região, facilitando na recolha de dados assim como conhecer a realidade num distrito com populações e áreas muito diferentes.

Figura 2 – Mapa Distrito do Porto



A população alvo é a população para a qual serão generalizados os resultados de uma investigação obtidos a partir de uma amostra (Fortin, 2009), neste caso a população alvo tem uma dimensão de 98 enfermeiros a exercer funções no meio VMER no distrito do Porto.

Para Fortin (2009), o investigador delimita a população potencial para o estudo, ele deve precisar os critérios de seleção dos seus elementos. Podemos definir os critérios de inclusão como “regras” que são definidas inicialmente para a participação no estudo. Estes critérios dizem respeito às características requeridas para um elemento ou sujeito faça parte da amostra (pág.203).

Neste sentido os critérios de inclusão neste estudo foram;

- Ser Enfermeiro a exercer funções no extra-hospitalar em meio VMER no distrito do Porto:
- Desempenhar funções em tempo igual ou superior a 1 ano.

“A amostra é um subconjunto de uma população e é considerada representativa quando as suas características se assemelham o mais possível às da população alvo” (Fortin, 2009, pág. 203), neste sentido o tipo de amostragem utilizado foi a amostragem não probabilística por conveniência, já que é baseada em critérios definidos previamente e onde o pesquisador seleciona elementos da população mais acessíveis (ou convenientes). Após aplicados os critérios de seleção verificamos que de uma população constituída por 98 enfermeiros nas cinco viaturas que compões este estudo, 67 responderam ao questionário. Como não se verificou a necessidade de excluir nenhum dos questionários respondidos, a amostra do estudo ficou constituída por 67 enfermeiros ($n=67$).

4.6 Instrumento de recolha de dados e procedimentos

A escolha de um instrumento de recolha de dados vem em consequência do tipo de estudo utilizado, assim como os seus objetivos e as questões e hipóteses da investigação. Para isso foi necessário proceder à elaboração do instrumento de recolha de dados, que se adapta ao tipo de amostra a estudar. Neste sentido o método de recolha de dados que foi utilizado quer pela natureza do problema de investigação, assim como pelas variáveis em estudo e pelas estratégias de análise estatística a realizar e pelo facto de este ser um estudo exploratório, descritivo e correlacional opta-se por utilizar como instrumento de recolha de dados um questionário.

Fortin (2009, pág.249) define questionário como “um dos métodos de colheita de dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos” este pode ser constituído a nível estrutural, por questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis e por questões abertas que são respostas escritas da parte do sujeito.

O questionário como instrumento de medida, tem como vantagens: ser menos dispendioso; pode ser utilizado junto de um grande número de sujeitos; ser de natureza impessoal, a sua apresentação ser uniformizada; permitir o anonimato e confidencialidade. Poderá ter como desvantagens: fracas taxas de resposta e taxa elevada de dados em falta (Fortin, 2009).

Optamos por elaborar um questionário (Apêndice 1), constituído por três partes, na primeira parte (Parte A) um conjunto de questões fechadas que permite caracterizar a amostra quanto a dados sociodemográficos e características pessoais, como: género, idade, género, estado civil e ao nível de características profissionais, como: habilitações académicas, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em meio VMER e serviço hospitalar onde trabalha. Na segunda parte (Parte B) do questionário engloba o preenchimento de uma Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros de forma a quantificar com que frequência algumas situações do quotidiano profissional são vivenciadas pelos profissionais de enfermagem a exercer funções nas VMER. A escala foi devidamente autorizada pelo autor que a validou para a população Portuguesa (Anexo 1). A terceira parte (Parte C) e última é constituída por duas questões abertas. Na primeira pergunta e dada a especificidade do exercício da profissão no contexto extra-hospitalar na VMER foi solicitado a enumeração de 3 fatores (solicitando a sua identificação por ordem de importância, do mais importante para o menos importante) que sejam considerados *stressantes* no desempenho profissional não contemplados na

ESPE. A segunda pergunta contempla na mesma sequência sugestões para a gestão dos fatores *stressantes*.

Os questionários foram enviados por correio eletrónico aos coordenadores das variadas equipas VMER, para que estes distribuam pelos seus colaboradores. O seu preenchimento foi efetuado por plataforma digital (*Google Forms*) facilitando a sua recolha assim como a preservação da confidencialidade e anonimato das respostas.

4.6.1 Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros

Sendo a metodologia utilizada a quantitativa, tornou-se fundamental selecionar um instrumento de medida. A seleção do instrumento de recolha de dados foi baseada na temática do estudo de forma a obter respostas bem como ser aplicável á população alvo definida.

“A escala, que é composta por um conjunto de enunciados tendo uma relação lógica ou empírica, é uma forma de avaliação destinada a medir um conceito ou uma característica do indivíduo” (Fortin, 2009, p. 256).

De entre alguns instrumentos pesquisados para este estudo, optamos pelo uso da escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros, validada para a população Portuguesa pelo Professor Doutor José Manuel Santos e pela Professora Zélia Teixeira em 2008, originalmente chamada de *Nursing Stress Scale*, a qual foi desenvolvida por Pamela Gray Toft (1981), do Department of Medical Research, Methodist Hospital of Indiana, Indianapolis, Indiana e James G. Anderson, do Department of Sociology and Anthropology, Purdue University, West Lafayette, Indiana, nos Estados Unidos da América.

A escala criada Gray-Toft e Anderson^(a), (1981), é composta por 34 *itens* que descrevem situações identificadas como causadoras de *stress* nos enfermeiros no exercício da sua atividade profissional. Permite também encontrar uma pontuação total assim como uma pontuação de cada uma das subescalas que medem a frequência das situações experienciadas como *stressantes* pelos profissionais. Esta escala avalia 3 tipos de Ambientes diferentes e 7 dimensões/fatores, que segundo os autores são considerados as 7 fontes de *stress* major.

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

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

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

- Subescala I - A morte e o medo de morrer:
 - ✓ Procedimentos dolorosos para o doente (*item 3*);
 - ✓ Sentimento de impotência quando não há melhorias (*item 4*);
 - ✓ Falar sobre a proximidade da morte (*item 6*);
 - ✓ Doente que morre (*item 8*);
 - ✓ Relação e proximidade com o doente que morre (*item 12*);
 - ✓ Ver um doente a sofrer (*item 13*);
 - ✓ Doente que morre sem médico presente (*item 21*).
- Subescala II - Conflitos com os Médicos:
 - ✓ Crítica de um médico (*item 2*);
 - ✓ Conflito com um médico (*item 9*);
 - ✓ Medo de cometer um erro no tratamento (*item 10*);
 - ✓ Desacordo em relação ao tratamento do doente (*item 14*);

- ✓ Tomar decisão aquando aos tratamentos na ausência do médico (*item 19*).
- Subescala III - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares:
 - ✓ Para ajudar emocionalmente doente e família (*item 15*);
 - ✓ Respostas não satisfatória a questões do doente (*item 18*);
 - ✓ Para responder às necessidades emocionais do doente (*item 23*).
- Subescala IV - Falta de apoio dos colegas:
 - ✓ Para falar abertamente sobre problemas de serviço (*item 7*);
 - ✓ Oportunidade para partilhar experiências e sentimentos (*item 11*);
 - ✓ Para expressar a outros colegas de serviço sentimentos negativos acerca dos doentes (*item 16*).
- Subescala V - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes
 - ✓ Conflitos com um superior hierárquico (*item 5*);
 - ✓ Ser mobilizado para outro serviço na falta de pessoal (*item 20*);
 - ✓ Dificuldade em trabalhar com enfermeiros de outro serviço (*item 22*);
 - ✓ Receber críticas de um superior hierárquico (*item 24*);
 - ✓ Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro do mesmo serviço (*item 29*).
- Subescala VI - Carga de Trabalho
 - ✓ Avaria informática (*item 1*);
 - ✓ Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho (*item 25*);
 - ✓ Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional (*item 27*);
 - ✓ Falta tempo para dar apoio emocional ao doente (*item 28*);
 - ✓ Falta de tempo para completar tarefas (*item 30*);
 - ✓ Falta de pessoal para as necessidades do serviço (*item 34*).
- Subescala VII - Incerteza quanto aos tratamentos
 - ✓ • Informação inadequada acerca das condições clínicas do doente (*item 17*);

- ✓ Prescrição médica solicitando tratamento inadequado (*item 26*);
- ✓ Médico ausente numa situação de emergência medica (*item 31*);
- ✓ Desconhecer informação a ser dada ao doente / família acerca da clínica (*item 32*);
- ✓ Dúvidas quanto ao funcionamento de determinado equipamento especializado (*item 33*).

Quadro 3 – Apresentação dos fatores da ESPE

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

Fonte - Gray-Toft e Anderson^(a) (1981)

A “Escala Stress Profissional dos Enfermeiros” é composta por sete fatores descritos anteriormente. Esta escala é uma escala de Likert de 4 pontos (1 = nunca; 2 = ocasionalmente; 3 = frequentemente; 4 = muito frequentemente), onde a amostra assinalou a frequência com que vivencia as situações que são descritas, de acordo com a sua percepção. Para isso a escala está organizada conforme o quadro 3 indica, o Ambiente físico com um fator e 6 *itens*, o Ambiente psicológico com quatro fatores e 18 *itens* e o fator do Ambiente social com dois fatores e com 10 *itens*, o que faz o somatório dos 34 *itens* da ESPE. Esta tem o valor de resultado mínimo igual a 34 e o de resultado máximo igual a 136. Quanto aos 7 fatores da ESPE, tem como intervalo valor mínimo de

7 e máximo de 28. Assim, a uma pontuação mais alta corresponde um maior nível de *stressores*.

4.6.2 Características psicométricas da escala

Na seleção do instrumento de colheita de dados foi tido em consideração a validade e a fidelidade do mesmo, já que para Ribeiro (2010), estas duas propriedades métricas nos testes psicológicos se têm distinguido perante os demais.

No estudo de Santos e Teixeira (2008), a consistência interna do instrumento foi analisada pelo alfa de Cronbach, "...considerado por vários autores como a mais importante fórmula de cálculo dos índices de fidedignidade". No que concerne à fidelidade (consistência interna), no quadro 4 poderá observar-se a diferenças de valores do estudo original realizado por Santos e Teixeira (2008) aquando da validação da ESPE e do presente estudo:

Quadro 4 – Características psicométricas da Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros

Instrumento de avaliação	Alfa de Cronbach Estudo Original (2008)	Alfa de Cronbach Presente no Estudo
ESPE	0,930	0,951

Para Ribeiro (2010), uma boa consistência interna deve ser maior que um alfa de 0,80, embora o mesmo ressalva que para uma escala pequena um alfa maior que 0,60 já é um valor aceitável. Como podemos constatar o presente estudo tem um valor superior embora aproximado do valor original, perto do excelente.

Quadro 5 – Características psicométricas dos fatores da ESPE

Fatores		Itens	Alfa de Cronbach original (2008)	Alfa de Cronbach Presente no estudo
Ambiente Físico	VI – Carga de Trabalho	1, 25, 27, 28, 30 e 34	0,74	0,847
Ambiente Psicológico	I – A morte e o morrer	3, 4, 6, 8, 12, 13 e 21	0,83	0,791
	III – Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares	15, 18 e 23	0,74	0,787
	IV – Falta de apoio dos colegas	7, 11 e 16	0,63	0,726
	VII – Incerteza quanto aos tratamentos	17, 26, 31, 32 e 33	0,79	0,856
Ambiente Social	II – Conflitos com os médicos	2, 9, 10, 14 e 19	0,70	0,695
	V – Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	5, 20, 22, 24 e 29	0,75	0,758

No quadro 5 podemos comparar o alfa de Cronbach das subescalas da ESPE, da sua análise podemos verificar que a subescala I, “A morte e o morrer” e a subescala II, “Conflitos com os médicos”, apresentam um valor ligeiramente mais baixo em relação ao original.

4.7 Análise de dados

Fortin (2009, pág. 269) a estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos (a amostra). A estatística tem como função resumir toda a informação numérica de uma forma organizada. Com a utilização de testes estatísticos permite determinar se as relações observadas entre as várias variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde esta foi recolhida (Fortin, 2009).

Para o tratamento de dados da informação recolhida foi utilizado o programa informático, designado *Statistical Package for Social Scienses* (SPSS), versão 25. Todos os dados

recolhidos foram inseridos e realizados os cálculos estatísticos para as variáveis do estudo (cálculo de média, moda, mediana, desvio padrão).

Através deste estudo e com recurso à utilização deste programa informático, pretende-se explorar e descrever quais são os fatores que mais frequentemente são sentidos pelos enfermeiros em meio VMER como *stressantes* no seu quotidiano profissional.

