

Brad Manuel da Silva Ferreira

A Ansiedade, Stress e Sintomas Depressivos nos Enfermeiros
do Serviço de Urgência:
Um estudo descritivo-exploratório

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2020

Brad Manuel da Silva Ferreira

A Ansiedade, Stress e Sintomas Depressivos nos Enfermeiros
do Serviço de Urgência:
Um estudo descritivo-exploratório

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2020

Brad Manuel da Silva Ferreira

A Ansiedade, Stress e Sintomas Depressivos nos Enfermeiros
do Serviço de Urgência:
Um estudo descritivo-exploratório

Assinatura :

(Brad Manuel da Silva Ferreira)

Trabalho apresentado à
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de licenciatura
em Enfermagem

Sumário

Este trabalho de investigação foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Projeto de Graduação”, do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade Fernando Pessoa (UFP), no ano letivo 2019/2020, e visou colocar em práticas os conhecimentos adquiridos na UC de Métodos e Técnicas de Investigação e permitir um primeiro contacto com a implementação do processo de investigação.

Este projeto teve como tema a ansiedade, stress e sintomas depressivos nos enfermeiros do serviço de urgência e o objetivo consistiu em avaliar quais os níveis de stress, ansiedade e sintomas depressivos dos enfermeiros de serviços de urgência com recurso às Escalas de Ansiedade Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21).

Quanto ao desenho da investigação, tratou-se de um estudo descritivo-exploratório, assente num paradigma quantitativo, com recurso a uma técnica de amostragem em bola de neve, acedendo-se aos potenciais participantes por e-mail, tendo-lhes sido enviado um questionário criado no Google Forms, e a análise estatística de dados foi realizada com recurso ao IBM SPSS versão 25.0.

Os resultados apontaram para que, numa amostra de 42 enfermeiros de serviços de urgência, 33 apresentavam sintomas depressivos dentro dos padrões de normalidade, dois apresentavam sintomas depressivos ligeiros, seis apresentavam sintomas depressivos moderados, e um apresentava sintomas depressivos graves.

No que diz respeito ao nível de ansiedade, concluiu-se que 27 apresentavam sintomas de ansiedade dentro dos padrões de normalidade, seis apresentavam sintomas de ansiedade

ligeira, três apresentavam sintomas de ansiedade moderada, quatro apresentavam sintomas de ansiedade grave, e dois apresentavam sintomas de ansiedade muito grave.

Para finalizar, quanto ao nível de stress nos enfermeiros, concluiu-se que 31 apresentavam sintomas de stress dentro dos padrões de normalidade, cinco apresentavam sintomas de stress ligeiros, e seis apresentavam sintomas de stress moderados. Face a estes resultados parece importante prestar particular atenção a estes sintomas, eventualmente criar programas de promoção da saúde mental que possam ajudar estes enfermeiros a gerir melhor as suas emoções, criar mecanismos que permitam a deteção precoce de sintomas patológicos e, acima de tudo, tentar perceber quais são as causas laborais que podem estar por detrás destes sintomas, para que posteriormente seja possível otimizar os locais de trabalho de modo a permitir uma melhor saúde mental dos enfermeiros que, dizem os estudos, se traduz também em menos erros, no aumento da segurança do utente, e na melhoria dos cuidados prestados.

Palavras-Chave: Ansiedade; Depressão; Stress; Enfermeiros; Serviço de Urgência

Abstract

This research work is carried out within the scope of the Curricular Unit (UC) "Graduation Project", of the 4th year of the Nursing Degree Course at FCS-UFP, in the academic year 19/20 and aims to put into practice the knowledge acquired at UC MTI and allow a first contact with the implementation of the investigation process. This project has the theme "Anxiety, Stress and Depressive Symptoms in Nurses in the Emergency Department" and the objective is to know what the levels of stress, anxiety and depressive symptoms in nurses in the emergency department were made possible through the instrument used. which was EADS-2.

The levels of stress, anxiety and depressive symptoms and after a recoding of the variables proposed by Lovibond and Lovibond (1995), classifying the levels: of depressive symptoms in normal, mild moderate and severe; stress levels in normal, mild and moderate; anxiety levels in normal, mild, moderate, severe and very severe.

Thus, it can be concluded that, in a sample of 42 nurses in the emergency department, 33 have depressive symptoms within the normal range, two have mild depressive symptoms, six have moderate depressive symptoms, and one has severe depressive symptoms.

With regard to the level of anxiety, it can be concluded that 27 have symptoms of anxiety within the normal range, six have symptoms of mild anxiety, three have symptoms of moderate anxiety, four have symptoms of severe anxiety, and two have symptoms of very severe :

Finally, regarding the level of stress in nurses, it can be concluded that 31 have symptoms of stress within the normal range, five have symptoms of mild stress and six have symptoms of moderate stress. Facing these results seems important to pay special

attention to these symptoms, to create mental health promotion programs that can help these nurses to use the best emotions, to create mechanisms that allow the early detection of pathological symptoms and, above all, to try to understand what they are. the causes that affect workers, who may be harming these symptoms, so that later it is possible to optimize the workplaces in order to allow better mental health for nurses, which, case studies, also translate into fewer errors, without increasing user safety, and improving the care provided.

Key words: Anxiety; Depression; Stress; Nurses; Emergency Service

Agradecimentos

Com o percurso académico a chegar ao fim , não posso deixar de agradecer a todos aqueles que contribuíram para a sua realização e cujo contributo foi essencial, dentro e fora do âmbito académico.

Quero desde já agradecer ao meu orientador, Professor Francisco Sampaio por todo o apoio, disponibilidade e dedicação.

Aos meus colegas de curso, pelo companheirismo e apoio durante o percurso académico e pelos excelentes anos de convívio, em especial ao Isabel, Rui, Andreia, Filipe, Dolores.

Aos meus amigos da minha primeira matrícula no curso de enfermagem, que já sendo enfermeiros contribuíram diretamente e indiretamente para a construção deste projeto de investigação e para o meu percurso durante estes 4 anos da Licenciatura de Enfermagem.

E por ultimo, não poderia de deixar de agradecer á casa que me acolheu, a universidade Fernando Pessoa e a todos os outros Professores que me acompanharam durante a Licenciatura e certamente me transmitiram as temáticas em estudo da melhor forma possível.

Lista de abreviaturas, Siglas e Símbolos

UC-Unidade Curricular

FCS-Faculdade de Ciências da Saúde

UFP- Universidade Fernando Pessoa

DSM-IV-TR- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EASD-21- Escala da Ansiedade, Stress e Depressão

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introdução..... | 14 |
| I. Fase Concetual | 16 |
| 1. Revisão de Literatura | 16 |
| 1.1 Ansiedade | 16 |
| 1.2. Sintomas Depressivos | 19 |
| 1.3. Stress | 22 |
| 1.3.1. O stress como resposta | 23 |
| 1.3.2. O stresse como estímulo | 24 |
| 1.4. Ansiedade, Stress e Sintomas Depressivos nos enfermeiros..... | 24 |
| 1.5 Ansiedade, stress e sintomas depressivos nos enfermeiros de serviços de urgência | 26 |
| 1.5. Pertinência do Estudo | 28 |
| 1.6. Objetivos Gerais | 28 |
| 1.6.1. Objetivos Específicos | 29 |
| 1.7. Questões de Investigação | 29 |
| II. Fase Metodológica..... | 30 |
| 2.1. Desenho da Investigação | 30 |
| 2.2. Meio | 31 |
| 2.3. População e Amostra | 31 |
| 2.4. Variáveis em estudo | 32 |
| 2.4. Instrumento de recolha de dados..... | 33 |
| 2.5. Tratamento e Apresentação de Dados..... | 34 |
| 2.6. Princípios Éticos..... | 35 |
| III. Fase Empírica | 37 |
| 3.1. Apresentação de resultados..... | 37 |
| 3.1.1 Caraterização Sociodemográfica e Clínica..... | 37 |
| 3.1.2 Níveis de ansiedade, stress e sintomas depressivos dos enfermeiros de serviços de urgência..... | 42 |
| 3.2. Discussão dos resultados | 45 |
| IV. Conclusão..... | 51 |
| Referências Bibliográficas..... | 53 |
| | |
| ANEXO I - Questionário Sociodemográfico..... | 57 |
| | |
| ANEXO II – Autorização Comissão de Ética | 61 |
| | |
| ANEXO III – Consentimento Informado..... | 63 |

Índice de Gráficos

| | |
|--|-----|
| Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo sexo..... | 36 |
| Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo estado civil..... | 37 |
| Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo grau académico..... | 37 |
| Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo tem alguma especialidade em Enfermagem..... | 38 |
| Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo proximidade do local de trabalho..... | 39 |
| Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo a questão "Tem filhos?"..... | 39 |
| Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo a questão tem ou já teve algum distúrbio do foro mental?..... | 40 |
| Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo a questão "se respondeu sim á questão anterior, indique qual?"..... | 40 |
| Gráfico 9 – distribuição da amostra quanto á EADS- Nível de Sintomas Depressivos | 42- |
| Gráfico 10 – distribuição da amostra quanto á EADS- Nível de Ansiedade | 43 |
| Gráfico 11 – distribuição da amostra quanto á EADS- Nível de Stress..... | 44- |

Índice de tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo questões sobre a ausência ou presença de Stress, Sintomas Depressivos e Ansiedade..... | 41 |
| Tabela 2 - Distribuição da amostra para as escalas EADS..... | 42 |
| Tabela 3 –Comparação entre o Estudo da amostra e o Estudo 2 (Moreira et al., 2020) e Estudo 3 (Pinto <i>et al.</i> , 2015)..... | 46 |

Introdução

Este trabalho de investigação foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Projeto de Graduação”, do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade Fernando Pessoa (UFP), no ano letivo 2019/2020, e visou colocar em práticas os conhecimentos adquiridos na UC de Métodos e Técnicas de Investigação e permitir um primeiro contacto com a implementação do processo de investigação.

Enquanto aluno do 4ºano, e principal investigador deste projeto, decidiu-se escolher o tema da ansiedade, sintomas depressivos e stress nos enfermeiros de Serviços de Urgência. A escolha deste tema partiu da experiência do investigador no Ensino Clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência II, no qual se ficou com a perceção empírica de que poderiam existir níveis elevados de ansiedade, stress e/ou sintomas depressivos nos enfermeiros. Assim, decidiu-se realizar um estudo para avaliação desses mesmos níveis de ansiedade, sintomas depressivos e stress, no qual o público-alvo foram os enfermeiros de serviços de urgência.

O objetivo do relatório do presente projeto de graduação passa por apresentar o estado da arte relativamente à ansiedade, stress e sintomas depressivos dos enfermeiros em exercício de funções em contexto de Serviços de Urgência, bem como os métodos utilizados para a sua avaliação e os resultados decorrentes dessa mesma avaliação.

Sob o ponto de vista estrutural, o presente documento apresenta as seguintes partes: fase concetual, fase metodológica, fase empírica, e conclusão.