4.8 Considerações Éticas

Na elaboração deste estudo os princípios éticos foram cumpridos tendo por base os princípios da bioética, autonomia, justiça, não maleficência e beneficência de acordo com a Declaração de Helsínquia. Inicialmente foi pedida autorização por escrito ao autor do instrumento de medida Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros validada para a população Portuguesa (Santos e Teixeira, 2008), obtendo o seu consentimento (Anexo 1). Numa segunda fase foi solicitada autorização para a realização do estudo assim como para a aplicação dos questionários ao Departamento de Emergência Médica do Instituto Nacional de Emergência Médica através do preenchimento de um formulário próprio da entidade em causa, de forma a ser avaliado o tipo de estudo, o instrumento de recolha de dados assim como a pertinência do tema e por último a sua autorização (Anexo 2).

Todos os participantes aquando do preenchimento na plataforma digital (*Google Forms*) do questionário foram informados dos objetivos do trabalho, metodologia e do respeito pela sua confidencialidade assim como anonimato.

PARTE III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

5 Apresentação e análise de resultados

Neste capítulo, apresenta-se a caracterização da amostra, os resultados relativos à Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros assim como dos fatores identificados como *stressores* e para finalizar as 3 sugestões dos inquiridos por ordem de importância relativamente a agentes *stressores* que influenciavam a sua prática e 3 sugestões por ordem de importância também, relativamente às medidas a tomar para diminuir o *stress*. Por último, discutem-se os resultados à luz do enquadramento teórico. O tratamento estatístico dos dados integrou toda a informação recolhida ao longo do estudo, tendo por base o processo metodológico. De forma a uma melhor interpretação e análise dos resultados obtidos, recorreu-se ao uso de tabelas.

5.1 Caracterização sociodemográfica da amostra**5.1.1 Género**

A amostra do estudo foi constituída por 67 enfermeiros ($n = 67$), dos quais 49 são do sexo masculino, correspondendo a 73,1% e 18 do sexo feminino, que equivale a 26,9% da amostra (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo o sexo

Sexo	<i>n</i>	%
Masculino	49	73,1
Feminino	18	26,9
Total	67	100

5.1.2 Idade

As idades mais representativas da amostra estão compreendidas entre os 41 e os 55 anos, representada por 43 enfermeiros com 64,2%, seguindo-se o grupo etário compreendido entre os 32 e os 40 anos com 35,8%. A média de idade foi de 42,8 anos, com um desvio padrão de 5,42 anos, em que a idade mínima é de 32 anos e a máxima de 55 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a idade

Idade (Anos)	N	%	Média (Anos) X	Desvio Padrão DP	Idade Mínima	Idade Máximo
32 – 40	24	35,8				
41 – 55	43	64,2				
Total	67	100	42,8	5,42	32	55

5.1.3 Estado civil

Quanto ao estado civil, 49 enfermeiros (73,1%) são casados ou vivem em união de facto, 7 enfermeiros (10,4%) são solteiros e 11 são divorciados perfazendo 16,4% da amostra (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo o estado civil

Estado civil	n	%
Casado/ União de facto	49	73,1
Solteiro (a)	7	10,4
Divorciado (a)	11	16,4
Total	67	100

5.1.4 Habilitações académicas

Em termos de habilitações académicas, podemos verificar na tabela nº4 que todos os enfermeiros possuíam Licenciatura em enfermagem. Destes, 9 (6,03%) eram detentores do grau de Mestre (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo as habilitações académicas

Habilitações académicas	n	%
Licenciatura	67	100
Mestrado	9	6

5.1.5 Habilitações profissionais

Dos 67 enfermeiros inquiridos, 37 referiram ser especializados (55,2%), 17 referiram não ter qualquer diferenciação pós-licenciatura (25,4%), 12 possuem Pós-Graduações (17,9%) e 1 Enfermeiro (1,5%) é portador de outra habilitação (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo as habilitações profissionais

Habilitações profissionais	<i>n</i>	%
Nenhuma	17	25,4
Pós-Graduação	12	17,9
Especialidade	37	55,2
Outra	1	1,5
Total	67	100

5.1.6 Tempo de exercício profissional como enfermeiro

O tempo de exercício da profissão mais representativo da amostra situa-se entre os 16 e os 20 anos de tempo de serviço, que corresponde a 24 enfermeiros (35,9%). Relativamente, a experiência profissional a média é de 20 anos, com um ($DP= 5,1$), e uma oscilação entre os 10 anos de valor mínimo e 30 anos de valor máximo (Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização da amostra segundo a experiência profissional

Experiência profissional (Anos)	<i>n</i>	%	Média (Anos) <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>Smn</i>	Score Máximo <i>Smx</i>
10 – 15	16	24,0				
16 - 20	24	35,9	---	---	---	---
21 - 25	16	24,0				
26 - 30	11	16,5				
Total	144	100	20,0	5,1	10	30

5.1.7 Tempo de exercício profissional como enfermeiro na VMER

Relativamente ao tempo de exercício profissional na VMER o valor mais significativo esta compreendido entre 1 e os 10 anos, que corresponde a 38 enfermeiros (56,7%). A experiência profissional na VMER em média da amostra foi de 11,6 anos, com um desvio padrão de 7,9 anos, variando entre o mínimo de 1 ano e o máximo de 25 anos (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização da amostra segundo a experiência profissional na VMER

Experiência profissional na VMER (Anos)	<i>n</i>	%	Média (Anos) X	Desvio Padrão DP	Score Mínimo Smn	Score Máximo Smx
1 - 10	38	56,7	---	---	---	---
11 - 25	29	43,3				
Total	67	100	11,6	7,9	1	25

5.1.8 Serviço de origem do profissional

O serviço de origem onde o profissional exerce funções mais representativo foi o Serviço de Urgência com 30 enfermeiros (44,8%) seguido do Bloco operatório com 9 enfermeiros (13,4%) e a Unidade de Cuidados Intensivos com 7,5% que corresponde a 5 enfermeiros. Realça-se ainda que cerca de 15 enfermeiros (22,4%) assinalaram o Hospital afeto à VMER e não o serviço onde trabalha (Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização da amostra segundo serviço onde trabalha

Serviço hospitalar onde trabalha	<i>n</i>	%
Serviço Urgência	30	44,8
Bloco Operatório	9	13,4
Unidade Cuidados Intensivos	5	7,5
Imagiologia	3	4,5
Consulta	2	3
Hospitalização Domiciliária	1	1,5
Unidade de Medicina Hiperbárica	1	1,5
Ortopedia	1	1,5
Outros	15	22,4
Total	67	100

5.2 Escala Stress Profissional dos Enfermeiros (ESPE)

5.2.1 Perceção do nível do Stress Profissional em Enfermeiros VMER

Relativamente à percepção do nível de *stress* profissional, através da avaliação global da ESPE, verifica-se, pela leitura da tabela nº 9 que a amostra apresenta, numa escala de 7 a 28, um valor total de 15,74 na soma dos 7 fatores.

Verifica-se ainda que o fator mais frequentemente sentido como *stressante* pelos participantes está relacionado com a “Carga de trabalho” (2,48), seguindo-se as

situações de “A morte e o morrer” (2,37), a “Incerteza quanto aos tratamentos” (2,30) e ainda “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares” (2,26), “Conflitos com os médicos” (2,19), depois “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes” (2,18) e por fim o fator considerado ocasionalmente *stressante* é o que está associado à “Falta de apoio dos colegas” (1,95). (Tabela 9).

Tabela 9 – Perceção do nível do Stress Profissional em Enfermeiros VMER nos diferentes fatores

Fatores	Média	Desvio Padrão	Score Mínimo	Score Máximo
	X	DP	S _{mn}	S _{mx}
I -A morte e o morrer	2,37	0,77	1,84	2,90
II-Conflitos com os médicos	2,19	0,75	1,99	2,34
III-Preparação inadequada	2,26	0,80	2,12	2,34
IV-Falta de apoio dos colegas	1,95	0,70	1,91	1,99
V -Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	2,18	0,85	1,81	2,49
VI-Carga de trabalho	2,48	0,85	2,15	2,69
VII-Incerteza quanto aos tratamentos	2,30	0,84	2,16	2,40
Total	15,74	5,59	13,98	17,15

5.2.1.1 Subescala 1 – “A morte e o morrer” por *item*

Para além da avaliação global da escala fizemos a avaliação por subescalas e verificamos pela leitura da tabela nº 10 que relativamente à subescala 1 – “A morte e o morrer”, verifica-se que o *item* 21 “ver um doente em sofrimento” é aquele que apresenta o valor médio maior com o valor de 2,90, em que a 55,2% dos enfermeiros sentem frequentemente como *stressante*, e 25,4% sentem como ocasionalmente *stressante*. Segue-se o *item* 4 “Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos”, com 47,8% a referir como frequentemente *stressante* e 35,8% ocasionalmente *stressante*. O *item* 6 “Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte” é o terceiro *item* mais sentido com 46,3% a referir como ocasionalmente *stressante* e 34,3% frequentemente *stressante*. Por sua vez o *item* 13 “Ausência do médico quando o doente morre”, apresenta-se com a média mais baixa da subescala com 1,84, onde 43,3% responderam ocasionalmente *stressante* e 38,8% referem nunca considera esta situação como *stressante* (Tabela 10).

Tabela 10 – Percepção do *stress* nos *itens* da Subescala “A morte e o morrer”

<i>Itens</i>	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito Frequentemente		Média do <i>Item</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
3	10	14,9	35	52,2	20	29,9	2	3,0	2,21
4	4	6,0	24	35,8	32	47,8	7	10,4	2,63
6	5	7,5	31	46,3	23	34,3	8	11,9	2,51
8	7	10,4	36	53,7	21	31,3	3	4,5	2,30
12	15	22,4	27	40,3	20	29,9	5	7,5	2,22
13	26	38,8	29	43,3	9	13,4	3	4,5	1,84
21	1	1,5	17	25,4	37	55,2	12	17,9	2,90

Item 3 - Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos

Item 4 - Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos

Item 6 - Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte

Item 8 - A morte de um doente

Item 12 - A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade

Item 13 - Ausência do médico quando um doente morre

Item 21 - Ver um doente em sofrimento

5.2.1.2 Subescala 2 – “Conflitos com médicos” por *item*

Em relação à subescala 2, “Conflitos com os médicos”, o *item* que tem o valor médio mais alto é o 14, “Desacordo em relação ao tratamento de um doente” com 2,34, em que 58,2% dos enfermeiros ocasionalmente sentem este fator como *stressante* e 26,9% sentem-no frequentemente. De salientar que o *item* 9, “Conflito com um médico” e o *item* 10 “Receio de cometer erros ao tratar de um doente” ambos apresentam um valor médio igual com 2,31, não sendo os valores muito distantes do *item* com valor médio mais alta. Com o valor médio mais baixo encontra-se o *item* 2, “Ser criticado por um médico” em que 46,3% sentem ocasionalmente como fator *stressante* e 31,3% nunca sente (Tabela 11).

Tabela 11 – Percepção do *stress* nos *itens* da Subescala “Conflitos com médicos”

<i>Itens</i>	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito Frequentemente		Média do <i>Item</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
2	21	31,3	31	46,3	10	14,9	5	7,5	1,99
9	9	13,4	35	52,2	16	23,9	7	10,4	2,31
10	7	10,4	37	55,2	18	26,9	5	7,5	2,31
14	5	7,5	39	58,2	18	26,9	5	7,5	2,34
19	11	16,4	45	67,2	11	16,4	0	0	2

Item 2 - Ser criticado por um médico

Item 9 - Conflito com um médico

Item 10 - Receio de cometer erros ao tratar de um doente

Item 14 - Desacordo em relação ao tratamento de um doente

Item 19 - Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente

5.2.1.3 Subescala 3 – “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares” por *item*

Na subescala 3, “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares” o *item* que apresenta maior valor médio é o *item 15*, “Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais” com 2,34, onde a grande maioria dos enfermeiros 52,2% respondeu sentir ocasionalmente e 25,4% como frequentemente *stressante*, embora o *item 18*, “Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente” não fique muito distante com média de 2,33. Por último o *item* com menor valor médio 2,12 foi o *item 23*, “Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente” em que 50,7% respondeu que consideram ocasionalmente esta situação como *stressante* e 20,9% nunca a sentiu como *stressante* (Tabela 12).

Tabela 12 – Percepção do *stress* nos *itens* da Subescala “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares”

<i>Itens</i>	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito Frequentemente		Média do <i>Item</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
15	8	11,9	35	52,2	17	25,4	7	10,4	2,34
18	8	11,9	35	52,2	18	26,9	6	9	2,33
23	14	20,9	34	50,7	16	23,9	3	4,5	2,12

Item 15 - Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais

Item 18 - Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente

Item 23 - Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente

5.2.1.4 Subescala 4 – “Falta de apoio dos colegas” por *item*

Relativamente à subescala “Falta de apoio dos colegas”, verificamos que não existe muita diferença na média dos 3 *itens* que preenchem esta subescala. O que apresenta maior valor médio com 1,99 é o *item 16*, “Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente” com 65,7% a responderem ocasionalmente *stressante* e 19,4% nunca sentiram. Com o valor médio mais baixo 1,91, apresenta-se o *item 7*, “Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço” com 61,2% a considerar ocasionalmente *stressante* e 25,4% nunca o sentiram (Tabela 13).

Tabela 13 – Percepção do *stress* nos *itens* da Subescala “Falta de apoio dos colegas”

<i>Itens</i>	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito Frequentemente		Média do <i>Item</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
7	17	25,4	41	61,2	7	10,4	2	3	1,91
11	18	26,9	36	53,7	11	16,4	2	3	1,96
16	13	19,4	44	65,7	8	11,9	2	3	1,99

Item 7 - Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço

Item 11 - Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço

Item 16 - Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente

5.2.1.5 Subescala 5 – “Conflitos com outros enfermeiros e com chefes” por *item*

Em relação à subescala 5, “Conflitos com outros enfermeiros e com chefes” o *item* que tem maior valor médio de 2,49 é o *item* 20, “Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal”, com 32,8% a referir sentir frequentemente *stressante* e 25,4% ocasionalmente *stressante*. O *item* 5, “Conflito com um superior hierárquico” vem logo a seguir com um valor médio de 2,48, muito próximo do primeiro, em que 43,4% ocasionalmente já sentiu e 29,9% frequentemente uma situação *stressante*. Por sua vez o *item* “Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço” apresenta o valor médio mais baixo deste fator 1,81, é de salientar que este *item* é aquele que apresenta valor médio mais baixo de toda a escala, sendo considerado pelos enfermeiros como ocasionalmente *stressante* 43,3% e 38,8% nunca sentiu. (Tabela 14).

Tabela 14 – Perceção do *stress* nos *itens* da Subescala “Conflitos com outros enfermeiros e com chefes”

<i>Itens</i>	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito Frequentemente		Média do <i>Item</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
5	8	11,9	29	43,3	20	29,9	10	14,9	2,48
20	15	22,4	17	25,4	22	32,8	13	19,4	2,49
22	24	35,8	31	46,3	11	16,4	1	1,5	1,84
24	9	13,4	35	52,2	17	25,4	6	9	2,30
29	26	38,8	29	43,3	11	16,4	1	1,5	1,81

Item 5 - Conflito com um superior hierárquico

Item 20 - Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal

Item 22 - Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço

Item 24 - Receber críticas de um superior hierárquico

Item 29 - Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço

5.2.1.6 Subescala 6 - “Carga de trabalho” por *item*

Ao analisarmos as respostas aos *itens* da subescala 6, “Carga de trabalho”, verificamos que o *item* 34, “Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço” com um valor médio de 2,69 é aquele que 40,3% dos participantes consideram esta situação *stressante* ocasionalmente e 28,4% frequentemente *stressante*. Seguidamente vem o *Item* 25 “Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho” com média de 2,63, com 35,8% dos participantes a referir ocasionalmente *stressante* e

em partes iguais 25,4% como frequentemente e muito frequentemente *stressante*. Em contrapartida o *item* 1 “Avaria informática” é aquele que apresenta média mais baixa com 2,15, em que a grande maioria dos participantes 59,7% refere esta situação como ocasionalmente *stressante* (Tabela 15).

Tabela 15 – Perceção do *stress* nos *itens* da Subescala “Carga de trabalho”

<i>Itens</i>	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito Frequentemente		Média do Item
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
1	11	16,4	40	59,7	11	16,4	5	7,5	2,15
25	9	13,4	24	35,8	17	25,4	17	25,4	2,63
27	8	11,9	29	43,3	20	29,9	10	14,9	2,48
28	7	10,4	29	43,3	28	41,8	3	4,5	2,40
30	4	6	29	43,3	25	37,3	9	13,4	2,58
34	5	7,5	27	40,3	19	28,4	16	23,9	2,69

Item 1 - Avaria informática

Item 25 - Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho

Item 27 - Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo

Item 28 - Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente

Item 30 - Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem

Item 34 - Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço

5.2.1.7 Subescala 7 - “Incerteza quanto aos tratamentos” por *item*

Por último, relativamente à subescala 7, “Incerteza quanto aos tratamentos” quando tentamos perceber qual dos *itens* que mais contribuem para a perceção do *stress* constatamos dois *itens* apresentam o mesmo valor médio de 2,40, o *item* 26 “Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente” e o *item* 33 “Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado”. No *item* 26, 43,3% dos participantes referem-no como ocasionalmente *stressante* e 32,8% frequentemente *stressante*. No *item* 33, 47,8% considera ocasionalmente *stressante* e 23,9% frequentemente *stressante*. Em relação ao *item* com valor médio mais baixo nesta subescala é o *item* 31 “Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica” com valor médio de 2,16, em que 47,8% dos participantes ocasionalmente sente esta situação como *stressante* e 22,4% nunca o sente (Tabela 16).

Tabela 16 – Percepção do *stress* nos *itens* da Subescala “Incerteza quanto aos tratamentos”

<i>Itens</i>	Nunca		Ocasionalmente		Frequentemente		Muito Frequentemente		Média do <i>Item</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
17	7	10,4	33	49,3	22	32,8	5	7,5	2,37
26	9	13,4	29	43,3	22	32,8	7	10,4	2,40
31	15	22,4	32	47,8	14	20,9	6	9	2,16
32	11	16,4	33	49,3	21	31,3	2	3	2,21
33	9	13,4	32	47,8	16	23,9	10	14,9	2,40

Item 17 - Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente

Item 26 - Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente

Item 31 - Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica

Item 32 - Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento

Item 33 - Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado

5.2.1.8 Distribuição por *itens*

Na tabela 17 encontra-se a distribuição por item do valor médio das respostas da amostra relativamente à ESPE. Desta forma podemos constatar que as situações consideradas frequentemente mais stressantes são:

- Ver um doente em sofrimento (item 21), com valor médio de 2,90;
- Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço (item 34), com valor médio de 2,69;
- Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos (item 4) e Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho (item 25) com valor médio 2,63.

As situações menos stressantes para os enfermeiros são:

- Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço (item 29), com o valor médio de 1,81;
- Ausência do médico quando um doente morre (item 13) e Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço (item 22) com valor médio de 1,84;
- Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço (item 7) com valor médio de 1,91.

Tabela 17 – Distribuição média das respostas da amostra a cada dos *itens* da Escala de Perceção de Stress

Itens da ESPE	Média X	Desvio Padrão DP	Score Mínimo Smn	Score Máximo Smx
1. Avaria informática	2,15	0,783	1	4
2. Ser criticado por um médico	1,99	0,879	1	4
3. Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos	2,21	0,729	1	4
4. Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos	2,63	0,756	1	4
5. Conflito com um superior hierárquico	2,48	0,894	1	4
6. Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte	2,51	0,805	1	4
7. Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço	1,91	0,690	1	4
8. A morte de um doente	2,30	0,718	1	4
9. Conflito com um médico	2,31	0,839	1	4
10. Receio de cometer erros ao tratar de um doente	2,31	0,763	1	4
11. Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço	1,96	0,747	1	4
12. A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade	2,22	0,885	1	4
13. Ausência do médico quando um doente morre	1,84	0,828	1	4
14. Desacordo em relação ao tratamento de um doente	2,34	0,729	1	4
15. Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais	2,34	0,827	1	4
16. Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente	1,99	0,663	1	4
17. Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente	2,37	0,775	1	4
18. Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente	2,33	0,805	1	4
19. Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente	2,00	0,577	1	3
20. Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal	2,49	1,050	1	4
21. Ver um doente em sofrimento	2,90	0,699	1	4
22. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço	1,84	0,751	1	4
23. Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente	2,12	0,789	1	4
24. Receber críticas de um superior hierárquico	2,30	0,817	1	4
25. Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho	2,63	1,013	1	4
26. Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente	2,40	0,854	1	4
27. Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo	2,48	0,894	1	4
28. Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente	2,40	0,740	1	4
29. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço	1,81	0,764	1	4
30. Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem	2,58	0,801	1	4
31. Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica	2,16	0,881	1	4
32. Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento	2,21	0,749	1	4
33. Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado	2,40	0,906	1	4
34. Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço	2,69	0,925	1	4
TOTAL	77,60			

Em relação aos Ambientes da ESPE (social, físico e psicológico) realizamos as médias ponderadas dos 3 ambientes desencadeadores de *stress*. Pela análise do quadro seguinte, constatamos que é no Ambiente físico que os enfermeiros revelam percepções mais elevadas dos fatores causadores de *stress*; seguido do Ambiente psicológico. No que concerne, ao Ambiente social o que apresenta médias ponderadas mais baixas, e consequentemente, menor percepção de fatores desencadeantes de *stress* nesta “área”. Portanto o Ambiente físico apresenta a média mais alta com 2,49, o Ambiente psicológico uma média de 2,27 e por último o Ambiente social com a média mais baixa de 2,19 (Tabela 18).

Tabela 18 - Percepção dos fatores causadores de *stress* nas dimensões Ambiente físico, Ambiente psicológico e Ambiente social

Ambiente	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>Smn</i>	Score Máximo <i>Smx</i>	CV %
Físico	2,49	0,65	1,17	3,67	26,10
Psicológico	2,27	0,52	1,06	3,61	22,91
Social	2,19	0,54	1,00	3,80	24,66

5.3 Fatores que os Enfermeiros consideram *stressantes* no desempenho profissional extra-hospitalar

Com base na especificidade do exercício da profissão no extra-hospitalar no meio VMER, foi pedido neste estudo para enumerar três fatores por ordem de importância (do mais importante para o menos importante) que considerassem *stressantes* no seu desempenho profissional não enumerados na ESPE previamente preenchida no formulário. Desta forma foi possível constatar que cerca de 20% dos participantes responderam “Vítimas com idade pediátrica” como o fator mais importante, na identificação de fatores de *stress*, seguido dos “Riscos associados á deslocação para o local” com 11,4%. Por último como o menos importante dos três, identificamos a “falha de material/equipamento em situação de emergência” com 10% dos participantes a responderem este motivo (Tabela 19).

Tabela 19 – Identificação de fatores *stressantes* no desempenho profissional

Fatores <i>stressantes</i> no desempenho profissional		n	%
1 ^a	Vítimas com idade pediátrica	14	20
2 ^a	Riscos associados à deslocação para o local	8	11,4
3 ^a	Falha de material/equipamento em situação de emergência	7	10
Total		29	41,4

5.4 Sugestões para a gestão dos fatores *stressantes* no desempenho profissional no extra-hospitalar

Neste estudo, foi pedido aos enfermeiros dada a especificidade do exercício da profissão no meio extra-hospitalar VMER, para referirem 3 sugestões por ordem de importância (do mais importante para o menos importante) que considerassem importantes para a gestão de fatores *stressantes* no seu desempenho profissional. Como é possível verificar na tabela 20, a “necessidade de mais formação incluindo as recertificações” com 25,7% dos participantes consideram-na como a mais importante para a gestão dos fatores *stressantes*. Como sugestão e importância intermédia com 14,3%, referiram as reuniões de equipa de forma a partilhar experiência vividas na prestação de cuidados, como 3^o e última sugestão (menos importante) 8,6% dos participantes responderam, “ter o material verificado e meios (materiais) para executar cuidados de excelência (Tabela 20).

No estudo, na subescala 7, “Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado”, os enfermeiros referiram este *item* (33) como um dos que apresenta uma média mais alta de situação *stressante* o que vai de encontro com duas das sugestões para a gestão de fatores *stressantes* no desempenho profissional, a formação e recertificação, o que inclui o material e o seu manuseamento assim como verificação de forma a prestar cuidados de excelência (Tabela 20).

Tabela 20 – Sugestões por ordem de importância para a gestão de fatores *stressantes* no desempenho profissional.

Sugestões para a gestão de fatores <i>stressantes</i> no desempenho profissional		n	%
1 ^a	Formação e recertificações	18	25,7
2 ^a	Reunião de equipa para partilha de experiências	10	14,3
3 ^a	Ter material verificado e meios para executar cuidados de excelência	6	8,6
Total		34	48,6

5.5 Análise Inferencial

Após a análise descritiva dos dados obtidos anteriormente, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses, associando algumas das variáveis independentes em estudo, à nossa variável dependente.

Com o intuito de credibilizar o nosso estudo, formulámos algumas hipóteses, que por não apresentarem uma distribuição normal em algumas das suas dimensões da variável dependente (apêndice II), foram testadas através de testes não paramétricos, nomeadamente *Testes U de Mann-Whitney* e *Testes de Kruskal-Wallis*.