Na fase concetual apresenta-se a definição dos conceitos de ansiedade, stress e sintomas depressivos sendo estes essenciais para a melhorar compreensão do presente estudo, fazendo-se de seguida uma contextualização do tema com recurso à apresentação do estado da arte acerca da ansiedade, stress e sintomas depressivos nos enfermeiros, e particularmente, nos enfermeiros que exercem funções em contexto de Serviços de Urgência. Ainda na fase concetual apresentam-se os objetivos do estudo, bem como as questões de investigação que o norteiam.

Na fase metodológica são descritas as variáveis do estudo, os instrumentos utilizados para a colheita de dados, que procedimentos foram utilizados para a colheita de dados e, finalmente, a previsão da análise estatística e as questões éticas inerentes ao estudo.

Na fase empírica serão enunciados os resultados da investigação após tratamentos dos dados recolhidos, bem como a discussão desses mesmos resultados.

Finalmente, na conclusão apresentam-se os principais achados do estudo realizado, bem como os potenciais contributos / implicações do estudo para a Enfermagem.

I. Fase Concetual

Segundo Fortin (2003, p.39) a fase concetual: “(...) refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo”.

1. Revisão de Literatura

Esta fase passa por uma revisão da leitura que é essencial em todos os estádios da concetualização da investigação, em seguimento da formulação das questões de investigação. Desta forma, para a realização deste projeto de investigação foi efetuada uma pesquisa documental em diferentes fontes, selecionando-se sempre os documentos considerandos mais pertinentes.

Nos subcapítulos seguintes será apresentada a definição dos conceitos de ansiedade, stress e sintomas depressivos visando objetivo elucidar o leitor sobre a temática em estudo.

1.1 Ansiedade

O termo ansiedade deriva do latim “anxius” que significa agitação e angústia, sendo que este termo deriva de uma outra palavra latina, “angere” que significa sufocar ou estrangular, daí que se possa referir à sensação de sufoco, frequentemente sentida pelos sujeitos ansiosos (Beck et al., 1985).

Segundo Holmes (1997), a ansiedade pode ser descrita como um sinal de alerta quando surge um conflito interno, cujo objetivo é alertar sobre um perigo iminente fornecendo desta forma ferramentas ao sujeito para que se possa defender da ameaça.

A ansiedade pode ser caracterizada como um estado emocional composto por componentes psicológicos e fisiológicos, que contribuem para o normal desenvolvimento da experiência humana. Esta pode ser considerada como uma reação natural e essencial para a autopreservação, que permite que em situações de perigo o organismo se adapte. No entanto, caso seja excessiva, pode causar consequências para o sujeito, porque em vez de contribuir para a confrontação da situação que causa ansiedade, limita ou impossibilita a capacidade de adaptação. Posto isto, a ansiedade não deve ser considerada má *per se*, pois só existe um problema quando ocorre um desequilíbrio que pode ser causado quando existe em excesso ou em reduzida quantidade, o que conduz a um stress improdutivo ou a um organismo que está impossibilitado de se defender (Parreira, 2008).

May (1980) considera que a ansiedade é uma experiência subjetiva numa situação desastrosa em que a pessoa, perante uma situação, não pode fazer face às suas exigências e sente uma ameaça à sua própria existência, assim como aos valores que considera essenciais.

O estado de ansiedade são experienciados de formas diferentes em termos de intensidade e duração. A ansiedade em níveis moderados pode ser caracterizada por sentimentos de nervosismo, tensão e apreensão, enquanto que altos níveis de ansiedade pode estar associada a sentimentos de pavor e medo, em que a pessoa apresenta um comportamento de pânico. A percepção por parte da pessoa do agente causador de stress está diretamente relacionada com a intensidade dos estados de ansiedade. Mesmo em situações nas quais a situação não é ameaçadora do ponto de vista objetivo, pode ocorrer um estado de ansiedade intensa, caso a pessoa interprete a situação como uma ameaça à sua autoestima e ao bem-estar (Spielberger, 1966; 1979).

Segundo o DSM-IV-TR a ansiedade encontra-se presente, entre outras, nas perturbações da ansiedade. A perturbação de ansiedade generalizada é caracterizada pela presença de sintomas de ansiedade que estão relacionados com uma preocupação constante acerca de vários domínios, tais como o desempenho no trabalho ou o desempenho escolar. Para além disso, estes acontecimentos têm de perdurar pelo menos há seis meses, sendo que a

pessoa tem dificuldade em gerir e controlar estas preocupações. Para além de apresentar ansiedade e preocupação, o sujeito tem de ter três ou mais dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldades de concentração ou “mente vazia”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbações no sono. (American Psychiatric Association, 2002).

É importante referir, quanto ao tópico anterior, no qual é utilizado o DSM (manual de diagnósticos médicos), que este classifica patologias e não sintomas, sendo que a ansiedade, no presente estudo pretende ser estudada enquanto sintoma, e não enquanto perturbação de ansiedade (patologia médica). Assim, e pese embora a ansiedade esteja presente nas perturbações de ansiedade, esta pode também estar presentes noutras patologias psiquiátricas como, por exemplo, a Perturbação Depressiva *Major*.

O Modelo Cognitivo de Beck para a ansiedade consiste em descrever os seus processos e mecanismos. Segundo este modelo, a ansiedade deve-se ao facto de o processamento de informação ter como base esquemas disfuncionais, que resultam em erros na interpretação dos estímulos, o que conduz a uma avaliação perigosa e potencialmente ameaçadora para o sujeito (Beck & Clark, 1997). Segundo Beck et al. (1985), a forma como o processamento de informação é realizada constitui a base deste modelo. Desta forma, conseguiu-se estabelecer um padrão complexo constituído por quatro aspetos: o primeiro reporta-se às situações em que surge um alerta com o objetivo de preparar a fuga ou mobilizar a defesa quando a pessoa está exposta a um perigo percebido; o aspeto comportamental, no qual ocorre a mobilização no sentido de a pessoa “fugir” e de se defender do perigo percebido; o aspeto afetivo/cognitivo, no qual ocorrem sentimentos como o medo e a apreensão; e por último, o aspeto cognitivo, no qual surgem sintomas sensorio-perceptivos (sentimentos como os de irrealidade, de hipervigilância e diminuição da consciência de si), dificuldade de pensamento (dificuldades na concentração, incapacidade em controlar o pensamento, bloqueio e dificuldades em raciocinar), sintomas concetuais (distorções cognitivas, crenças relacionadas com o medo, imagens terríficas e pensamentos automáticos negativos). Desta forma, existe a atribuição de significados ameaçadores a estímulos neutros. Quanto ao sistema de processamento de

informação, Beck estabeleceu três modos de funcionamento: o registo inicial ou modo de orientação e reconhecimento dos estímulos, no qual é atribuído a cada estímulo uma valência, prioridade e recursos de atenção; a preparação imediata ou modo primário de processamento da ameaça, cujo objetivo é assegurar a sobrevivência do indivíduo, aumentando os indicadores de segurança que fazem diminuir o perigo e que atribuem um significado à ameaça suportada por informações incompletas; e a elaboração secundária ou modo metacognitivo, em que há a avaliação da possibilidade e da eficácia dos mecanismos de *coping* existentes face à ameaça (Beck & Clark, 1997).

Assim, pode concluir-se que a ansiedade está presente quando o sujeito percebe um perigo ou ameaça, sendo que esta resulta da avaliação cognitiva realizada pelo mesmo (Beck & Clark, 1997).

1.2. Sintomas Depressivos

A palavra depressão provém do latim “deprimere”, que significa abatimento, diminuição, afundamento. Este conceito surge do termo melancolia, utilizado por Hipócrates, em que este considerava que o estado melancólico era causado por excesso de bÍlis negra. Na viragem do séc. XIX surge Kraepelin que, de forma a clarificar este tema da melancolia, estabeleceu uma divisão entre a psicose manÍaco-depressiva e a demência precoce, que serviu como base para os modelos atuais da depressão. O responsável por propor uma alteração no termo melancolia para depressão foi Adolf Adler que, descrevendo que as perturbações depressivas correspondem a reações mal-adaptativas ao stress ambiental, introduziu o conceito de reatividade na depressão (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

É importante realçar, contudo, que o presente estudo se foca nos sintomas depressivos e não na depressão enquanto diagnostico médico, no entanto, é importante conhecer as diferenças entre ambas.

A depressão pode surgir enquanto sintoma, enquanto síndrome e enquanto doença. A depressão enquanto sintoma pode estar presente em alguns casos clÍnicos, entre eles a perturbação de stress pós-traumático, a demência, a esquizofrenia, o alcoolismo, entre outras, acrescentando ainda que estes sintomas poderão surgir face a situações stressantes ou a situações relacionadas com circunstâncias sociais ou económicas. (Del Porto, 1999).

Quanto à depressão enquanto síndrome, esta não só inclui alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), como também inclui uma panóplia de outros aspetos, entre os quais as alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) (Del Porto, 1999).

Os sintomas da depressão poderão dividir-se em emocionais, cognitivos, físicos e motivacionais. Os sintomas emocionais podem ser caracterizados pela tristeza, abatimento, assim como pela diminuição ou perda total do prazer que era obtido nas atividades do quotidiano que antes eram executadas com satisfação. Quanto aos sintomas cognitivos, estes podem ser definidos como pensamentos negativos acerca de si mesmo que conduzem a uma baixa autoestima, desesperança sobre a vida futura, diminuição da concentração e da memória. Relativamente aos sintomas físicos, estes podem ser caracterizados pelo cansaço excessivo, pelas alterações de apetite e no sono, e mal-estar geral causado pelo aumento de dores. Para finalizar, os sintomas motivacionais podem ser descritos com falta de iniciativa e total inércia perante a situação (Atkinson, 2002).

Segundo a classificação do DSM-IV-TR (Diagnostic Statistical Manual), a depressão é uma perturbação do humor e o Episódio Depressivo *Major* é caracterizado pela presença de humor depressivo, diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades diárias; perda ou aumento de peso significativo num curto espaço de tempo; insónia ou hipersónia; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpabilidade excessiva ou inapropriada; diminuição das capacidades de pensamento, concentração ou indecisão; e pensamentos recorrentes relacionados com a morte, ideação suicida recorrente, ou tentativa ou plano para cometer suicídio. Todas estas características devem estar presentes em todos ou quase todos os dias e é necessária a presença de pelo menos cinco destes sintomas durante duas semanas. Além disso, o sujeito tem de manifestar mal-estar significativo ou alterações no funcionamento social, ocupacional ou noutra área relevante, e os sintomas não se podem dever aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância de abuso ou de um estado físico geral (American Psychiatric Association, 2002).

Na década de 1960 foi criado um modelo cognitivo-comportamental, por Aaron Beck, sobre a depressão, que descreve de forma clara os mecanismos e processos relativamente a esta. Assim, segundo Beck (1976), a depressão surge a partir de uma vulnerabilidade cognitiva decorrente das experiências iniciais da vida, que resultaria da formação de esquemas disfuncionais considerados negativistas, os quais, quando ativados, influenciam a interpretação que o indivíduo faz acerca dos eventos.