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

O tratamento dos dados será feito informaticamente através do programa SPSS. 25, em que se utilizaram os seguintes níveis de significância:

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

Com a finalidade de saber quais os fatores que associam a escala da percepção de *stress* e suas dimensões, formulámos as hipóteses que se seguem, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa.

- **Hipótese 1: Espera-se diferenças entre o sexo na identificação de situações causadoras de *stress* nos ambientes: físico, social e psicológico.**

Para sabermos a influência do sexo nas dimensões da percepção dos fatores de *stress*, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, e verificamos que o sexo feminino apresenta ordenações médias superiores ao sexo masculino em todas as dimensões, que na ESPE total apresenta uma ordenação média de 42,33, no Ambiente físico 39,03, no Ambiente psicológico 41,75 e no Ambiente social 44,25. Por outro lado, o sexo masculino apresenta

uma ordenação média na ESPE total de 30,94, no Ambiente físico 32,15, no Ambiente psicológico 31,15 e no Ambiente social 30,23, (Tabela 21).

Assim salientamos que os inquiridos do género feminino dominam na totalidade das dimensões da ESPE total, revelando médias (ordenações médias) mais elevadas, e consequentemente maior percepção dos fatores causadores de *stress*, comparativamente aos enfermeiros do género masculino, com diferenças estatísticas significativas para o Ambiente psicológico e ESPE Total ($p < 0,05$); e bastante significativas para o Ambiente social ($p < 0,01$).

Tabela 21 – Percepção dos fatores de *stress* de acordo com o sexo

Dimensões da escala de percepção de <i>stress</i>		Ambiente físico	Ambiente psicológico	Ambiente social	ESPE total	Teste
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Sexo	<i>n</i>					Mann-Whitney
Masculino	49	32,15	31,15	30,23	30,94	
Feminino	18	39,03	41,75	44,25	42,33	
(p)		0,199	0,048*	0,009**	0,034*	

Legenda: * $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

- **Hipótese 2: Espera-se que os enfermeiros com mais tempo de exercício no extra-hospitalar em meio VMER identifiquem menos fatores de *stress*.**

Para sabermos a influência do tempo de exercício extra-hospitalar em meio VMER nas dimensões da percepção dos fatores de *stress*, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os inquiridos com mais tempo de serviço VMER dominam na totalidade das dimensões e no ESPE total, revelando médias (ordenações médias) mais elevadas, e consequentemente maior percepção dos fatores causadores de *stress*, comparativamente aos enfermeiros com menos tempo de exercício extra-hospitalar (VMER).

Nos enfermeiros com tempo de serviço de na VMER entre 1 e 10 anos podemos constatar uma ordenação média da ESPE total de 31,21, no Ambiente físico de 31,14, no Ambiente psicológico de 30,86 e no Ambiente social de 31,21. Relativamente aos enfermeiros com mais experiência de 11 a 25 anos podemos constatar uma ordenação média em relação à ESPE total de 37,66, ao Ambiente físico de 37,74, ao Ambiente psicológico de 38,12 e ao Ambiente social de 37,66. Podemos afirmar que os enfermeiros

com mais tempo de experiência profissional em meio VMER, tem ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões (Tabela 22).

Pela análise do Tabela 22 verificamos que apesar dos enfermeiros com mais tempo de experiência profissional em meio VMER, apresentarem ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões não se verificam contudo, diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$), pelo que não confirmamos a hipótese 2, podendo afirmar que os enfermeiros com mais tempo de exercício no extra-hospitalar em meio VMER não identificam menos fatores de stress do que os enfermeiros com menos tempo de exercício neste meio.

Tabela 22 – Percepção dos fatores de *stress* de acordo com o tempo de exercício na VMER

Dimensões da escala de percepção de <i>stress</i>		Ambiente físico	Ambiente psicológico	Ambiente social	ESPE total	Teste
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Tempo de serviço (VMER)	<i>n</i>					Mann-Whitney
1-10 anos	38	31,14	30,86	32,01	31,21	
11 – 25 anos	29	37,74	38,12	36,60	37,66	
(p)		0,168	0,130	0,338	0,180	

Legenda: * $p<0,05$

** $p<0,01$

*** $p<0,001$

- **Hipótese 3: Espera-se que os enfermeiros com mais habilitações profissionais identifiquem menos fatores *stressantes*.**

Para sabermos a influência das habilitações profissionais nas dimensões da percepção dos fatores de *stress*, utilizamos um Teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os inquiridos sem nenhuma habilitação profissional extra (para além da licenciatura), são os que revelam médias (ordenações médias) mais elevadas nos Ambientes físico, psicológico e ESPE total, e consequentemente maior percepção dos fatores causadores de *stress*. Já os elementos Pós-Graduados são os que apresentam valores médios superiores ao nível do Ambiente social (Tabela 23). No entanto, não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$), pelo que não confirmamos a hipótese 3, ou seja, podendo afirmar que os enfermeiros com mais habilitações profissionais não identificam menos fatores de *stress* do que os restantes enfermeiros.

Tabela 23 – Percepção dos fatores de *stress* de acordo com as habilitações profissionais

Dimensões da escala de percepção de <i>stress</i>		Ambiente físico	Ambiente psicológico	Ambiente social	ESPE total	Teste
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Habilitações profissionais	n					Kruskal-Wallis
Pós-Graduação	12	37,00	33,92	39,25	35,92	
Especialidade	37	29,91	31,08	31,08	30,74	
Nenhuma	17	41,68	42,00	38,44	41,35	
Outro	1	19,00	7,00	3,50	6,50	
(p)		0,158	0,131	0,167	0,135	

Legenda: *p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Hipótese 4: Espera-se diferenças na percepção do *stress* nos enfermeiros que exercem em meio VMER de acordo com o serviço e origem.

Para sabermos a influência do serviço onde exercem nas dimensões da percepção dos fatores de *stress*, utilizamos um Teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os inquiridos da UCIP, são os que revelam médias (ordenações médias) mais elevadas nos Ambientes físico, psicológico, social e ESPE total, e consequentemente maior percepção dos fatores causadores de *stress*. Já os elementos do SU são os que revelam valores mais baixos na maioria dos Ambientes. No entanto, como é possível verificar na tabela 24, não se verificam diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$), o que nos permite concluir que o serviço de origem não interfere na percepção e identificação dos fatores de *stress*.

Tabela 24 – Percepção dos fatores de *stress* de acordo com o serviço onde trabalha

Dimensões da escala de percepção de <i>stress</i>		Ambiente físico	Ambiente psicológico	Ambiente social	ESPE total	Teste
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação Média	
Serviço	n					Kruskal-Wallis
SU	30	25,10	23,58	24,50	24,27	
UCIP	5	38,90	35,20	37,60	37,60	
BO	9	22,28	29,17	25,72	25,44	
Outro	23	28,75	29,00	27,94	29,13	
(p)		0,211	0,353	0,345	0,305	

Legenda: *p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este estudo teve como objetivo conhecer os fatores que mais frequentemente são sentidos pelos enfermeiros, assim como as fontes geradoras de *stress* nos enfermeiros no exercício profissional do quotidiano na VMER. Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem nas situações causadoras de *stress* vivenciadas e por último identificar medidas minimizadoras dos fatores de *stress* que os profissionais gostariam de ver implementadas.

A amostra neste estudo é composta por 67 enfermeiros a que exercem a sua atividade profissional no extra-hospitalar concretamente a exercer funções nas cinco VMER do distrito do Porto.

Relativamente à idade a amostra tem uma média de 42,8 anos com idades compreendidas entre os 32 anos e os 55 anos, existindo um predomínio do sexo masculino com 73,1% da amostra. Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou em união de facto (73,1%).

Quanto às habilitações académicas 100% são licenciados e 6% possuem mestrado, em relação às habilitações profissionais 55,2% dos participantes são detentores de uma Especialidade, 17,9% Pós-Graduação e 25,4% não possui nenhuma habilitação pós-licenciatura.

Em relação ao tempo de exercício profissional como enfermeiro, verificamos que a nossa amostra se situa em média nos 20 anos de serviço, sendo a faixa dos 16 anos aos 20 anos de serviço (35,9%) a que tem maior expressão no estudo. Quanto ao tempo de exercício profissional como Enfermeiro na VMER a média situa-se nos 11,6 anos, com o intervalo do 1 aos 10 anos de exercício profissional na VMER com maior predomínio (56,7%).

No que diz respeito ao serviço hospitalar onde trabalha, verificamos que o serviço de urgência destaca-se dos demais com cerca de 44,8% do total dos inquiridos.

Quando passamos à análise dos dados segundo a ESPE é possível verificar que o fator mais referido pelos participantes no estudo como gerador de *stress* está relacionado com o fator VI, “Carga de trabalho” com média de 2,48, onde o *item* 34, “Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço” apresenta valor médio maior com

2,69, em que cerca de 40,3% dos participantes consideram ocasionalmente esta situação *stressante* e 28,4% sentem frequentemente.

Este resultado vai ao encontro do estudo realizado por Antunes (2020) que desenvolveu um trabalho relacionado com o *stress* ocupacional nos enfermeiros no Bloco Operatório e verificou que este fator é apontado como o mais *stressante* com uma média de 2,59. Também Pereira (2018) relativamente aos fatores desencadeantes de *stress* em sala de emergência verificou que o fator VI – Carga de trabalho é o que apresenta maior valor médio, sendo um dos principais geradores de *stress* nos enfermeiros.

Por sua vez no estudo de Santos e Teixeira (2009) realizado dos serviços de urgência e internamento utilizando a mesma escala (ESPE) de forma a identificar quais os fatores que mais frequentemente eram sentidos como *stressantes*, o fator “Carga de trabalho” apresenta-se como o segundo mais frequentemente sentido pelos enfermeiros com média de 2,44. Para Carvalho (2020), no seu estudo sobre fatores relacionados ao *stress* ocupacional na equipa de enfermagem no SAMU também conclui que os participantes que manifestaram *stress*, os fatores apresentados eram de predomínio físico e atribuídos à sobrecarga de trabalho.

Para Serra (1999), existe sobrecarga de trabalho quando as tarefas que o indivíduo tem para realizar, ultrapassam a capacidade de responder à exigência. Esta sobrecarga vai ter um efeito nocivo no indivíduo, já que este vai utilizar estratégias de forma a finalizar as tarefas, entre elas por exemplo, o prolongamento de horas de trabalho, levar trabalho para casa e por último privar-se das refeições ou ingestão rápida das mesmas. Todos estes comportamentos vão criar o desequilíbrio no indivíduo, privando o mesmo do convívio social assim como do apoio familiar, entrando num ciclo cansativo e monótono.

Segundo Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2012), refere que nos profissionais no setor da saúde, são identificados vários fatores indutores de *stress* a nível físico, associados as condições de trabalho assim como organizacionais. Relativamente aos de predomínio socio-emocional estão diretamente relacionados com a atividade desenvolvida pelos profissionais. No seu estudo é salientado que a sobrecarga de trabalho é um dos principais indutores de *stress* nos enfermeiros em diferentes países.

Por sua vez Lima [et al.] (2019), identifica dois fatores como *stressantes* nos enfermeiros portugueses, a carga de trabalho e a gestão da morte, estando em conformidade com o presente trabalho, assim como McIntyre, McIntyre e Silverio (1999), no seu estudo indicam que a sobrecarga de doentes e de trabalho são as principais fontes de *stress*.

Relativamente às subescalas da ESPE neste estudo, a subescala “A morte e o morrer”, o *item* que mais foi sentido pelos enfermeiros na VMER como *stressante* é o *item* 21, “Ver o doente em sofrimento”, com o valor médio de 2,90, em que 55,2% dos enfermeiros sentem frequentemente como *stressante* e 25,4% sentem ocasionalmente.

Na subescala “Conflitos com os médicos”, o *item* 14, “Desacordo em relação ao tratamento de um doente”, é aquele que apresenta maior valor médio com 2,34. Cerca de 58,2% dos enfermeiros sentem que o “Conflitos com os médicos” é ocasionalmente *stressante* e 26,9% sentem que este aspeto é frequentemente *stressante*.

Em relação à subescala “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares”, o *item* 15, “Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais” apresenta o valor médio mais alto 2,34, sendo que 52,2% sentem este aspeto como ocasionalmente *stressante* e 25,4% frequentemente *stressante*.

No que diz respeito à subescala “Falta de apoio dos colegas” foi aquele que apresentou valor médio mais baixo em relação a todas as subescalas. O *item* que apresentou maior valor médio (16) foi, “Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, seguindo-se os sentimentos negativos sobre o doente” com o valor médio de 1,99, com 65,7% dos enfermeiros a referirem que sentiam este aspeto como ocasionalmente *stressante*.

Relativamente à subescala “Conflitos com outros enfermeiros e com chefes” o *item* que apresenta maior valor médio é o 20, “Ser mobilizado para outro serviço para suprimir falta de pessoal”, com 32,8% dos enfermeiros a referirem que sentem este aspeto como frequentemente *stressante* e 25,4% a referirem como ocasionalmente *stressante*.

Na subescala “Carga de trabalho”, o *item* 34, “Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço” é aquele que apresenta um maior valor médio de 2,69. Relativamente a este *item* 40,3% dos enfermeiros consideram esta situação como ocasionalmente *stressante* e 28,4% como frequentemente *stressante*.

Por último a subescala “Incerteza quanto aos tratamentos” existem dois *itens* que apresentam o valor igual e mais elevado, que são os *itens* 26 e 33 com valor médio de 2,40. Em relação ao *item* 26, “Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento do doente”, 43,3% dos enfermeiros referem considerar ocasionalmente esta situação como *stressante* e 32,2% consideram-na frequentemente *stressante*. Relativamente ao *item* 33, “Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado”, 47,8% dos participantes referem que sentem

ocasionalmente esta situação como *stressante* e 23,9% sentem-na como uma situação frequentemente *stressante*.

Como supracitado, podemos constatar que o fator “Carga de trabalho” no nosso estudo em contexto extra-hospitalar é aquele que mais é percebido pelos enfermeiros como *stressante*, sendo transversal a diferentes contextos. Os resultados obtidos neste trabalho em contexto extra-hospitalar, concretamente no meio VMER, vão de encontro aos de Pereira (2018) no seu estudo em contexto de Urgência e de Antunes (2020) no seu estudo em contexto de Bloco Operatório, ou seja, transversal à profissão e não ao serviço. Quanto aos restantes fatores, “A morte e o morrer” surge como segundo *item* mais sentido nos contextos de urgência e emergência extra-hospitalar, no BO é o fator “Incerteza quanto aos tratamentos” que ocupa o segundo lugar, eventualmente pelo ambiente mais controlado que este serviço oferece aos seus profissionais. Relativamente ao fator menos sentido como *stressante* este é diferente nos três cenários, na emergência extra-hospitalar o menos sentido é o fator “falta de apoio dos colegas”, motivado pelos recursos humanos finitos e a uma equipa de trabalho reduzida (médico e enfermeiro), no serviço de urgência o fator menos sentido como *stressante* “conflito com outros enfermeiros e chefes” e por último relativamente ao BO, o fator menos sentido como *stressante* é “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e familiares”.

Relativamente à hipótese 1, **diferenças entre o sexo**, podemos concluir **que existem** diferenças na identificação de situações causadoras de *stress* nos Ambientes: físico, social e psicológico, existindo assim uma correlação significativa entre o sexo feminino e a ESPE total assim como nos Ambientes psicológico e social relativamente ao sexo masculino, experienciado pelos enfermeiros que exercem funções no meio VMER, o que nos permitiu concluir que o sexo feminino apresenta ordenações médias superiores ao sexo masculino em todas as dimensões e consequentemente maior perceção dos fatores causadores de *stress*

Sendo, a profissão de enfermagem exercida maioritariamente pelo sexo feminino (OE, 2020), neste estudo podemos constatar que grande parte da amostra é do sexo masculino (n=49), assim como Pina (2012) no seu estudo no pré-hospitalar em meio VMER já referia o grupo masculino de enfermeiros como o mais representativo, contrariando assim a tendência histórica da enfermagem atribuída ao sexo feminino. Relativamente à relação do sexo com o *stress*, foram vários os autores a estudar esta temática, onde se conclui que as mulheres apresentam maior perceção de *stress*. Almeida (2012) refere no seu estudo que o sexo feminino manifesta uma maior perceção de *stress* ocupacional em todas as dimensões avaliadas, relativamente ao sexo

masculino, assim como, Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), constataram num estudo sobre *stress* ocupacional em profissionais de saúde realizado a enfermeiros Portugueses, revelando que o sexo feminino apresentou níveis mais elevados de *stress* ocupacional e problemas de saúde física, em comparação com o sexo masculino. Segundo Carlotto (2011), esta associação do *stress* ao sexo feminino pode ser o resultado da combinação do trabalho e das responsabilidades familiares, assumindo vários papéis paralelos à sua vida profissional, podendo provocar efeitos desfavoráveis na saúde física e mental.

No que diz respeito à hipótese 2, verificamos que **o tempo de exercício no extra-hospitalar em meio VMER não interfere** com a percepção de *stress*, pois **não se verificou** correlação estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional e a percepção de *stress* pelos enfermeiros que exercem funções nas VMER, podendo afirmar que os enfermeiros com mais tempo de exercício no extra-hospitalar em meio VMER não identificam menos fatores de *stress* que os restantes enfermeiros.

Relativamente ao tempo de exercício profissional também Silva e Gomes (2009) verificaram que os profissionais mais jovens e consequentemente com menos tempo de serviço têm maior propensão para um nível de *stress* mais elevado, relacionado, com a instabilidade profissional, com o excesso de trabalho, carreira profissional e remuneração auferida. Contudo, para o mesmo autor, os profissionais mais velhos e com maior experiência profissional são menos suscetíveis ao *stress*, já que tem mais segurança, mais maturidade, melhor gestão de prioridades, ou seja, um conjunto de ferramentas que possibilitam uma melhor gestão do *stress*.

Ao analisar as respostas da amostra deste estudo, verifica-se que os enfermeiros com mais tempo de exercício são aqueles que apresentam maior percepção de *stress* em todos os Ambientes da ESPE, o que vai contra a maioria dos estudos. Na literatura pesquisada, alguns estudos como o de Theme Filha (2013); Andrade (2014), sobre o *stress* ocupacional nos profissionais de saúde, verificou que a variável relacionada às características do trabalho, como tempo na instituição, não se associava com *stress* laboral suportando os resultados apresentados neste estudo.

É de salientar que também noutros estudos (Costa e Martins, 2011; Pereira, 2018), a existência de uma relação inversa entre a idade dos participantes e os níveis de *stress*, ou seja, acreditam que o aumento da idade associado à experiência reúne condições para desenvolver estratégias de gestão de *stress* e deste modo os profissionais mais velhos e consequentemente com mais tempo de exercício apresentarem níveis mais baixos. Por sua vez, Rosso [et al.] (2014), sublinha no seu estudo, que profissionais que se encontrem no mesmo serviço durante um tempo prolongado podem proporcionar uma

adaptação do profissional ao ambiente/serviço e consequentemente uma “banalização” das suas tarefas.

Em relação à **hipótese 3**, no que se refere às **habilitações profissionais**, verificamos no nosso estudo, como é possível constatar na tabela 23 que, os profissionais sem nenhuma habilitação pós-licenciatura são aqueles que identificam mais fatores de *stress* na ESPE total com predomínio no ambiente psicológico e físico. Os profissionais pós-graduados são aqueles que apresentam valores médios na ESPE total, com maior ênfase no Ambiente social e físico, e os enfermeiros com especialidades são aqueles que apresentam valores mais baixos na identificação de fatores stressantes na ESPE total, com predomínio no Ambiente psicológico e social. No entanto, **não se verificou** uma correlação estatisticamente significativa entre os profissionais com mais habilitações profissionais e os profissionais com menos habilitações profissionais pelo que poderemos concluir que as habilitações profissionais não interferem na percepção /identificação de fatores de *stress*.

Podemos constatar que o grupo dos enfermeiros com mais habilitações apresenta ordenações médias mais baixas em todos os Ambientes, relativamente aos outros grupos com menos ou nenhuma habilitação. Pereira (2018) no seu trabalho, conclui também que os enfermeiros com mais formações adicionais/habilitações profissionais tais como: pós-graduação, especialidade, mestrado, formação de SAV, formação de SBV e formação avançada, apresentam uma menor percepção de *stress*. Assim no nosso estudo constatamos que a identificação da frequência dos agentes stressores vai diminuindo em relação ao aumento das habilitações profissionais, este fenómeno pode ter várias interpretações, em primeiro lugar que um profissional mais especializado vai ser mais confiante assim como detentor de conhecimentos mais atualizados e solidificados. Em segundo lugar um profissional que procura formação esta motivado e disponível para a aprendizagem, ou seja, vai adquirir mais ferramentas contribuindo assim para um cuidar de excelência e segurança nos cuidados prestados ao doente, o que vai de encontro ao estudo de Inoue [et.al.] (2013) que refere que a formação adicional contribui para a não existência de níveis de *stress* altos.

Por último a **hipótese 4**, relativamente às **diferenças na percepção do stress nos enfermeiros que exercem em meio VMER de acordo com o serviço de origem**, constatamos que esta não interfere com a percepção de *stress*, ou seja, **não se verificou** uma correlação estatisticamente significativa entre os serviços de origem e a percepção de *stress* dos enfermeiros em meio VMER. Contudo, foi possível verificar que os enfermeiros que têm a UCIP como serviço de origem apresentam uma ordenação média mais elevada na ESPE total com 37,60 de ordenação média, seguido do Internamento,

representado na tabela 24 por “Outros” com uma ordenação média na ESPE total de 29,13, o BO apresenta uma ordenação média da ESPE total de 25,44 e por último o SU com a amostra mais significativa com a ordenação média mais baixa e 24,27. O que nos permitiu concluir que o embora os valores sejam diferentes para todos os contextos, os serviços de origem não contribuem para a diferente percepção de fatores de *stress*.

Embora não se verificaram alterações estatísticas significativas no nosso trabalho, é consensual que os serviços que prestam cuidados a doentes críticos têm uma predisposição para um maior nível de *stress*, entre elas, a UCIP e o SU. Foi possível constatar neste trabalho que a UCIP apresenta ordenações médias mais elevadas comparativamente com os outros serviços, o que vai em linha com vários autores, como Inoue [et.al.] (2013), Teixeira [et.al.] (2017), Batista (2006), que classificam as UCIP como um dos ambientes mais agressivos, desgastantes e consequentemente stressantes para um profissional de enfermagem, resultante da complexidade do serviço assim como da tipologia de doentes.

Teixeira [et.al.] (2017) refere que o enfermeiro que exerce na UCIP:

“...tem que lidar no seu dia a dia com a manipulação de diversos equipamentos, ritmo intenso de trabalho e com a possibilidade de agravos e morte de paciente. Cabendo ainda, realizar as atividades com iniciativa, rapidez e de forma minuciosa para não haver erros que possam gerar a morte de algum cliente”.

Toda esta exigência assim como a natureza do trabalho que desenvolvem na prestação de cuidados ao doente crítico associado a outros fatores de *stress* percecionados pelos enfermeiros nas várias dimensões como físicas, sociais assim como psicológicas, que poderão estar relacionados com o excesso de trabalho, a ambiguidade de funções, as relações interpessoais e o simples “cuidar” dos doentes (Dantas [et.al.], 2014), contribuindo assim para um risco acrescido de *stress*.

Contudo, Bianchi (2000), no seu trabalho sobre “Enfermeiro hospitalar e o *stress*”, chega à mesma conclusão que este estudo, “A crença de que somente os enfermeiros que atuam junto ao paciente crítico são estressados não é sustentada neste trabalho”, ou seja, para esta autora o *stress* está presente na generalidade dos serviços onde os enfermeiros atuam desde o internamento, consulta, SU assim como UCIP.

Relativamente aos fatores que os enfermeiros consideram *stressantes* no desempenho profissional na VMER, os três mais referidos por ordem crescente de importância foram em primeiro lugar com cerca de 20% a prestação de cuidados a “Vítimas com idade

pediátrica”, 11,4% referem os “Riscos associados à deslocação para o local” e cerca de 10% as “Falhas de material/Equipamento em situação de emergência”.

Como sugestões para a gestão dos fatores *stressantes* no desempenho profissional na VMER, em primeiro lugar com cerca de 25,7% foi referida a “Formação e recertificações”, em segundo lugar 14,3% “Reunião de equipa para partilha de experiências” e em último lugar com 8,6% “Ter o material verificado e meios para executar cuidados de excelência”.

Todas estas sugestões são de extrema importância para todos os intervenientes na assistência extra-hospitalar, assim como, para as instituições hospitalares, traduzindo-se em benefícios, para o doente na qualidade de vida, para a instituição no melhor prognóstico e menos encargos e por último para a equipa traduzindo-se numa maior qualidade e segurança dos cuidados prestados.

PARTE IV
CONCLUSÕES

O *stress* é um fenómeno cada vez mais presente nos enfermeiros, fruto de uma exigência física, emocional assim como psicológica decorrente do exercício profissional e da vulnerabilidade do cuidar de pessoas e respetivas famílias, pelo que é de maior importância a sensibilização das instituições e agentes políticos para este problema.