Ainda assim, a compreensão da origem dos sintomas depressivos dessa teoria não é linear/causal (cognição negativa → depressão). Não obstante, pressupõe-se que os acontecimentos da vida, conjuntamente com os pensamentos, comportamentos e estados de humor, estão interconectados e influenciam-se reciprocamente. Ademais, os *life events* contribuem para a formação de padrões de processamento de informações (esquemas) que podem predispor os indivíduos a vulnerabilidade e manutenção da depressão (Beck et al., 1997).

Este modelo organizou-se em três domínios de modo a melhor explicar a depressão: a tríade cognitiva, esquemas/crenças centrais, e distorções cognitivas.

O modelo proposto por Beck (1967) pressupõe a existência de uma tríade cognitiva (visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro) para explicar o fundamento psicológico da depressão. Segundo Beck (1967), as interpretações disfuncionais, denominadas erros cognitivos, apresentam relação com o sofrimento e desesperança evidenciados no quadro depressivo, além de estar relacionadas com um conjunto de sintomas proeminentes na depressão. Os esquemas disfuncionais, representados pela referida tríade, são ativados quando surgem situações de dificuldade, tais como, reações de humor negativas e, conseqüentemente, comportamentos mantenedores dessas reações. Assim, percebe-se que a ativação dos referidos esquemas desadaptativos influencia o processamento de informação e, conseqüentemente, a percepção da realidade, de forma que o indivíduo confirma os conceitos depressivos (Feliciano & Moretti, 2015; Rodrigues & Horta, 2012). Os esquemas são formados nas primeiras vivências infantis e fortalecidos ao longo da história de vida, sendo considerados fatores de mediação e predisposição à vulnerabilidade e ao desenvolvimento da depressão. Eles são formados nos primeiros anos de vida a partir de situações com significativa carga emocional, e fortalecidos ao

longo da história de vida, influenciando cognições, comportamentos e estados de humor (Freeman & Oster, 2007). De forma geral, o utente depressivo interpreta negativamente os eventos, pressupondo resultados desfavoráveis (distorções cognitivas). Tal perceção influencia os padrões de comportamentos depressivos, que são reforçados por interpretações subsequentes, que se relacionam com baixa autoestima, sentimentos pessoais de inadequação e desesperança (Powell et al., 2008).

1.3. Stress

O stress é um estado emocional que suporta diversas emoções, isoladas ou aglomeradas, caracterizado por um longo período de permanência, que está diretamente ligado ao estilo de vida exigido pela sociedade atual (Guerra, 2000).

Foi Hans Selye quem criou, de forma organizada, o primeiro conceito de stress, definindo-o como uma reação do organismo à tensão para dar resposta a estímulos diversos que ameaçam exceder as capacidades do indivíduo para lidar com os mesmos, respondendo o sistema psicofisiológico do indivíduo de forma geral (Cunha et al., 2007).

Embora geralmente conotado como algo negativo, o stress pode também muitas vezes ser útil, no caso de situações intermédias de stress, pois pode funcionar como um impulso, que ajuda o indivíduo a melhorar o seu funcionamento e aptidões (Vaz Serra, 2002).

Neste sentido, em 1980, Selye distingue situações de *eustress* das de *distress*. O bom stress, ou *eustress*, representa condições de stress que são dinamizadoras para o indivíduo, que contribuem para o seu progresso, enquanto o *distress*, ou mau stress, remete para situações negativas que se relevam desgastantes e improdutivas para o indivíduo (Vaz Serra, 2002).

Deste modo, surgirá stress sempre que algo de positivo ou negativo ocorra na vida do indivíduo, originando nele uma necessidade de adaptação (Keefe, 1988; Everly, 1989).

Segundo Serra (2011), todos os fatores de stress reproduzem no ser humano vários tipos de resposta, podendo estas ser de natureza biológica, de comportamento observável, cognitiva e emocional, que ocorrem de forma simultânea, influenciando-se mutuamente, sendo estas respostas tanto mais acentuadas quanto mais intensa, frequente e prolongada

for a exposição ao stress. A resposta ao stress é uma reação global do organismo a um agente stressor.

O stress pode dividir-se em três vertentes, nomeadamente: o stress como resposta, o stress como estímulo, e o stress com transação.

1.3.1. O stress como resposta

Um dos primeiros modelos explicativos do stress enquadra-se numa perspetiva biológica ou fisiológica, na qual se destacam os estudos realizados por três cientistas que, de algum modo, procuraram compreender os mecanismos de resposta do indivíduo face a alterações do meio ambiente (Baptista, 2009): Claude Bernard, ao destacar a importância de respostas defensivas, por parte de um organismo vivo, perante uma ameaça (Serra, 2011); Walter Cannon, ao designar por homeostase a capacidade do organismo em manter-se estável apesar das alterações ambientais, tendo desenvolvido o modelo de “luta ou fuga” para explicar as mudanças comportamentais que ocorrem para lidar com ameaças, tanto físicas como sociais, na tentativa de reestabelecer o seu equilíbrio (Baptista, 2009); e Hans Selye que, com base no postulado de Cannon, desenvolveu e popularizou o conceito do stress como resposta, dando origem à sua conceitualização biológica/fisiológica. Este último autor define o stress como um conjunto de respostas não específicas do organismo a qualquer estímulo ou situação de stress, conceitualizando-o como um fenómeno essencialmente biológico e orgânico (Selye, 1956). A este conjunto de respostas fisiológicas reguladoras, face a ameaças ao organismo, Selye denominou de Síndrome Geral de Adaptação (SGA), o qual se desencadeia em situações de stress seguindo três fases: reação de alarme, estágio de resistência, e fase de exaustão (Selye, 1956). Numa primeira fase, verifica-se a reação de alarme que ocorre imediatamente após a exposição do indivíduo a uma situação stressante, seguindo-se a fase de resistência, na qual o organismo procura adaptar-se ao stressor. Contudo, se este continuar exposto a um stress intenso, mantendo uma estimulação fisiológica prolongada do organismo, poderá ocorrer a diminuição da resistência e o esgotamento dos mecanismos adaptativos, entrando-se na fase de exaustão. É nesta fase que podem surgir doenças resultantes do stress (Selye, 1956; Serra, 2011), tais como perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, ou outras. Foi também Selye (1956) quem distinguiu entre respostas “mal adaptativas” e “adaptativas”, que atualmente correspondem, respetivamente, aos conceitos de “*distress*”

e de “*eustress*”. Nesta perspetiva, o stress é compreendido como uma resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação (Machado & Lima, 1998).

1.3.2. O stresse como estímulo

A perspetiva do stress como estímulo define o stress como uma condição do meio ambiente que é percebida como perturbadora e disfuncional. O stress passa, assim, a ser estudado, não em termos de resposta biológica, mas em função das características que o determinam (Serra, 2011). Esta abordagem foi introduzida por Holmes e Raye (1967, cit. por Mendes, 2002) que tentaram avaliar a importância dos acontecimentos de vida como indutores de stress no ser humano, defendendo que há acontecimentos que têm maior probabilidade do que outros de induzir stress no ser humano, e que os acontecimentos negativos podem influenciar o estado de saúde dos indivíduos (Serra, 2011). Estes autores afirmam que os fatores stressantes são os acontecimentos importantes de vida, que exercem forças no sujeito e requerem uma necessidade de adaptação do organismo, na sequência de um constrangimento, ameaça ou exigência que lhe é imposta. Esta adaptação será no sentido de restabelecer o equilíbrio dinâmico do organismo humano e varia de acordo com características individuais, personalidade, vulnerabilidade, entre outras. Todavia, a proposta destes autores foi alvo de inúmeras críticas por não discriminarem os acontecimentos positivos e negativos, assim como por não identificarem a cronicidade ou a recorrência dos acontecimentos (Lazarus, 1999).

É importante realçar que o processo de stress pode culminar em reações psicológicas como ansiedade, depressão, alterações cognitivas, reações fisiológicas, podendo originar doenças e alterações comportamentais indesejáveis (Frasquilho, 2005).

1.4. Ansiedade, Stress e Sintomas Depressivos nos enfermeiros

Após ter sido apresentada a definição dos conceitos que serviram de base ao estudo, o presente subcapítulo serve para apresentar o estado da arte relativamente aos níveis de ansiedade, stress e sintomas depressivos nos enfermeiros.

Desta forma, um estudo sobre profissionais de Enfermagem revelou que o próprio ambiente do trabalho pode provocar ansiedade, ambiente esse que parece estar relacionado em alguns casos com a instabilidade ou agravamento do estado de saúde dos utentes, com a falta de recursos materiais, de recursos humanos, com a relação com os familiares do utente, assim como com o facto de haver procedimentos de Enfermagem complexos e dificuldades para a sistematização da prestação de cuidados de Enfermagem (Schmidt, 2011).

Na literatura, as evidências científicas apresentam diversos fatores que estão relacionados com a depressão, entre eles os desequilíbrios químicos cerebrais, as características de personalidade, a vulnerabilidade genética, e/ou eventos situacionais. Entre enfermeiros, é referido que os fatores desencadeantes podem estar relacionados com fatores internos ao ambiente e ao processo de trabalho, nomeadamente as áreas/serviços de atuação dos enfermeiros, o trabalho por turnos, o relacionamento interpessoal, a sobrecarga de trabalho, os problemas relacionados com o horário, a autonomia na execução de tarefas, a assistência ao utente, o desgaste, o suporte social, a insegurança, o conflito de interesses, e as estratégias desenvolvidas para enfrentar as adversidades, bem como fatores externos ao trabalho, como o sexo, o possível trabalho doméstico, o apoio familiar e o suporte financeiro, o estado de saúde do indivíduo, e as características que o definem (Manetti & Marziale, 2007).

Nos profissionais que trabalham com pessoas em sofrimento, como é o caso dos enfermeiros, o stress é frequentemente vivenciado, pois os problemas que surgem nem sempre são solucionados no imediato e de forma fácil (Domingos, 1996).

Na literatura existe evidência de que toda a gente experiencia várias formas de stress. No entanto, a grande maioria dos autores atribui a maior incidência de stress a profissionais que têm como responsabilidade o desenvolvimento de outras pessoas ou então os cuidadores, enumerando-se alguns exemplos, como os professores, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros (Lo et al., 2018; Mansour et al., 2014). Dos profissionais atrás referidos a equipa de Enfermagem parece ser aquela que corre mais riscos, podendo

destacar-se quatro potenciais fontes de ansiedade: as dificuldades relacionados com o cuidar, a autonomia e o poder de decisão, as responsabilidades e as mudanças inerentes às técnicas de Enfermagem, e o défice de equipamentos adequados para a prática clínica (Adeb-Saeedi, 2012).

Na área da saúde, o stress é um facto e, de todos os profissionais de saúde, os enfermeiros são os mais expostos (Ratochinski et al., 2016). O stress tem um impacto na saúde que varia com a resposta individual, e os elevados níveis de stress podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde física, nomeadamente as doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas, mentais e comportamentais, entre as quais se destacam as perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas (Internacional Labour Organization, 2016).