A especificidade do extra-hospitalar mais concretamente a prática realizada nas VMER é caracterizada por fatores completamente diferentes do meio hospitalar potencialmente indutores de *stress*, tais como: condições climatéricas, grandes aglomerações de pessoas nos locais das ocorrências (acidentes, catástrofes ou conflitos), tipologia do terreno, presença de comunicação social assim como a presença de pessoas significativas da vítima. Tudo isto somado à exigência da própria situação, podemos dizer que os enfermeiros que exercem funções neste meio não se limitam à prática de enfermagem, mas também, ao gosto pela “adrenalina” ou aventura aliado à necessidade de ajudar os outros tendo em mente que a equipa pode fazer a diferença no local.

Toda esta dinâmica ficou demonstrada durante o momento difícil que o mundo atravessa motivado pela crise pandémica, onde a capacidade de resposta que o extra-hospitalar forneceu à população tornou-se uma mais-valia para o país, contribuindo para uma diminuição da pressão que se debateu sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo esta a verdadeira linha da frente.

O presente estudo de investigação foi realizado em cinco VMER do distrito do Porto, tendo como objetivos principais e orientadores a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros, a perceção do *stress* desses enfermeiros, e por fim, a exploração do efeito das variáveis sociodemográficas e profissionais relativamente à perceção do *stress* nos enfermeiros. Este trabalho empírico, de natureza transversal, exploratória, descritiva e correlacional, envolveu na sua essência o interligar de duas áreas - o fenómeno do *stress* e as características sociodemográficas e profissionais dos participantes.

Assim, de acordo com os resultados obtidos neste estudo concluiu-se que a maioria dos enfermeiros que exercem funções nas VMER são do sexo masculino, casados, com formação pós-licenciatura e tendo como serviço de origem o Serviço de Urgência. Em

relação à percepção do *stress* dos participantes, através do instrumento utilizado (ESPE), os resultados mostraram que o fator (subescala) mais sentido como *stressante* esta relacionado com a “Carga de trabalho”, seguindo-se as situações de “A morte e o morrer”, seguido de “Incerteza quanto aos tratamentos” e ainda “Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares”, “Conflitos com os médicos”, depois “Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes” e por fim o fator considerado como ocasionalmente *stressante* é o que está associado à “Falta de apoio dos colegas”.

Os *itens* sentidos com mais frequência como *stressantes* são: “Ver um doente em sofrimento”, seguindo-se do *item* “Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço”, depois o *item* “Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho” e “Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos”. Por outro lado, enquanto o fator identificado como menos *stressante* foi “Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço”.

Em relação às hipóteses levantadas no estudo verificou-se:

- **Os enfermeiros do sexo feminino têm maior percepção de *stress* em todos os ambientes, Social, físico e psicológico em relação ao sexo masculino;**
- **O tempo de exercício profissional no extra-hospitalar não interfere na identificação dos fatores de *stress*;**
- **As habilitações profissionais não interferem na identificação dos fatores de *stress*;**
- **Os serviços de origem não contribuem para a diferente percepção de fatores de *stress*;**

Estas conclusões foram possíveis através da aplicação da ESPE, contudo, importa salientar que dada a especificidade da prestação de cuidados em meio extra-hospitalar e dada a ausência de instrumentos dedicados a esta área, houve a necessidade de questionar junto dos participantes, para além dos fatores enumerados na ESPE, quais os fatores que sentiam com mais frequência como *stressantes*. Assim, foram referidos pelos participantes: “Vítimas com idade pediátrica”, “Riscos associados à deslocação para o local”, e as “Falhas de material/Equipamento em situação de emergência”. Como sugestão para a gestão dos fatores *stressantes* no desempenho profissional, os participantes referiram “Formação e recertificações”, seguido de “Reuniões de equipa para partilha de experiências” e por último “Ter o material verificado e meios para executar cuidados de excelência”.

O *stress* ocupacional nos enfermeiros que atuam no extra-hospitalar deve ser monitorizado, mediante a sua perceção de forma a criar programas de intervenção junto das equipas para a diminuição do mesmo, contribuindo assim para a redução do *stress* ocupacional refletindo-se diretamente na saúde e bem-estar dos profissionais, na segurança dos doentes, na qualidade dos cuidados, assim como, nos resultados e nos custos das instituições.

Desta forma, pensamos que a realização do presente estudo de investigação no âmbito do *stress* no extra-hospitalar, possa contribuir para um reconhecimento das situações indutoras de *stress*, assim como aquelas que mais frequentemente são sentidas como stressantes no exercício da profissão no contexto particular do extra-hospitalar, mais concretamente no meio diferenciado que é a VMER.

Apesar dos contributos do presente estudo, salientamos algumas limitações e que se prendem com o seguinte: em primeiro lugar, gostaríamos de destacar o facto de este trabalho ter sido desenvolvido em pleno período Pandémico associado a um estado de emergência no país, sobrecarregando os profissionais de saúde, quer na carga de trabalho assim como na componente emocional, já que muitos tiveram que abandonar os seus lares de forma a evitar a disseminação do contágio. Outra das limitações foi o elevado tempo de espera relativamente a autorizações para recolha de dados, tendo como consequência a redução de tempo para a sua concretização. O facto de a recolha de dados ter sido realizada em pleno contexto pandémico também contribuiu para uma dificuldade acrescida, tendo-se tornado numa colheita de dados mais lenta. Por último não poderia de deixar de referir a limitação relacionada com a escassez de literatura relativamente à temática relacionada com os enfermeiros que atuam nas VMER em Portugal.

Apesar de algumas limitações expostas, consideramos que atingimos os objetivos a que nos tínhamos proposto, estamos convictos que os resultados alcançados com a realização deste estudo são uma mais-valia no âmbito da problemática da perceção de *stress* nos enfermeiros que exercem funções nas VMER, pois o facto de ficarmos a conhecer os fatores que mais frequentemente são sentidos pelos enfermeiros em contexto extra-hospitalar meio VMER como stressantes, permite-nos olhar para esta problemática de forma diferente, assim como, tomar consciência deste fenómeno. Adicionalmente, estando este trabalho inserido no âmbito da aquisição de grau de mestre e sendo um mestrado integrado com a atribuição de grau de especialista, equivalente à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica como futuro enfermeiro especialista é expectável um maior envolvimento da minha parte nesta temática, na identificação assim como na gestão de mecanismos e estratégias de forma a promover a prevenção e

diminuição do *stress*, contribuindo assim para um aumento na qualidade de vida dos profissionais e consequentemente uma melhor prestação de cuidados ao doente em situação crítica. Pensamos que este trabalho possa ter implicações para a formação, para a prática de cuidados e para a investigação.

Relativamente à **implicação para a formação** seria oportuno e necessário abordar o *stress* ocupacional na formação base, sensibilizando para todas as implicações que o mesmo tem profissão, sociedade e nas organizações. Na formação específica do extra-hospitalar (curso VMER) é essencial reformular alguns conteúdos de forma a minimizar situações indutoras de *stress*, entre elas, algumas referidas pelos inquiridos, tais como: formação regular, partilha de experiências junto da equipa e material em perfeitas condições para laborar.

Na **prática de cuidados**, os participantes no estudo referem sentir com mais frequência os fatores “Carga de trabalho” e “Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço”, assim como os 3 fatores indutores de *stress* apontados na especificidade do extra-hospitalar que são a atuação em vítimas com idade pediátrica, os riscos associados à deslocação para o local e as falhas de material/equipamento em situação de emergência. Desta forma seria importante sensibilizar as chefias assim como as organizações quanto à necessidade das dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem de forma a preconizado pela OE no Regulamento n.º743 de 2019 assim como constituir programas de gestão de *stress* de forma a minimizar os efeitos negativos. Relativamente aos fatores referidos na especificidade do extra-hospitalar, seria necessário intervir com mais formação relativamente a protocolos de atuação assim como manuseamento e técnicas relativas aos materiais e equipamentos usados na prática diária.

Por último a **implicação para a investigação**, este trabalho teve como amostra enfermeiros que atuam no extra-hospitalar mais concretamente nas VMER onde não existem muitos estudos dedicados em Portugal. Sendo uma área de vital importância assim como, uma extensão do serviço de urgência, esta temática tem um interesse acrescido de forma a identificar os *stressores* assim como a frequência com que são sentidos pelos profissionais que atuam “neste campo”, pelo que se recomenda a continuação de investigação nesta área, de forma a conhecer a nossa realidade para conseguir definir estratégias de melhoria.

Referências Bibliográficas

- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO - **Stress no trabalho: síntese de um relatório da agência.** [em linha]. [sl.]: Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, 2000. [consultado em 18 dez. 2020] Disponível na WWW: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/8>.
- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E A SAÚDE NO TRABALHO - **Stresse relacionado com o trabalho. Factsheets.** [em linha], nº. 22 (2002). [consultado em 15 dez. 2020]. Disponível em WWW: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/22>
- AL SHAQSI, Sultan - Models of international emergency medical service (EMS) systems. **Oman Medical Journal.** [em linha]. Vol. 25, nº 4 (oct. 2010), p. 320-323. DOI: <https://dx.doi.org/10.5001%2Fomj.2010.92>.
- ALMEIDA, Hugo de [et al.] – Modelos de *stress* ocupacional: sistematização, análise e descrição. **Revista INFAD de Psicologia.** [em linha]. Vol.2, nº 1 (2016), p. 435-454. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.309>
- ALMEIDA, Marília de Fátima Serra Almeida – **Stressado eu?: percepções de stress ocupacional em profissionais de saúde- estudo numa instituição hospitalar do Alentejo.** Évora: Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia, 2012. Dissertação de mestrado.
- AMARO, Hugo João Fernandes; JESUS, Saul Neves de - Vulnerabilidade ao *stress* em profissionais de emergência médica pré-hospitalar. **Mudanças - Psicologia da Saúde.** [em linha]. Vol.16, nº 1 (2008), p. 62-70. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v16n1p62-70>
- ANDRADE, Maria Clara Miranda; SIQUEIRA JÚNIOR, António Carlos - Estresse ocupacional no serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Mineira Enfermagem.** [em linha]. Vol.18, nº 2, (2014), p. 376-383. DOI: 10.5935/1415-2762.20140029
- ANTUNES, Maria Cristina Alves Silva - **O stress ocupacional nos enfermeiros do bloco operatório.** [em linha]. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde do IPVC, 2020. Dissertação de mestrado. Handle: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2432>

- BACKES, Dirce Stein [et al.]. – Contribuições de Florence Nightingale como empreendedora social: da enfermagem moderna à contemporânea. **Revista Brasileira Enfermagem**. [em linha]. Vol. 73, supl. 5, (2020), p. 1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0064>
- BATISTA, Karla de Melo; BIANCHI, Estela Regina Ferraz - Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [em linha]. vol. 14, nº. 4 (Jul-Ago. 2006), p. 534-539. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400010>
- BIANCHI, Estela Regina Ferraz – Enfermeiro hospitalar e o *stress*. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. [em linha]. Vol. 34, nº 4 (dez. 2000), p.390-394. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000400011>
- BIANCHI, Estela Regina Ferraz - Escala Bianchi de *Stress*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [em linha]. Vol. 43, nº Especial (2009), p. 1055-1062. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500009>
- BOLLER, Erika - Como o Estresse Afeta o Corpo e a Vida. **Revista Médica HSPV**. Ano 15, n.º 32 (2003), p.38-40.
- CANNON, Walter Bradford - **Bodily changes in pain, hunger, fear and rage**. New York. Appleton. 1915.
- CARLOTTO, Mary Sandra - Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. [em linha]. Vol. 14, nº 2 (2011), p. 7-26. [consultado em 18 Jan. 2021]. Disponível em WWW: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a03.pdf>
- CARVALHO, Ana Elizabeth Lopes de [et al.] - Stress of nursing professionals working in pre-hospital care. **Revista Brasileira Enfermagem**. [em linha]. Vol. 73, nº 2 (2020), p.1-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0660>
- CHUNG, C. H. – The evolution of emergency medicine. **Hong Kong: Journal of Emergency Medicine**. [em linha]. Vol.8, nº 2 (2001), p. 84-89. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F102490790100800204>
- COMITÉ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA – **Convenção de Genebra de 12 de agosto de 1949**. [S.L.]: CICV. 2016.