O ambiente de trabalho na Enfermagem apresenta características potenciadoras do stress, que influenciam a qualidade de vida dos profissionais e são fatores predisponentes ao adoecimento, sendo relevantes a elevada carga de trabalho, o baixo salário, a discriminação social, as expectativas elevadas relativamente á progressão na carreira, o elevado grau de responsabilidade para com os utentes (Salehi et al., 2014). É de salientar que as condições de trabalho influenciam a saúde do profissional, podendo conduzir ao comprometimento da sua saúde mental e do seu desempenho profissional, no decorrer do dia-a-dia stressante e exigente (Salehi et al., 2014)

1.5 Ansiedade, stress e sintomas depressivos nos enfermeiros de serviços de urgência

O enfermeiro que atua num serviço de urgência tem de ser detentor de conhecimento científico, técnico e prático, de forma a que a tomada de decisões seja efetuada de forma rápida e concreta, transmitindo segurança a toda a equipa e, principalmente, diminuindo os riscos que possam comprometer a vida do utente (Urbanetto *et al.*, 2011).

Os enfermeiros de serviços de urgência são elementos fundamentais no processo de trabalho desta área, porque são responsáveis pelo atendimento urgente do doente,

atuando ainda na gestão do serviço, o que evidencia a competência de alta responsabilidade por parte destes profissionais de saúde com o objetivo de atender às necessidades dos utentes (Pereira *et al.*, 2013).

O serviço de urgência é considerado um ambiente de trabalho stressante já que uma das consequências deste ambiente é causar desgaste físico e/ou mental aos profissionais que nele trabalham, com efeitos prejudiciais na saúde (Gomes *et al.*, 2013).

Os profissionais de enfermagem que exercem funções em serviços de urgência e emergência vivenciam constantemente stress, pois esta é uma área de atuação que exige do profissional de saúde pleno controlo e o utente, assim como a família, encontra-se em extrema vulnerabilidade, o que contribui para o aumento dos níveis de stress e, conseqüentemente, esgotamento físico e mental do enfermeiro (Menzani, 2006).

Num estudo realizado num hospital do Brasil, com uma amostra de 10 enfermeiros do serviço de urgência, com critérios de inclusão para o estudo ter mais de dois anos de exercício de funções neste mesmo serviço, e com o objetivo de avaliar o nível de stress dos enfermeiros que trabalham nesta área com recurso à Escala de Bianchi de Stress, concluiu-se que estes profissionais apresentavam um nível médio de stress, e que tal se devia a algumas atividades desempenhadas neste setor, nomeadamente o atendimento de situações emergentes na unidade, o enfrentamento da morte do utente e, por último, a relação e orientação dada aos familiares de doentes críticos (Freitas *et al.*, 2015). Apesar destes dados, é importante realçar que neste estudo foi utilizado um instrumento de colheita de dados diferente daquele que será utilizado no presente estudo.

Os enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência, e sendo este uma área muito específica de trabalho, que expõe os enfermeiros a eventos traumáticos, torna-os vulneráveis ao stress pós-traumático, à ansiedade, à depressão e a queixas somáticas (Adriaenssens *et al.*, 2012).

O serviço de urgência é complexo e exige habilidades específicas dos profissionais. Neste serviço existe uma panóplia de áreas de atuação que requer uma boa preparação por parte do enfermeiro que nele exerce funções. Por vezes esta diversidade de áreas e o facto de o

enfermeiro não dominar todas as áreas de atuação pode conduzir a pessoa ao sofrimento e adoecimento (Adkins et al., 2014).

Num estudo realizado com uma amostra de 23 enfermeiros de dois serviços de urgência no Brasil, 14 do pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde, seis do pronto socorro do Hospital Regional de Base e três do pronto socorro da Santa Casa de Misericórdia, e em que um dos objetivos do estudo passou por avaliar se os enfermeiros do serviço hospitalar de emergência apresentavam sintomas depressivos, concluiu-se que a maioria dos enfermeiros que atuavam neste serviço apresentavam um quadro depressivo e que os fatores que estavam na origem deste quadro estavam relacionados com as condições de trabalho, carga horária excessiva, remuneração não condizente e desvalorização profissional, acrescentando ainda que a maioria dos participantes não percebia o próprio sofrimento psíquico, não o relacionava com as condições de trabalho, e acreditava não haver influência desse sofrimento na assistência prestada (De Oliveira et al., 2015).

1.5. Pertinência do Estudo

A investigação realizada neste projeto e face aos dados anteriormente apresentados, parece importante avaliar a ansiedade, stress e sintomas depressivos dos enfermeiros que exercem funções em serviços de urgência, na medida em que na literatura não foram encontrados estudos realizados em Portugal nesse domínio.

1.6. Objetivos Gerais

Segundo Fortin (2009), “o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Posto isto, definiu-se como objetivo geral deste projeto de graduação: identificar os níveis de sintomas depressivos, ansiedade e stress em enfermeiros que exercem funções em Serviços de Urgência.

1.6.1. Objetivos Específicos

Perante o objetivo geral definiram-se os seguintes objetivos específicos para o presente projeto de graduação:

- Identificar os níveis de sintomas depressivos nos enfermeiros que exercem funções em Serviços de Urgência;
- Identificar os níveis de ansiedade nos enfermeiros que exercem funções em Serviços de Urgência;
- Identificar os níveis de stress nos enfermeiros que exercem funções em Serviços de Urgência.

1.7. Questões de Investigação

As questões de investigação são “(...) um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.” (Fortin, 2009, p. 101).

As questões de investigação identificadas para o desenvolvimento deste estudo foram:

- Quais os níveis de sintomas depressivos nos enfermeiros que exercem funções em Serviços de Urgência?;
- Quais os níveis de ansiedade nos enfermeiros que exercem funções em Serviços de Urgência?;
- Quais os níveis de stress nos enfermeiros que exercem funções em Serviços de Urgência?;

II. Fase Metodológica

Segundo Fortin (2003), "a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses."

Nesta fase serão apresentados o tipo de estudo, o meio em que está inserido o estudo, a população e amostra, a técnica de amostragem, as variáveis, e os instrumentos de colheita de dados.

2.1. Desenho da Investigação

Segundo Fortin (2003, p. 132), "o desenho da investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas".

O presente estudo insere-se no paradigma de investigação quantitativa e é do tipo descritivo-exploratório, com corte transversal. Este tipo de estudo determina quantitativamente a distribuição dos estados de saúde e dos seus determinantes, numa população e num determinado momento temporal.

A investigação quantitativa é um processo de colheita de dados observáveis e quantificáveis cujo objetivo é contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos ,assim como , oferecer a possibilidade de universalizar os resultados, de antever e controlar os acontecimentos (Fortin ,2003),.

Num estudo descritivo “(...) o investigador observa, descobre, caracteriza e muitas vezes classifica novas informações, com vista a traçar um retrato claro e preciso da situação que estuda.” (Fortin, 2003). Quanto ao termo exploratório, considerou-se que dada a dimensão amostral não seria possível descrever o problema de estudo, mas antes realizar uma exploração acerca do mesmo.

Este estudo tem um corte transversal pois um estudo transversal serve para medir com que frequência um dado acontecimento ou problema surge numa população num dado momento (Fortin,2003).

2.2.Meio

Segundo Fortin (2009), "um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural (...) porque eles têm lugar no domicílio dos sujeitos, no meio de trabalho ou nos estabelecimentos de ensino ou saúde".

O presente estudo decorreu em serviços de urgência em território nacional, sendo dirigido a enfermeiros que lá exercem funções. Nesta investigação utilizou-se um questionário criado com recurso ao Google Forms, tendo este sido enviado online para a população-alvo nas datas compreendidas entre 15 e 25 de maio de 2020.

2.3. População e Amostra

Segundo Fortin (2003, p. 373), população é um “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características

semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. A população-alvo deste projeto de graduação é composta por enfermeiros que exercem funções num serviço de urgência em Portugal.

A amostra deste estudo foi obtida com recurso à técnica de amostragem não probabilística em bola de neve, tendo sido enviado um questionário online para um conjunto de enfermeiros da lista de contactos do investigador principal, que exerciam funções em contexto de serviço de urgência, sendo-lhes solicitado que o preenchessem e reencaminhassem para outros enfermeiros que exercessem funções no mesmo contexto.

Como critério de inclusão para a participação no estudo definiu-se que os enfermeiros inquiridos teriam que exercer funções num Serviço de Urgência há pelo menos dois anos. Como critério de exclusão definiu-se que o enfermeiro inquirido não poderia exercer funções num contexto que não de urgência e/ou emergência.

2.4.Variáveis em estudo

As variáveis são descritas por serem qualidades, propriedades ou características de objetivos, de pessoas, assim como de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 2003).

Nas obras metodológicas as variáveis podem classificar-se de diferentes formas nomeadamente em : variáveis independentes e dependentes ; variáveis de atributo e por ultimo, variáveis estranhas (Fortin,2003).As variáveis presentes neste projeto de investigação são as independentes , as de atributo e as estranhas

Quanto ás variáveis independentes, segundo Fortin et al. (2003b, p.37) mencionam que a “variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente”. As variáveis independentes presentes neste projeto são a ansiedade; o stress; os sintomas depressivos e por ultimo, a perceção de stress ansiedade e de sintomas depressivos

Segundo Fortin (2003, p. 37), “as variáveis de atributo são características dos sujeitos num estudo.” Assim, no presente estudo, definiram-se como variáveis de atributo o sexo, a idade e o estado civil.

Segundo Fortin (2003, p.37), “as variáveis estranhas podem ter efeitos inesperados e modificar os resultados da investigação”. Neste projeto, definem-se como variáveis estranhas as seguintes questões: “Considera o seu local de residência próximo do seu local de trabalho?”; “Tem filhos?”; “Tem ou já teve algum distúrbio do foro mental?”; e por último, “distúrbios do foro mental”.

2.4. Instrumento de recolha de dados

A colheita de dados passa por colher de forma sistemática a informação que se pretende junto dos participantes, através de instrumentos de medida selecionados para esse fim. De forma a que a colheita de dados seja realizada de forma correta é necessário realizar certas diligências, que passam por obter autorização para realizar o estudo em determinado estabelecimento, bem como a aprovação da comissão de ética de investigação do estabelecimento em questão (Fortin, 2003).

O questionário de caracterização sociodemográfica foi um dos instrumentos de colheita de dados utilizados neste estudo (Anexo I), servindo este para caracterizar a amostra e, em última instância, para avaliar a representatividade da mesma.

O outro instrumento utilizado na recolha de dados foi a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21) (traduzida e validada para a população portuguesa por Ribeiro, Honrado e Leal (2004)). A EADS-21 é um questionário de autorresposta e que avalia os estados emocionais da ansiedade, depressão e stress. Organiza-se num modelo tripartido (Escala da Depressão, Escala da Ansiedade e Escala do Stress), com um total de 21 itens, incluindo cada uma das escalas sete itens. Por sua vez, cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente:

- Depressão – Disforia (dois itens); Desânimo (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Autodepreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens).
- Ansiedade – Excitação do Sistema Nervoso Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo-Esqueléticos (dois itens); Ansiedade Situacional (três itens); Experiências Subjetivas de Ansiedade (quatro itens).
- Stress – Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente Agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reação Exagerada (três itens); Impaciência (três itens).

Cada item é composto por uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, sendo que o enfermeiro deve responder se cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada.

A resposta é fornecida por via de uma escala de likert de 4 pontos, sendo que a classificação é feita de 0 a 3: 0 – não se aplicou nada a mim; 1 – aplicou-se a mim algumas vezes; 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes; 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Quanto maior é a pontuação total, mais estados afetivos negativos existem, sendo que a pontuação máxima poderá atingir os 63 pontos (Ribeiro et al.,2004).

Quanto à consistência interna da EADS-21, esta demonstra ser boa, apresentando um alfa de Cronbach = 0,85 para a escala da depressão, 0,74 para a escala da ansiedade, e 0,81 para a escala do stress (Ribeiro et al., 2004).

2.5.Tratamento e Apresentação de Dados

Após a concretização da colheita de dados, estes foram tratados com recurso à estatística descritiva, nomeadamente à análise de medidas de tendência central, de dispersão, e à análise de frequências. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa IBM SPSS versão 25 para Mac, aplicando-se depois os resultados obtidos na ferramenta Microsoft Office Excel para a construção de gráficos.

A apresentação dos dados será constituída por gráficos circulares, gráficos de barras e de quadros numéricos.

2.6.Princípios Éticos

De modo a cumprir os pressupostos académicos, foi solicitada aprovação do projeto de investigação à Comissão de Ética da UFP, tendo sido aprovado no dia 28 de maio de 2020 (Anexo II).

Para elaborar um trabalho científico devem ser respeitados todos os princípios éticos, devendo ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais (Rauen, 2012).

Segundo Fortin (2003), a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

É importante salientar que o consentimento informado não foi utilizado no seu formato mais usual, questão apresentada à Comissão de Ética e aprovada pela mesma, já que no questionário utilizado para fins de colheita de dados constava na primeira página o objeto

e objetivo do estudo, sendo que o enfermeiro inquirido teria de assinalar que leu essa informação, a compreendeu, e aceita participar no estudo (Anexo III).

No presente estudo foi garantida a confidencialidade das respostas, pois estas foram tratadas de forma global e não individual.

III. Fase Empírica

A fase empírica é considerada a etapa da investigação na qual se efetua a colheita e organização dos dados para que seja possível uma posterior análise estatística dos mesmos, ou seja, “(...) inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados” (Fortin, 2003).

3.1. Apresentação de resultados

A apresentação de resultados do presente estudo foi dividida em dois subcapítulos diferentes, sendo que no primeiro será apresentada a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, e no seguinte serão apresentados os dados relativos aos níveis de ansiedade, stress e sintomas depressivos dos enfermeiros de Serviços de Urgência.

Do total de inquiridos, obtiveram-se 42 respostas válidas por parte dos enfermeiros que cumpriam os critérios de elegibilidade para o estudo.

3.1.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Através da análise do gráfico 1, e perante uma amostra de 42 participantes, constatou-se que 28 eram do sexo feminino e 14 eram do sexo masculino.

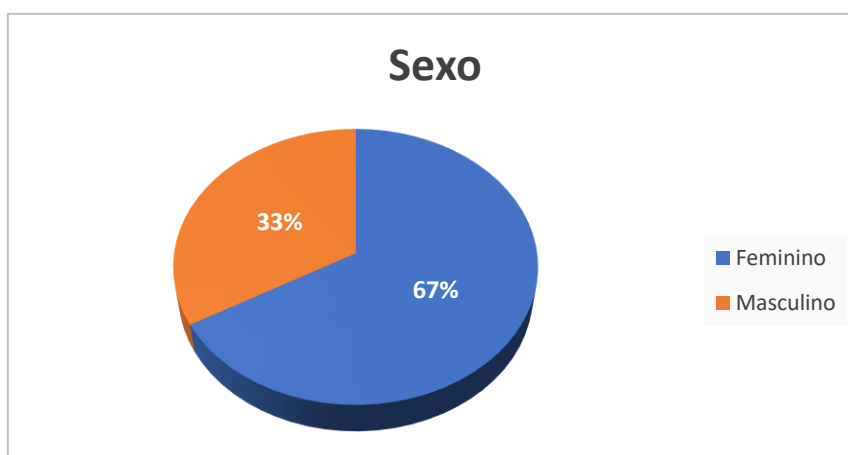


Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o sexo

Quanto ao gráfico 2, que refere o estado civil dos participantes, constatou-se que 26 participantes eram solteiros/as, 13 eram casados ou estavam em união de facto, e três estavam divorciados.

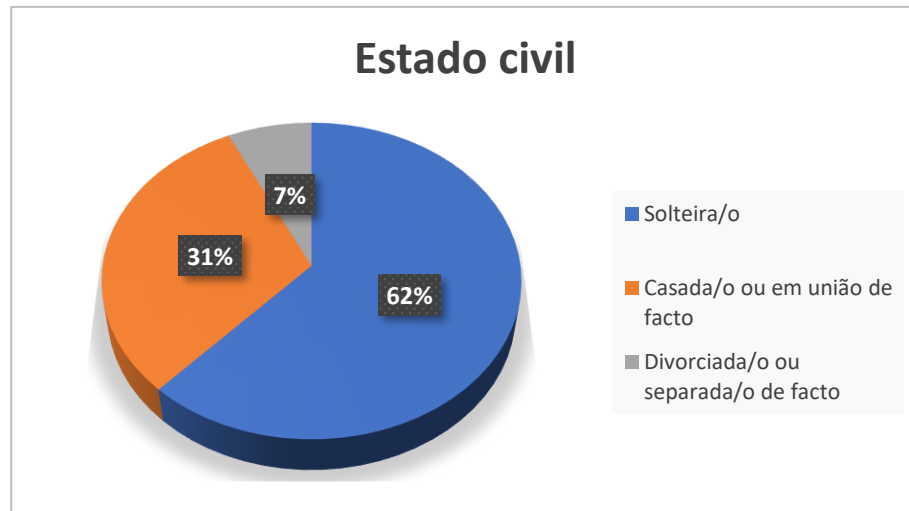


Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o estado civil

Relativamente ao gráfico 3, referente à distribuição da amostra por grau académico, e perante as hipóteses de resposta “Bacharelato”, “Licenciatura”, “Mestrado” e “Doutoramento”, pôde constatar-se que do total dos 42 enfermeiros inquiridos, 35 tinham como formação académica máxima a Licenciatura, e sete dos inquiridos tinham Mestrado. Nenhum dos inquiridos possuía Doutoramento.

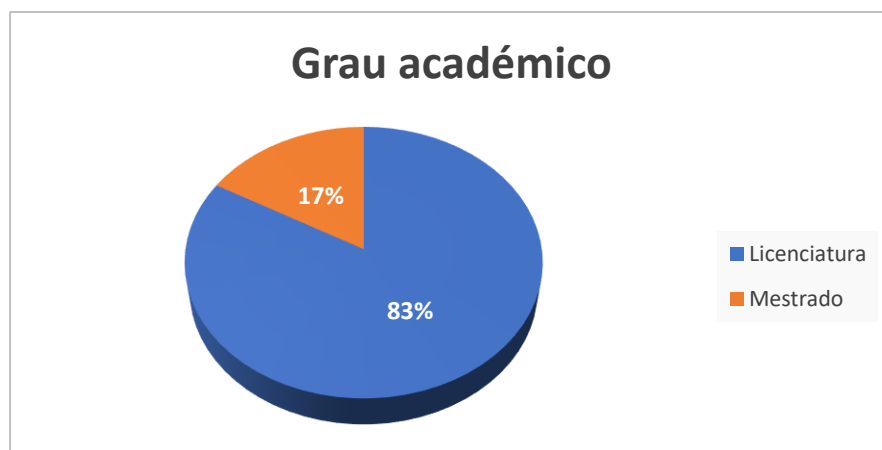


Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo o grau académico

Durante o estudo os inquiridos responderem à questão “Tem alguma especialidade em Enfermagem?”, sendo que apenas 33,3% tinham especialidade, o que corresponde a um total de 14 inquiridos. Desses 14 inquiridos que tinham especialidade, quatro eram enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, três eram especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, três em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, dois em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, um em Enfermagem Comunitária, e por último, um em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Em suma, maioria dos enfermeiros não tinham qualquer especialidade (Gráfico 4).

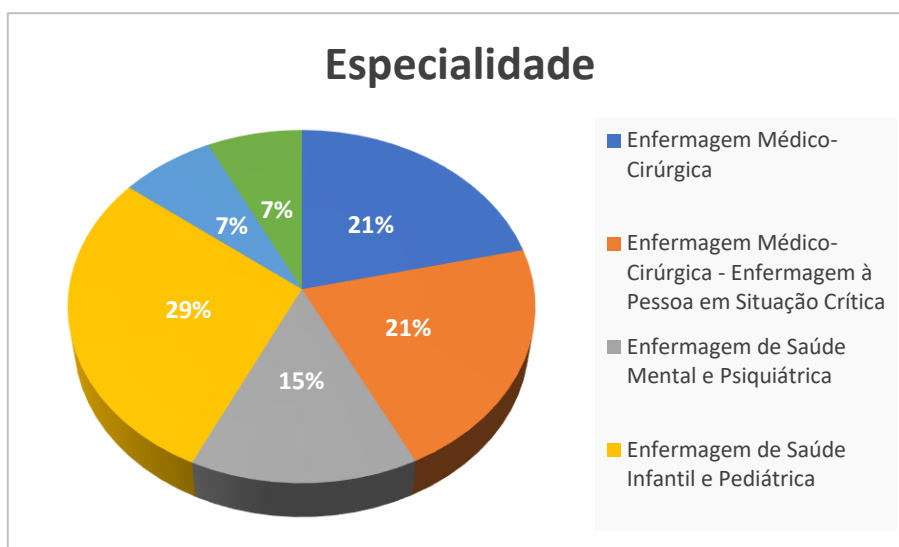


Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo as especialidades de Enfermagem

Seguidamente apresentam-se as respostas obtidas relativamente a questões incluídas no instrumento de colheita de dados que se crê, empiricamente, poderem ter influência nos níveis de stress, ansiedade e sintomas depressivos dos enfermeiros.

Relativamente à questão “Considera o seu local de residência próximo do seu local de trabalho?”, e através da análise do gráfico 5, constatou-se que 32 inquiridos responderam que “Sim”, afirmando desta forma que o seu local de trabalho se encontra próximo da área de residência, e 10 inquiridos responderam que “Não”, afirmando que o seu local de trabalho não se encontra próximo da área de residência.