- COSTA, Daniele Tizo; MARTINS, Maria do Carmo Fernandes - Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [em linha]. Vol. 45, nº 5 (2011), p. 1191-1198. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500023>.
- COSTA, J. Almeida; MELO, A. Sampaio e - **Dicionário da língua portuguesa**. Porto: Porto Editora, 2014
- COSTA, Roberta [et al.] – O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto Enfermagem**. [em linha]. Vol. 18, nº 4 (Dez 2009), p. 661-669. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>
- DANTAS, Tatiana Rodrigues da Silva [et al.] - Prevalência da síndrome de burnout entre enfermeiros da rede hospitalar de urgência e emergência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. [em linha]. Vol. 6, nº 5 (2014), p. 196-205. DOI: 10.9789/2175-5361.2014.v6i5.196-205
- DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal [et al.] - Pandemics, crisis conjunctures, and professional practices: what is the role of nursing with regard to Covid-19?. **Revista Gaúcha Enfermagem**. [em linha]. Vol. 42, nº esp, (2021), e20200254. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190254>
- DECRETO-LEI n.º 14-A/2020. **DR I Série**. 55 (2020/03/18) 13(2)-13(4);
- DECRETO-LEI n.º 188/2009. **DR I Série**. 155 (2009/08/12) 5247-5252;
- DECRETO-LEI n.º 234/1981. **DR I Série**. 176 (1981/03/03) 1983-1995;
- DECRETO-LEI n.º 2-A/2020. **DR I Série**. 57 (2020/03/20) 11(5) - 11(17));
- DECRETO-LEI n.º 34/2012. **DR I Série**. 32 (2012/02/14) 748-749;
- DECRETO-LEI n.º 511/1971. **DR I Série**. 274 (1971/11/22) 1788-1790;
- DESPACHO n.º 10109/2014. **DR II Série**. 150 (2014/08/06) 20233 - 20234;
- DESPACHO n.º 3350/2017. **DR II Série**. 78 (2017/04/20) 7554-7555;
- DESPACHO n.º 5561/2014. **DR II Série**. 73 (2014/04/23) 11123-11124;
- ESTEVES, Anabela; GOMES, A. Rui - Stress ocupacional e avaliação cognitiva: um estudo com forças de segurança. **Saúde e sociedade**. [em linha]. Vol. 22, nº 3 (set. 2013), p.701-713. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300005>

- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK - **An international comparison of the cost of work-related accidents and illnesses**. [em linha]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017. [consultado em 15 dez. 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://osha.europa.eu/en/publications/international-comparison-cost-work-related-accidents-and-illnesses>
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK - **ESENER 2019: What does it tell us about safety and health in Europe's workplaces?** [em linha]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020. [consultado em 15 dez. 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://osha.europa.eu/en/publications/esener-2019-policy-brief/view>
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK^(a) - **Guia da campanha: Gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho**. [em linha]. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. 2013. ISBN 978-92-9240-415-4. [consultado em 15 dez. 2020]. Disponível na WWW: <https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/e7774412-014e-417f-a81f-9577174eec0a>
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK^(B) - **Inquérito de opinião paneuropeu sobre segurança e saúde ocupacional**. [diapositivos]. [s.l.]: EASHW, 2013. [consultado em 15 dez. 2020]. Disponível na WWW: <https://pdfslide.tips/documents/inquerito-de-opiniao-pan-europeu-sobre-seguranca-e-saude-ocupacional.html>
- FARO, André; PEREIRA, Marcos Emanuel – Estresse: revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Vol. 14, nº 1 (2013), p. 78-100.
- FERREIRA, Cláudia Aparecida Avelar [et al.] – O contexto do stress ocupacional dos trabalhadores da saúde, estudo bibliométrico. **Revista de gestão em sistemas de saúde**. [em linha]. Vol. 5, nº 2 (2016), p. 84-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.5585/rqss.v5i2.233>
- FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8383-10-7

- GENUÍNO, Shirley Luanna Vieira P., GOMES, Marcos da Silva & MORAES, Elaine Medeiros de - O estresse ocupacional e a síndrome de Burnout no ambiente de trabalho: suas influências no comportamento dos professores da rede privada do ensino médio de João Pessoa. **Revista Anagrama**. Ano 3, 2ª Ed. (2010), p.1-9.
- GOMES, A. Rui; CRUZ, José Fernando; CABANELAS, Susana - Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 25, nº 3 (2009), p.307-318.
- GONZALÉZ ALVAREZ, Miguel A. - **Stress: temas em psiconeuroimunoendocrinologia**. 2.º ed. São Paulo: Robe Editorial. 2001. ISBN: 978-8573630756
- GRAY-TOFT^(a), Pamela; ANDERSON, James G. - The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. **Journal of Behavioral Assessment**. [em linha]. Vol. 3 (march 1981), p. 11 - 23. [consultado em 15 mar. 2020]. Disponível na WWW: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01321348>
- GRAY-TOFT^(b), Pamela; ANDERSON, James G. - Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. **Social Sciences & Medicine**. [em linha]. Vol.15, nº. 5 (September 1981b), p.639-647. DOI: [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(81\)90087-0](https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90087-0)
- HAAS, Barbara; NATHENS, Avery B. – Pro/con: is the scoop and run approach the best approach to trauma service organization? **Critical Care**. [em linha]. Vol. 12, nº 5 (2008), p.1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/cc6980>
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28-2
- INOUE, Kelly Cristina [et.al] - Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 66, nº 5 (2013), p.722-729. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500013>
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Manual de suporte básico de vida: desfibrilhação automática externa**. [em linha]. Lisboa: INEM, 2017. [consultado em 15 out. 2020]. Disponível na WWW: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-com-Desfibrilha%C3%A7%C3%A3o-Autom%C3%A1tica-Externa.pdf>

- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Plano Estratégico dos Recursos Humanos da Emergência Pré-Hospitalar** [em linha]. Lisboa: INEM, 2010. [Consult. 14 out. 2020]. Disponível em: <https://www.bombeiros.pt/wp-content/uploads/2013/06/Plano-Estrategico-Recursos-Humanos-Emergencia-Pre-Hospitalar.pdf>;
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Relatório anual de 2018: Integração VMER & SIV**. [em linha]. Lisboa: INEM, 2018. [consultado em. 17 dezembro. 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/04/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2018.pdf>>
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Sistema Integrado de Emergência Médica**. [em linha]. Lisboa: INEM, 2013. [Consult. 17 dez. 2020]. Disponível em WWW: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. Departamento de Formação em Emergência Médica - **INEM: uma década a formar condutores de emergência**. [diapositivos]. Carnaxide: INEM, 2019. [consultado em 15 Dez. 2020]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.prociv.pt/bk/Documents/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20INE M.pdf>>
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION - **Workplace stress: A collective challenge**. Geneva: ILO, 2016. ISBN: 978-92-2-130642-9
- LABRADOR, Francisco Javier. **O stress**. Lisboa: Temas da Actualidade, 1992. ISBN 972-748-063-2
- LAZARUS, Richard S - **Psychological stress and the coping process**. New York. McGraw-Hill, 1966.
- LAZARUS, Richard S. - From psychological *stress* to the emotions: a history of changing outlooks. **Annual Review of Psychology**. [em linha]. Vol. 44, (1993), p. 1-21. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan – **Stress, appraisal and coping** New York,: Springer, 1984.

- LIMA, Juliana [et al.] – Saúde dos enfermeiros: presentismo e *stress* no trabalho. **International Journal on Working Conditions**. [em linha]. Nº17 (june 2019), p. 89–107. [consultado em 22 dezembro 2020]. Disponível na WWW: http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.17_Lima.et.al_p.89.107.pdf
- LOPES, Lúcia Marlene Macário; SANTOS, Sandra Maria Pereira dos - Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. " **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, nº. 2 (dez. 2010), p. 181-189
- MARQUES, Lorraine Cichowicz [et al.] - COVID-19: cuidados de enfermagem para segurança no atendimento de serviço pré-hospitalar móvel. **Texto contexto - enfermagem**. [em linha]. Vol. 29, (2020), e20200119. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0119>
- MATEUS, Bárbara Aires - **Emergência médica pré-hospitalar: que realidade**. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-33-2
- MCINTYRE, Teresa Mendonça; MCINTYRE, Scott Elmes ; SILVÉRIO, Jorge - Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. **Análise Psicológica**. Série XVII, nº. 3 (Jul.-Set. 1999), p. 513-527
- MENDONÇA, Minéia Bignardi ; SOLANO, Alexandre Francisco – A pragmática do stress: conceitos e releituras no ambiente empresarial. **Revista Eletrônica Diálogos Acadêmicos**. [em linha]. Vol. 4, nº. 1 (jan.-jun. 2013), p. 57-67. [consultado em 15 dez. 2020]. Disponível na WWW: <URL: <http://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20170627111433.pdf>
- MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; FREITAS, Jairo Francisco de Medeiros; RIBEIRO, Artur Assunção Pereira - Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. **Escola Anna Nery**. [em linha]. Vol. 11, nº 1 (2007), p. 66-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000100009>
- MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEÃO Anamaria Alves - Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [em linha]. Vol13, nº 2 (2005), p. 255-261. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200019>
- OLIVEIRA, Amélia do Sameiro da Silva; MARTINS, José Carlos Amado - Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: significado das experiências. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, nº 9 (2013), p. 115-124. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1287>

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Estatística de membros ativos**. [em linha]. Lisboa: OE, 2020. [consultado em 15 dez. 2020]. Disponível na WWW: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar**. [em linha]. Lisboa: OE, 2007. [consultado em 15 dez. 2020]. Disponível na WWW: <URL:<https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/conteudos/enunciado-de-posi%C3%A7%C3%A3o-sobre-enfermagem-no-pr%C3%A9-hospitalar/>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer nº. 84/2008: proposta de criação do técnico de emergência pré-hospitalar**. [s.l.]: Conselho de Enfermagem, 2008. [consultado em 15 dez. 2020]. Disponível na WWW: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE-84-2008.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento da competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar**. [em linha]. Lisboa: O.E., 2018. [consultado em 15 dez. 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/documentos-legislativos-e-regulamentos-da-oe/>
- PENEREIRO, Júlio César - Algumas considerações de Galileu e respeito das teorias da semelhança física, da resistência dos materiais e das flexões. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**. [em linha]. Vol. 27, nº 2 (2010), p. 288-312. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7941.2010v27n2p290>
- PEREIRA, Maria João - **Fatores desencadeantes de stresse em sala de emergência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2018. Dissertação de mestrado
- PETZOLD, Moris Bruno; PLAG, Jens; STROHLE, Andreas - Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemia. **Der Nervenarzt**. [em linha]. Vol. 1, nº 5 (2020), p. 417 – 421. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>
- PINA, Fernando - Stress, burnout e satisfação profissional dos enfermeiros da VMER. In. CUNHA, Madalena, Coord- **Investigação em Saúde: perspectiva ética, clínica e epidemiológica**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, 2012, p. 175-195. ISBN 978-989-96715-9-1.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - **Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde**. Lisboa. Ministério da Saúde. 2010. (Orientação Técnica; 1)
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde- **Saúde e atividades diárias: medidas gerais de prevenção e controlo da COVID-19**. [em linha]. Lisboa: D.G.S., 2020. [consultado em 10 Jan. 2021]. Disponível na WWW: <URL: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/ManualVOLUME1-1.pdf>
- PRADO, Eliza Papa do - *Estresse ocupacional: causas e consequências*. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. Vol. 14, nº 3 (2016), p. 285-289.
- RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina - A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 58, nº 3 (2005), p. 355-360. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000300020>
- REGULAMENTO N.º 743/2019. **DR II Série**. 184 (2019-09-25) 128 - 155
- REGULAMENTO N.º 226/2018. **DR II Série**. 74 (2018/04/16) 10758 – 10764.
- RIBEIRO, José Luís Pais - **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. 3.º Ed.Porto : Livpsic, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9
- ROBINSON, Alexandra M. - Let's Talk About *Stress*: History of *Stress* Research. **Review of General Psychology**. Nº. 1 (september 2018). DOI: <https://doi.org/10.1037%2Fgpr0000137>
- RODRIGUES, Vitor Manuel Costa Pereira; FERREIRA, Andreia Susana de Sousa - Fatores geradores de estresse em enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 19, nº. 4 (Jul.-Ag. 2011), 9 p.
- ROSSO, E. [et al.] - Avaliação do nível de estresse entre os profissionais de enfermagem atuantes no SAMU de Guarapuava-PR. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. [em linha]. Vol. 7,nº 1 (2014),p. 13-17. [consultado em 21 dez. 2020]. Disponível em WWW: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140602_103709.pdf
- SACADURA-LEITE e Ema E SOUSA-UVA, António. (2012). Fatores indutores de *stress* em profissionais de saúde. **Saúde & Trabalho**. Vol. 8 (2012), p. 7-22.
- SANTOS, José Manuel Oliveira dos; TEIXEIRA, Zélia de Macedo - The nursing stress scale: desenvolvimento da versão portuguesa da escala. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. Nº 18 (Ag. 2008), p. 29-40