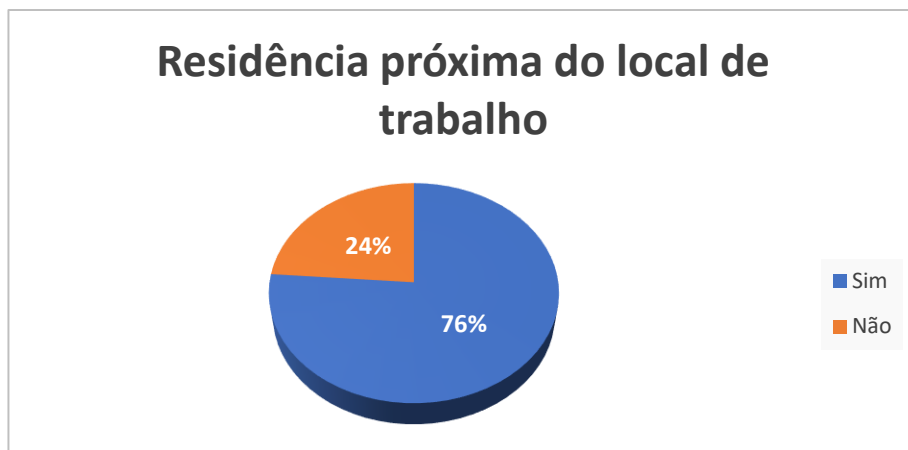


Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo a proximidade do local de trabalho

Quanto à questão “Tem filhos?”, através da análise do gráfico 6 constatou-se que 30 inquiridos responderam que “Não”, tendo os restantes 12 inquiridos respondido que “Sim”.

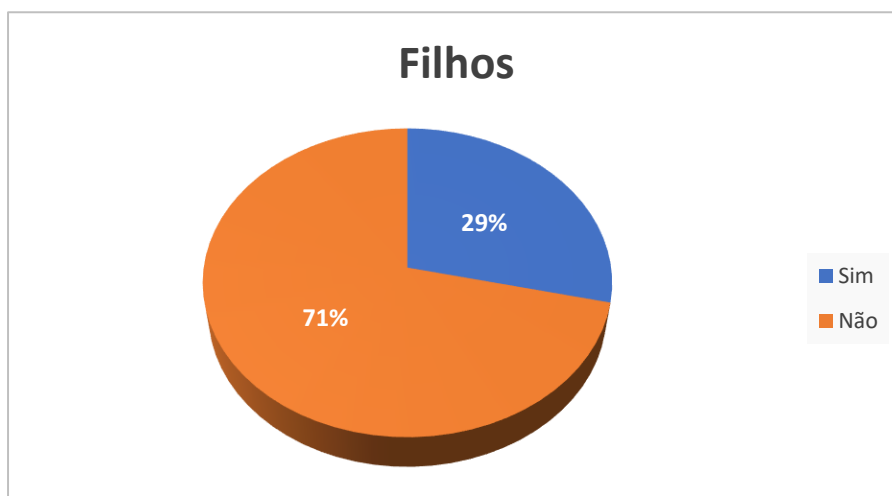


Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo a questão “Tem filhos?”

Através da análise do gráfico 7, referente à distribuição da amostra segundo a questão “Tem ou já teve algum distúrbio do foro mental?”, constatou-se que 36 dos enfermeiros participantes responderam “Não” à questão, afirmando desta forma que não têm/tiveram qualquer distúrbio do foro mental. No entanto, seis enfermeiros responderam “Sim” à questão, afirmando que têm ou já tiveram distúrbios do foro mental



Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo a questão “tem ou já teve algum distúrbio do foro mental?”

Como se pode verificar no Gráfico 8, dos enfermeiros que apresentam ou apresentaram distúrbios do foro mental, quatro fizeram referência a uma síndrome depressiva e dois a perturbações de ansiedade.



Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo o tipo de distúrbio mental apresentado

Foram também colocadas aos enfermeiros algumas questões de caracterização sociodemográfica e clínica que foram alvo de análise das medidas de tendência central e de dispersão, tais como a idade, o número de anos em que exerciam funções num contexto de urgência e/ou emergência, e a perceção dos seus níveis de ansiedade, stress e sintomas depressivos. Os resultados a essas questões encontram-se expressos na Tabela 1.

| | Média | Desvio-Padrão | Mínimo | Máximo |
|--|--------------|----------------------|---------------|---------------|
| Idade | 31,76 | 7,833 | 23 | 55 |
| Há quantos anos exerce funções num contexto de urgência e/ou emergência? | 6,83 | 7,375 | 1 | 30 |
| Numa escala de 0 a 10, em que 0 equivale a ausência de stress e 10 equivale a stress extremo, como classifica o seu nível de stress relacionado com a sua atividade profissional? | 5,98 | 2,124 | 2 | 9 |
| Numa escala de 0 a 10, em que 0 equivale a ausência de ansiedade e 10 equivale a ansiedade extrema, como classificaria o seu nível de ansiedade relacionada com a sua atividade profissional? | 5,24 | 2,407 | 0 | 9 |
| Numa escala de 0 a 10, em que 0 equivale a ausência de sintomas depressivos e 10 equivale a sintomas depressivos marcados, como classifica o seu nível de depressividade relacionada com a sua atividade profissional? | 2,74 | 2,41 | 0 | 8 |

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo questões sobre a perceção de stress, sintomas depressivos e ansiedade

3.1.2 Níveis de ansiedade, stress e sintomas depressivos dos enfermeiros de serviços de urgência

No que diz respeito à Escala da Ansiedade, verificou-se que os participantes obtiveram uma média total de 3,02, sendo que os resultados mínimo e máximo se situaram entre 0 e 11 pontos.

Relativamente aos sintomas depressivos verificou-se que os participantes obtiveram uma média total de 2,98, com resultados variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 13 pontos.

Finalmente, no que se refere ao stress, verificou-se que os participantes obtiveram uma média de 7,79, com pontuações a variar entre um mínimo de 0 pontos e um máximo de 12 pontos (Tabela 2).

| | EADS Depressão Total | EADS Ansiedade Total | EADS Stress Total |
|------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|
| N | 42 | 42 | 42 |
| Média | 2,98 | 3,02 | 5,79 |
| Desvio Padrão | 2,892 | 3,135 | 3,397 |
| Mínimo | 0 | 0 | 0 |
| Máximo | 13 | 11 | 12 |

Tabela 2 – Médias obtidas na EADS-21

Relativamente ao gráfico 9, os resultados apresentados derivam da recodificação das variáveis proposta por Lovibond e Lovibond (1995), classificando-as como sintomas depressivos dentro da normalidade, sintomas depressivos ligeiros, sintomas depressivos moderados, sintomas depressivos graves, e sintomas depressivos muito graves. Assim, 33 dos enfermeiros inquiridos apresentavam sintomas depressivos dentro dos padrões normalidade, dois apresentavam sintomas depressivos ligeiros, seis apresentavam sintomas depressivos moderados, e um apresentava sintomas depressivos graves.

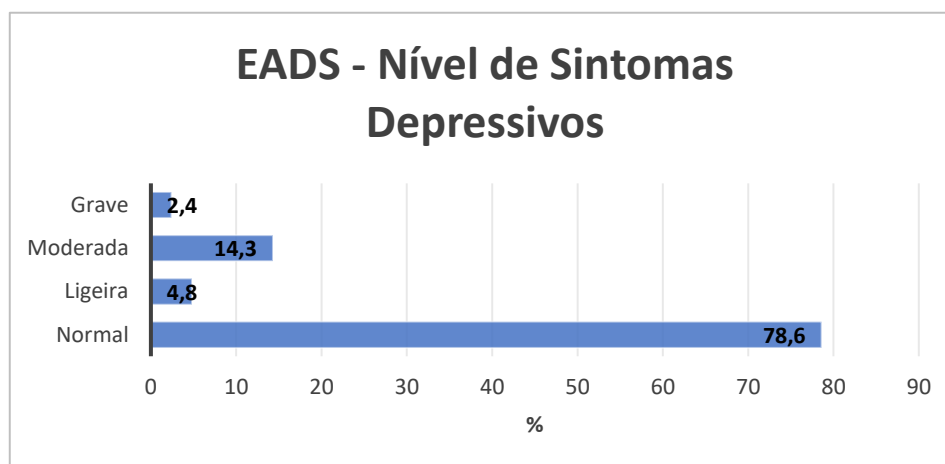


Gráfico 9 – Caracterização da amostra quanto aos sintomas depressivos

Relativamente ao gráfico 10, os resultados apresentados derivam da recodificação das variáveis proposta por Lovibond e Lovibond (1995), classificando-as como ansiedade normal, ansiedade ligeira, ansiedade moderada, ansiedade grave e ansiedade muito grave. Relativamente à distribuição da amostra quanto aos níveis de ansiedade, verificou-se que 27 enfermeiros apresentavam sintomas de ansiedade dentro dos padrões de normalidade, seis apresentavam sintomas de ansiedade ligeira, três apresentavam sintomas de ansiedade moderada, quatro apresentavam sintomas de ansiedade grave, e dois apresentavam sintomas de ansiedade muito grave.

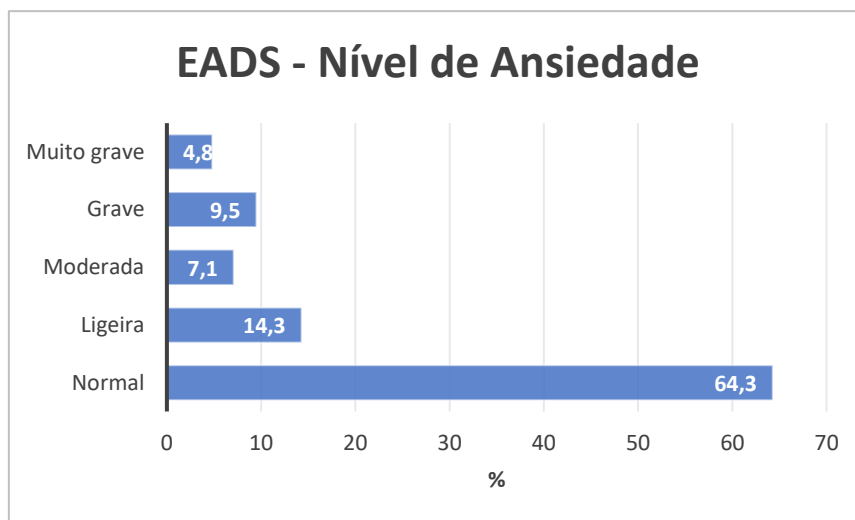


Gráfico 10 – Caraterização da amostra quanto aos sintomas de ansiedade

Relativamente ao gráfico 11, os resultados apresentados derivam da recodificação das variáveis proposta por Lovibond e Lovibond (1995), classificando-as como stress dentro dos padrões de normalidade, stress ligeiro, stress moderado, stress grave ou stress muito grave. De entre os enfermeiros inquiridos, 31 apresentavam sintomas de stress dentro da normalidade, cinco apresentavam sintomas de stress ligeiro e seis apresentavam sintomas de stress moderado.

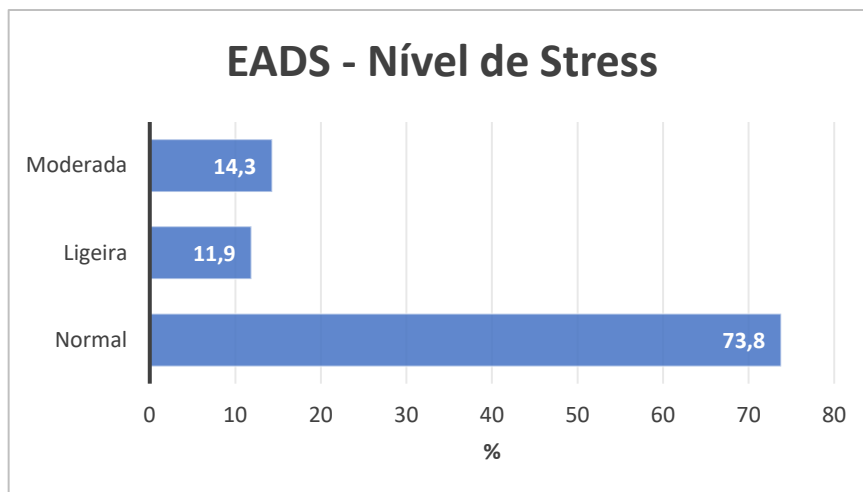


Gráfico 11 – Caraterização da amostra quanto aos sintomas de stress

3.2. Discussão dos resultados

Perante a apresentação dos resultados é necessário interpretar a informação obtida. Assim, o presente subcapítulo destina-se à discussão dos resultados, na qual se pretende estabelecer uma ligação lógica entre o problema de investigação e os dados que foram recolhidos.

Perante a totalidade da amostra, dos 42 inquiridos com respostas válidas, 28 (66,7%) enfermeiros eram do sexo feminino e 14 (33,3%) eram do sexo masculino, logo há uma prevalência do sexo feminino na amostra. Tal achado vai relativamente de encontro aos dados presentes no Anuário da Ordem dos Enfermeiros de 2019, que indica que dos 75773 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros, 85,6 % são mulheres (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Relativamente à faixa etária dos inquiridos, apurou-se que os enfermeiros tinham idade compreendida entre 23 e os 55 anos, com uma média a rondar os 32 anos, o que vai de encontro ao Anuário da Ordem dos Enfermeiros de 2019, que indica que dos 75773 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros a faixa etária compreendida entre 31 a 35 anos é aquela na qual existe um maior número de enfermeiros (cerca de 13607) (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Quanto aos dados recolhidos relativamente ao grau académico, a grande maioria dos inquiridos (35) tinham a Licenciatura como grau académico máximo, enquanto que apenas sete possuíam Mestrado. Tal dado vai de encontro ao Anuário da Ordem dos Enfermeiros de 2019, que indica que a grande maioria dos enfermeiros têm a Licenciatura como seu grau académico máximo (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Relativamente ao estado civil e aos filhos, a maioria dos enfermeiros inquiridos (26) eram solteiros, sendo que a grande maioria (30) não tinham filhos. Em suma, pode constatar-se que esta amostra é constituída na sua maioria por enfermeiros solteiros e sem filhos. Em relação á questão “Tem ou já teve algum distúrbio do foro mental?”, quatro enfermeiros referiram ter ou já ter tido um distúrbio de foro mental, nomeadamente síndrome depressiva e perturbação de ansiedade, o que vai de encontro a um estudo que refere que na União Europeia o distúrbio mental mais comum é a perturbação de ansiedade, que afeta 25 milhões de pessoas (ou 5,4% da população), seguida pelas perturbações depressivas, que afetam mais de 21 milhões de pessoas (ou 4,5% dos população) (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018).

Quanto às questões “Numa escala de 0 a 10, em que 0 equivale a ausência de stress e 10 equivale a stress extremo, como classifica o seu nível de stress relacionado com a sua atividade profissional?”, “Numa escala de 0 a 10, em que 0 equivale a ausência de ansiedade e 10 equivale a ansiedade extrema, como classificaria o seu nível de ansiedade relacionada com a sua atividade profissional?”, e “Numa escala de 0 a 10, em que 0 equivale a ausência de sintomas depressivos e 10 equivale a sintomas depressivos marcados, como classifica o seu nível de depressividade relacionada com a sua atividade profissional?”, verificou-se que a média relativamente à perceção do nível de stress era próxima de 6. Porém, na avaliação pela EADS-21 “apenas” pouco mais de 14% dos enfermeiros apresentavam um nível de stress moderado, estando os restantes abaixo disso. Assim, para esta variável em concreto, a perceção do stress é superior ao valor “real” obtido através do instrumento utilizado para a recolha de dados. Acontece o mesmo para os sintomas depressivos e para a ansiedade, isto é, a perceção dos enfermeiros relativamente aos seus níveis de stress, ansiedade e sintomas depressivos tende a ser superior aos resultados obtidos por via da aplicação da EADS-21.

A tabela 3 serve como auxílio para uma melhor perceção de comparação entre estudos realizados com recurso ao mesmo instrumento de colheita de dados (EADS-21). O estudo 2 foi realizado em Portugal, durante a pandemia da covid-19, junto da população em geral, enquanto que o estudo 3, antes da pandemia (2015) igualmente junto da população em geral. É importante salientar que não foram encontrados estudos que avaliem a ansiedade, stress e sintomas depressivos dos enfermeiros usando o mesmo instrumento.

| Estudos | (N=42) | | | Estudo 2 (N=1280) | | | Estudo 3 (N=280) | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Parâmetros em estudo | EADS Depressão Total | EADS Ansiedade Total | EADS Stress Total | EADS Depressão Total | EADS Ansiedade Total | EADS Stress Total | EADS Depressão Total | EADS Ansiedade Total | EADS Stress Total |
| Média | 2,98 | 3,02 | 5,79 | 3,73 | 2,64 | 6,06 | 3,97 | 2,73 | 6,61 |
| Desvio- Padrão | 2,89 | 3,14 | 3,40 | 4,03 | 3,34 | 4,40 | 3,93 | 3,25 | 3,91 |
| Mínimo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Máximo | 13 | 11 | 12 | 21 | 20 | 21 | 20 | 14 | 20 |

Tabela 3 – Comparação entre o Estudo da amostra e o Estudo 2 (Moreira et.al,2020) e Estudo 3 (Pinto *et al.*, 2015)

Face ao principal objetivo deste estudo que foi avaliar os níveis de ansiedade, stress e sintomas depressivos nos enfermeiros de serviços de urgência, e de forma a atingir os objetivos, realizou-se uma colheita de dados junto desses mesmos enfermeiros com recurso à EADS-21, de forma a classificar e interpretar os seus níveis de ansiedade, stress e sintomas depressivos comparando com os dados reportados na literatura.

Através da análise dos resultados verificou-se que, perante uma amostra de 42 enfermeiros de serviços de urgência, cerca de 78,6% apresentava sintomas depressivos classificados dentro dos padrões de normalidade. No entanto, uma percentagem de 16,7% apresentava sintomas depressivos de moderados a graves. A amostra apresentou uma média de 2,98 no que diz respeito aos sintomas depressivos, valor ainda assim inferior ao apresentado pela população geral num estudo realizado em 2015 (3,97). (Pinto *et al.*, 2015). Relativamente a esta diferença, importa enquadrar os períodos de colheita de dados

que, no caso do estudo publicado em 2015, foi realizada ainda em plena situação de crise financeira vivenciada em Portugal, sendo a literatura unânime ao afirmar que as crises financeiras potenciam as desigualdades sociais e que estas, conseqüentemente, conduzem a um aumento significativo da doença mental, sobretudo do foro depressivo.

No que diz respeito ao nível de ansiedade, dos 42 enfermeiros de serviços de urgência inquiridos, cerca de 78,6% apresentavam sintomas de ansiedade de normal a ligeiro. No entanto, cerca de 21,4% apresentavam sintomas de ansiedade moderada a grave, valores que podem já apresentar um significado patológico. A média de ansiedade obtida na EADS-21 no presente estudo foi de 3,02, valor um pouco superior ao obtido no estudo realizado em 2015 na população geral (2,73) (Pinto *et al.*, 2015). Contudo, importa mais uma vez enquadrar o período de colheita de dados que, no caso do presente estudo, foi realizada já em contexto de pandemia da covid-19, sendo que os estudos realizados acerca do impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde apontam, sobretudo, para um aumento substancial dos seus níveis de ansiedade. Mesmo quando comparado com o estudo realizado junto da população em geral em período de pandemia (estudo 2 – Tabela 3), verifica-se que os enfermeiros em exercício de funções em serviços de urgência apresentavam níveis médios de ansiedade superiores.

No que diz respeito aos níveis de stress, dos 42 enfermeiros de serviços de urgência inquiridos, cerca de 73,8% apresentavam sintomas de stress dentro dos padrões de normalidade. No entanto, cerca de 26,2% apresentavam sintomas de stress de ligeiro a moderado. Na EADS-21, a amostra do presente estudo apresentou uma média de 5,79, valor ainda assim inferior ao reportado no estudo realizado em 2015 junto da população geral (6,61) (Pinto *et al.*, 2015).

Na comparação das médias da EADS-21 entre o presente estudo e o estudo 3 (Tabela 3) parecem sobressair médias mais elevadas no estudo 3 relativamente a sintomas depressivos e stress. Tal pode dever-se ao facto de a colheita de dados ter sido realizada em contexto de crise financeira e de insatisfação global com a vida dessa amostra, indiciando que as pessoas insatisfeitas com a vida no que diz respeito a situações relacionadas com as condições económicas, académicas, lazer e participação na

comunidade são as que apresentam níveis mais elevados de depressão e stress (Pinto *et al.*, 2015) .

No que diz respeito à comparação das médias entre o presente estudo e o estudo 2, os resultados são mais semelhantes pois os dados de ambos os estudos foram colhidos em contexto de pandemia da covid-19 sendo de destacar, ainda assim, níveis mais elevados de ansiedade na amostra do presente estudo. Importa ainda assim enfatizar que, no caso do estudo realizado junto da população em geral no contexto da pandemia da covid-19, e dado que a colheita de dados do mesmo foi realizada por via de um questionário *online*, muitas das pessoas teoricamente mais afetadas pela pandemia, tais como as pessoas idosas sem acesso à Internet, não integraram a amostra.

3.3. Limitações do estudo

As limitações deste estudo estão relacionadas, desde logo, com a dimensão da amostra que, por ser reduzida, não é passível de ser considerada representativa da população em estudo, pelo que os resultados obtidos têm um limitado potencial de generalização.

A técnica de amostragem também se apresenta uma limitação, já que a amostragem em bola de neve leva a que as pessoas contactadas tendam a compartilhar o questionário com outras pessoas com características muito aproximadas das suas (por exemplo, provavelmente o questionário terá sido partilhado, sobretudo, com pessoas da mesma área geográfica).

Dado que o questionário de colheita de dados era de autorrelato, existe sempre o risco de viés de resposta, na medida em que, pelo fenómeno de desejabilidade social, os participantes podem tender a dar a resposta que consideram ser a socialmente mais expectável.

Por último, o facto de a colheita de dados ter decorrido durante a pandemia pode ter exacerbado os relatos de sintomas de ansiedade, stress e/ou depressivos.