- SANTOS, José Manuel; TEIXEIRA, Zélia - O stress profissional dos enfermeiros. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Nº. 6 (2009), p. 368-378
- SAVECA, Paulo Tibério Armando; MONTERO Fernando Pacheco; TEMBE Vicente Alfredo -O stress ocupacional como factor principal de risco psicossocial no ambiente de trabalho. **Portal dos Psicólogos**. [em linha]. (junho 2020). [consultado em 14 dez. 2020]. Disponível em WWW: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1409.pdf>
- SELYE, Hans - A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. **Nature**. Vol. 138, nº32 (1936). DOI: <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- SELYE, Hans - An attempt at a natural classification of the steroids. **Nature**. Vol. 151, (1943), p. 662 – 663. DOI: <https://doi.org/10.1038/151662a0>
- SERRA, Adriano Vaz - **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 1999. ISBN 972-95003-2-0
- SILVA, M. [et al.] - Engagement e Satisfação dos Enfermeiros do pré-hospitalar. **Revista Portuguesa de Saúde Mental**. [em linha]. Especial 7 (2019), p. 25-30. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0243>
- SILVA, Maria da Conceição de Melo; GOMES, António Rui da Silva - Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. **Estudos de Psicologia (Natal)**. [em linha]. Vol. 14, nº 3 (2009), p. 239-248. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300008>.
- SOUSA, Alana Tamar Oliveira de; SOUZA, Eudes Rodrigues de ; COSTA, Isabelle Cristinne Pinto - Riscos ocupacionais no atendimento pré-hospitalar móvel: produção científica em periódicos online. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. [em linha]. Vol. 18, nº 2 (2014), p. 167-174. [consultado em 10 fev. 2020]. Disponível na WWW: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/15654>
- STORA, Jean Benjamin - **O stress**. Porto: Rés, 1990.
- SUKUMARAN, S. [et al.] - Prehospital trauma management: a national study of paramedic activities. **Emergency Medicine Journal**. [em linha]. Vol. 22, nº. 1 (jan. 2005), p. 60–63. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136%2Femj.2004.016873>

- TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza [et al.] - A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & saúde coletiva**. [em linha]. Vol. 25, nº 9 (set. 2020), p. 3465-3474. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- TEIXEIRA, L.B. [et.al] - Estresse ocupacional na enfermagem atuante na unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**. [em linha]. Vol. 19, nº 2 (julio- diciembre 2017), p.195-211. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.eoea>
- THEME FILHA, Mariza Miranda; COSTA, Maria Aparecida de Souza; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues - Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 21, nº. 2 (mar.-abr. 2013). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1169201300020000>
- TORRÃO, Susana – **Anjos na Guerra: a aventura das enfermeiras paraquedistas portuguesas**. [s.l.]: Editora Oficina do Livro 2011. ISBN: 978-989-555-780-6.
- WOLD HEALTH ORGANIZATION - **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report 2020**. [em linha]. [consultado 20 fevereiro 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

Anexo I

Declaração de autorização, por parte do autor, para uso da ESPE

DECLARAÇÃO

A fim de ser utilizada pelo Senhor Enfermeiro Manuel Filipe Soares Valente no estudo que pretende desenvolver no âmbito da sua tese de Mestrado subordinada ao tema Stress nos Enfermeiros no exercício de funções nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VII Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo), declaro autorizar a utilização da Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros.

Universidade Fernando Pessoa, 24 de outubro de 2019



José Manuel Santos

Anexo II

Autorização para realização do estudo, INEM

e: Luis Manuel Patrício Ladeira <luis.ladeira@inem.pt>

Enviado: 10 de dezembro de 2020 13:30

Para: Marcio Silva <marcio.silva@inem.pt>

Cc: Rui Rocha <rui.rocha@inem.pt>; Maria de Fátima Lopes Cordeiro Rato <fatima.rato@inem.pt>

Assunto: Pedido de Acesso a Dados - DI 02856/2020 - Estudo "Stress dos Enfermeiros em meio VMER"

Exmo. Sr. Enfermeiro Márcio Silva

A atuação do INEM I.P. é, por via das suas atribuições legais, repleta de uma elevada riqueza tecnológica e científica, da qual emergem evidências que *permitem* nortear e melhorar a prestação de cuidados de emergência, sendo de profundo interesse institucional a colaboração em projetos de investigação científica e académica, na área da emergência médica.

De acordo com a Deliberação nº 14/2019 do Conselho Diretivo (CD) do INEM IP, compete ao Departamento de Emergência Médica (DEM) a nomeação de um interlocutor/orientador interno que, sempre que indicado, **acompanhe do percurso da investigação junto do Investigador**, por forma a garantir o **adequado apoio institucional**, bem como o **cumprimento dos pressupostos vertidos no requerimento do pedido de acesso a dados** em questão e permitindo igualmente que seja possível **retirar contributos dos resultados da investigação a nível estratégico**, na perspetiva de melhoria continua da atividade assistencial do INEM, alicerçada na melhor evidência científica.

O Conselho Diretivo deliberou autorizar o pedido de acesso a dados realizado pelo Enfermeiro Manuel Filipe Soares Valente, conforme consta no DI 02856.2020, encarregando-me a Exma. Sra. Responsável do DEM, Dr.ª. Fátima Rato, de o nomear como Orientador Interno deste estudo, cujo tema é: "Stress dos Enfermeiros em meio VMER"

O resultado deste pedido deverá ser comunicado ao Requerente, estabelecendo, desde já, a ponte entre o Requerente e o Orientador.

Disponível para qualquer questão.

Com os melhores cumprimentos.

Luis Manuel Ladeira

Enfermeiro

Departamento de Emergência Médica

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, I.P.

Rua Almirante Barroso, 36, 1000-013 Lisboa, PORTUGAL

TEL +351 21 350 81 00 FAX +351 21 350 50 87

www.inem.pt

Apêndice I

Questionário utilizado no estudo

Link - https://docs.google.com/forms/d/1-SIZNVtBGw8-AICRVDrhDnRzCXsbyWY0SxxV_AA2TBc/prefill

Questionário sobre Stress nos enfermeiros em meio VMER

Caro(a) Colega Enf^{o(a)}

Chamo-me Manuel Filipe Soares Valente, sou Enfermeiro, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação sobre o Stress nos Enfermeiros no exercício de funções nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação.

É Objetivo deste trabalho, estudar os fatores stressantes dos Enfermeiros no exercício profissional em meio VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação).

Deste modo, venho convidá-lo(a) participar, no estudo em causa, através do preenchimento do formulário que se segue, onde a demora média de resposta é de dez (10) minutos.

Algumas **Instruções fundamentais**:

1. **A veracidade das suas respostas é fundamental** para a credibilidade dos resultados que vierem a ser produzidos;
2. **Não deixe de ler com a máxima atenção as instruções** que se encontram no **início de cada uma das partes** que constituem este questionário;
3. Tanto quanto possível, **não deixe questões por responder**.

A recolha de dados será efetuada através de plataforma online, e os resultados obtidos serão utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dele decorram. Será salvaguardado sempre o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações transmitidas pelos mesmos.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo recusar-se a participar ou podendo retirar o seu consentimento a qualquer momento sem precisar justificar e sem qualquer consequência.

O presente questionário encontra-se dividido em três (3) partes;

- Dados sócio-demográficos e profissionais;
- Escala Stress Profissional dos Enfermeiros;
- Experiência Pessoal em relação fatores stressantes.

O investigador principal encontra-se disponível para qualquer esclarecimento adicional através do endereço de email – enfermeirovalente@gmail.com ou pelo número de 936518150.

Agradeço a sua colaboração na concretização do presente estudo.

Com os melhores cumprimentos

Filipe Valente (estudante do VI MEMC e investigador principal)

Consentimento Informado, esclarecido e Livre

Nos termos da norma N.º 015/2013 da direcção Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Declaro ter lido e compreendido este documento, aceito participar no estudo intitulado "Stress nos Enfermeiros em meio VMER", e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram, com base nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

☐ Considero-me informado(a) e aceito participar neste estudo

Parte A

Esta Parte do questionário apresenta um conjunto de questões cujas respostas o caracterizam sucintamente nos aspetos mais relevantes para este estudo. Preencha para cada uma delas o quadrado correspondente à resposta que pretende dar, ou reposta simples no espaço ____.

1. Género:

☐ - Masculino

☐ - Feminino

2. Idade: ____ Anos

3. Estado civil:

☐ - Casado(a)/União de facto

☐ - Solteiro(a)

☐ - Divorciado(a)

☐ - Viúvo(a)

4. Habilitações académicas:

☐ - Bacharelato

☐ - Licenciatura

☐ - Mestrado

☐ - Doutoramento

5. Habilitações profissionais:

☐ - Pós Graduação

☐ - Especialidade

6. Tempo de exercício profissional: ____ Anos

7. Tempo de exercício profissional em meio VMER: ____ Anos

8. Serviço hospitalar onde trabalha;_____.

Parte B

Esta Parte do questionário apresenta um conjunto de situações que, com alguma frequência, ocorrem no decorrer do exercício profissional. Preencha para cada uma delas, o respectivo círculo (O) no ponto da escala que considerar mais de acordo com a resposta que pretende dar.

Note bem:

* Não lhe peço que me diga “com que frequência estas situações acontecem no seu Serviço”. O que lhe peço é que indique, para cada situação, “qual a frequência com que a sente (quando acontece) como stressante”.

Exemplo para a questão 1:

Não lhe estou a perguntar “Com que frequência há uma avaria informática no seu Serviço”. O que pretendo é que me responda se, quando há uma avaria informática,

1. Nunca sente a situação como stressante;
2. Ocasionalmente, sente a situação como stressante;
3. Frequentemente, sente a situação como stressante;
4. Muito frequentemente, sente a situação como stressante.

Escala de Stress Profissional dos Enfermeiros	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
1 - Avaria Informática	1	2	3	4
2 – Ser criticado por um médico	1	2	3	4

3 – Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos	1	2	3	4
4 – Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos	1	2	3	4
5 – Conflito com um superior hierárquico	1	2	3	4
6 – Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte	1	2	3	4
7 – Falta de oportunidade para falar abertamente com os outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço	1	2	3	4
8 – A morte de um doente	1	2	3	4
9 – Conflito com um médico	1	2	3	4
10 – Receio de cometer erros ao tratar de um doente	1	2	3	4
11 – Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa de serviço	1	2	3	4
12 – A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade	1	2	3	4
13 – Ausência do médico quando um doente morre	1	2	3	4
14 – Desacordo em relação ao tratamento de um doente	1	2	3	4
15 - Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais	1	2	3	4
16 – Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa os sentimentos negativos sobre o doente	1	2	3	4
17 – Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente	1	2	3	4
18 – Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente	1	2	3	4
19 – Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente	1	2	3	4
20 – Ser mobilizado para outro serviço para suprimir falta de pessoal	1	2	3	4
21 – Ver um doente em sofrimento	1	2	3	4
22 – Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular de outro serviço	1	2	3	4

23 – Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente	1	2	3	4
24 – Receber críticas de um superior hierárquico	1	2	3	4
25 – Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho	1	2	3	4
26 – Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente	1	2	3	4
27 – Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo	1	2	3	4
28 – Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente	1	2	3	4
29 – Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular do mesmo serviço	1	2	3	4
30 – Falta de tempo para executar todas actividades de enfermagem	1	2	3	4
31 – Ausência do médico perante uma situação de emergência médica	1	2	3	4
32 – Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento	1	2	3	4
33 – Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado	1	2	3	4
34 – Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço	1	2	3	4

Parte C

1 - Dada a especificidade do exercício da profissão no meio extra-hospitalar em contexto VMER, enumere 3 fatores por ordem de importância, ou seja do mais importante para o menos importante que considere stressantes no seu desempenho profissional (não enumerados na escala previamente preenchida);

a) _____

b) _____

c) _____

2 - Dada a especificidade do exercício da profissão no meio extra-hospitalar em meio VMER e com base na sua experiência, enumere 3 sugestões por ordem de importância, ou seja do mais importante para o menos importante que considere importantes para a gestão dos fatores stressantes no seu desempenho profissional;

a) _____

b) _____

c) _____

Muito obrigada pela sua colaboração.

Apêndice II

Teste de Normalidade

Teste de normalidade

Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (tabela 25) verificamos que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente (Percepção dos fatores causadores de *stress*), não se encontra enquadrada na normalidade em uma das suas dimensões, nomeadamente, Ambiente Físico ($p < 0,05$).

Visto isto, aleado ao tamanho relativamente pequeno da amostra (67 elementos), e pela análise dos gráficos (gráfico 3) somos obrigados a assumir a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para as dimensões, o que nos limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Tabela 25 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
	Estatísticas	p
ESPE total	0,064	0,200
Ambiente Físico	0,122	0.015*
Ambiente Psicológico	0,071	0.200
Ambiente Social	0,092	0.200

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Gráfico 3 – Histogramas das dimensões da Escala da Percepção dos Fatores Causadores de Stress, com curva de normalidade