IV. Conclusão

O objetivo deste projeto de graduação foi avaliar os níveis de stress, ansiedade e sintomas depressivos nos enfermeiros de serviços de urgência. Os resultados relativamente ao stress apontaram para que 73,8% dos enfermeiros inquiridos apresentavam níveis dentro dos padrões de normalidade, 11,9% apresentavam níveis ligeiros, e 14,3% apresentavam níveis moderados. No que diz respeito à ansiedade, 64,3% dos enfermeiros inquiridos apresentavam níveis dentro dos padrões de normalidade, 14,3% apresentavam níveis ligeiros, 7,1% apresentavam níveis moderados, 9,5% apresentavam níveis graves, e 4,8% apresentava níveis muito graves. Finalmente, no que concerne aos sintomas depressivos, 78,6% dos enfermeiros inquiridos apresentavam níveis dentro do padrão de normalidade, 4,8% apresentavam níveis ligeiros, 14,3% apresentavam níveis moderados e, por último, 2,4% apresentavam níveis graves de sintomas depressivos.

Numa investigação futura seria importante estudar uma amostra de maior dimensão, fora do período da pandemia da covid-19, e preferencialmente com recurso a um estudo longitudinal, de modo a ser possível encontrar relações de causa-efeito (algo que não é possível num estudo transversal).

Quanto aos contributos para a Enfermagem, o presente estudo parece ser relevante porque, pese embora o viés que os resultados possam ter em decurso do momento da colheita de dados, estes indicam que, sobretudo ao nível da ansiedade e sintomas depressivos, há uma percentagem considerável de enfermeiros com resultados que podem enquadrar-se no nível patológico. Assim, parece importante prestar particular atenção a estes sintomas, eventualmente criar programas de promoção da saúde mental que possam ajudar estes enfermeiros a gerir melhor as suas emoções, criar mecanismos que permitam a deteção precoce de sintomas patológicos e, acima de tudo, tentar perceber quais são as causas laborais que podem estar por detrás destes sintomas, para que posteriormente seja possível otimizar os locais de trabalho de modo a permitir uma melhor saúde mental dos

enfermeiros que, dizem os estudos, se traduz também em menos erros, no aumento da segurança do utente, e na melhoria dos cuidados prestados.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2006). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4.^a edição). Lisboa: Climepsi.

Atkison, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Dary, B. J., Nolen-Hoeksema, S., Smith, C. Introdução à psicologia de Hilgard. Tradução de Daniel Bueno. (13^aed.). Porto Alegre: Artmed, 2002.

Adkins, C. V, Trivedy, C. and Stanhope, B. (2014) ‘WHAT IS THE ROLE OF ADVANCED NURSE PRACTITIONERS (ANPs) IN A MAJOR TRAUMA TEAM (MTT)?’, *Emergency Medicine Journal*, 31(9), pp. 783.1-783.

Adriaenssens, J., de Gucht, V. and Maes, S. (2012) ‘The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey’, *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd, 49(11), pp. 1411–1422.

Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective

Beck, A., & Clark, D. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, pp.49-58.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

Beck, A.T. (1967). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Baptista, A. (2009). “Stress: Aspectos psicobiológicos”. In Cruz, J. P.; Jesus, S. N. (Org). “Bem-estar e Qualidade de Vida, Contributos da Psicologia da Saúde”:Alcochete. Textiverso. pp.57

Cunha, M. P., Rego, A., Campos, R. & Cabral- Cardoso, C. (2007). Manual de Comportamento Organizacional e Gestão (6^a Ed.). Lisboa: Editora RH.

Domingos, N.A.M. (1996).Estresse em funcionários de um Hospital Escola. HB científica, São José do Rio Preto, (pp.15-18)

Del Porto, J. (1999). Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*,

Feliciano, M. F. C., & Moretti, L. H. T. (2015). Depressão, suicídio e neuropsicologia: Psicoterapia cognitivo comportamental como modalidade de reabilitação. Portal dos psicólogos.[Em linha]. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf>. >.[Consultado em: 25/06/20]

Freeman, A., & Oster, C. L. (2007). Terapia cognitiva da depressão. In: V. Caballo (Org.), Tratamento cognitivo comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos. São Paulo: Santos.

- Frasquilho, M. (2005). Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Med Port* . 18,pp. 433-444.
- Freitas, R. L. J. M. de *et al.* (2015) 'Estresse Do Enfermeiro No Setor De Urgência E Emergência'. *Revista enfermagem*.
- Fortin, M-F. (2003). Glossário. In M-F. Fortin, O processo de investigação da concepção à realização .Loures: Lusociência.
- Graziele Menzani, E. R. F. B. (2006) 'Stress among Brazilian nurses working in emergency rooms'.*Revista Eletrónica de Enfermagem*.
- Guerra, P. B. (2000). A gestão do stress.Cascais: Editora Pergaminho Lda.
- Gomes, S. F., Santos, M. M., & Carolino, E. T. (2013). Riscos psicossociais no trabalho: Estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ILO, International Labour Organization (2016). *Workplace stress: A collective challenge*. Geneva: International Labour Organization.
- Keefe, T. 1988. *Stress-Coping Skills: An Ounce of Prevention in Directs Practice*. Social Casework: The Journal of Contemporary Social Skill Training,
- Lo, W.Y., Chien, L.Y., Hwang, F.M., Huang, N., & Chiou, S.T. (2018). From job stress to intention to leave among hospital nurses: A structural equation modelling approach. *Journal of Advanced Nursing*,
- Lovibond, S.H.; Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.)*. Sydney: Psychology Foundation
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer.
- May, R. (1980). *O significado da ansiedade*.Rio de Janeiro. Zahar.
- MENZIES, I.E.P. Nurses under stress. *International nursing review*, Geneve, v.7, n.6, p.9-16, 1960.
- Mansour, E., Taha, N., El-Araby, M., & Younes, H. (2014). Nurses' perceived job related stress and job satisfaction in two main hospitals in Riyadh city. *Life Science Journal*,
- Manetti ML, Marziale MHP. (2007).Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudo Psicologia*
- Machado, R. & Lima, M. (1998). Ameaça de desemprego. Stress e estratégias de coping em diferentes culturas organizacionais: um estudo no sector bancário. *Psicologia*

Mendes, A. C. (2002). *Stresse e imunidade: Contribuição para o estudo dos fatores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stresse*. Coimbra: Formasau.

Motivation, E., To, S. and Population, P. (2009) 'Portuguese Population', 10(2), pp. 267–275.

Moreira P, Ferreira S, Couto B, , Machado-Sousa M, Fernández M,, RaposoLima, C, Sousa, Picó-Pérez M, M. P. (2020) *Protective elements of mental health status during the COVID-19 outbreak in the Portuguese population*.

De Oliveira, F. P., Mazzaia, M. C. and Marcolan, J. F. (2015) 'Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência', *ACTA Paulista de Enfermagem*, 28(3), pp. 209–215.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2018) *Health at a Glance: Europe 2018 (Summary in Maltese)*. doi: 10.1787/f222b050-mt.

Ordem dos Enfermeiros (2020) *Anuários Estatísticos 2019*. [Em linha]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_.pdf> [Consultado em 3/05/20]

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. and Leal, I. (2004) 'Contribution to the Adaptation study of the Portuguese Adaptation of the Lovibond and Lovibond Depression Anxiety Stress Scales (EADS) with 21 items', *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), pp. 229–239.

Parreira, J. (2008). *Ansiedade tem cura*. Rio de Janeiro: Imprimatur.

Powel, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). *Terapia cognitivocomportamental da depressão*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, pp. 573-580.

Pereira, C. *et al.* (2013) 'Falling Ill and Surviving Breast Cancer: the Experience of Mastectomized Woman', *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*.

Pinto, J. *et al.* (2015) 'Anxiety, Depression and Stress: a Study of Portuguese Adults', *Psicologia, Saúde & Doenças*.

Ratochinski, C.M.W., Powlowytsch, P.W.M., Grzelczak, M.T., Souza, W.C., & Mascarenhas, L.P.G. (2016). *O Estresse em Profissionais de Enfermagem: Uma Revisão Sistemática*. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*.

Rauen, F. J. (2012) 'Pesquisa Científica: Discutindo a Questão Das Variáveis', *IV Simpósio sobre Formação de Professores – SIMFOP*. [Em linha]. Disponível em <http://linguagem.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/eventos/simfop/artigos_IV_sfp/_Fábio_Rauen.pdf>

Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. In C .D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behaviour* (3-20). New York: Academic.

Spielberger, C. D. (1979). *Understanding stress and anxiety*. New York: Harper & Row.

Serra, A. V. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª ed.). Coimbra. Coimbra: Dinalivro Distribuidora Nacional de Livros, Lda.

Salehi, A., Javanbakht, M. and Ezzatababdi, M. R. (2014) ‘Stress and its determinants in a sample of Iranian nurses’, *Holistic Nursing Practice*.

Serra, A. V. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª ed.). Coimbra. Coimbra: Dinalivro Distribuidora Nacional de Livros, Lda.

Schmid, D. R. C.;... *Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos*. São Paulo, Rev. da Escola de Enfermagem da USP 2011.

Selye H. (1956). *The stresse of life*. New York: McGraw-Hill.

Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). *Ansiedade e depressao em medicina – Modelos teóricos e avaliação*. *Acta Médica Portuguesa*, 22, pp. 89-98.

Urbanetto, J. de S. *et al.* (2011) ‘Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis’, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), pp. 1122–1131.

Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*.(2ªed.). Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra, Lda.

ANEXOS

ANEXO I - Questionário Sociodemográfico

1 – Sexo

- a) Feminino
- b) Masculino

2 – Idade (em anos): _____

3 - Estado civil

- a) Solteira/o
- b) Casada/o ou em união de facto
- c) Divorciada/o ou separada/o de facto
- d) Viúva/o

4 – Dos seguintes, indique qual/quais é/são o(s) seu(s) local/ais de trabalho:

- a) Serviço de Urgência
- b) VMER
- c) Outro(s) (especificar): _____

5 – Há quantos anos exerce funções num contexto de urgência e/ou emergência? _____

6 - Habilitações literárias:

- a) Bacharelato
- b) Licenciatura
- c) Mestrado
- d) Doutoramento

7 – Tem alguma especialidade em Enfermagem?

- a) Sim
- b) Não

7.1 - Se respondeu a) à questão 7, indique qual:

- a) Enfermagem Comunitária
- b) Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Comunitária e Pública
- c) Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Familiar
- d) Enfermagem Médico-Cirúrgica
- e) Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
- f) Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
- g) Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- h) Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
- i) Enfermagem de Reabilitação
- j) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- k) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- l) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

8 – Considera o seu local de residência próximo do seu local de trabalho/estudo?

- a) Sim
- b) Não

9 - Tem filhos?

- a) Sim
- b) Não

10 – Tem algum distúrbio do foro mental?

- a) Sim
- b) Não

10.1. – Caso tenha respondido “Sim” à questão anterior, por favor indique qual:

- a) Síndrome depressiva
- b) Perturbação de ansiedade
- c) Esquizofrenia
- d) Doença bipolar
- e) Dependência do uso de substância
- f) Outra(s) (especificar): _____

11 – Numa escala de 0 a 10, em que 0 equivale a ausência de stress e 10 equivale a stress extremo, como classifica o seu nível de stress relacionado com a sua atividade profissional? _____

12 – Numa escala de 0 a 10, em que 0 equivale a ausência de ansiedade e 10 equivale a ansiedade extrema, como classificaria o seu nível de ansiedade relacionada com a sua atividade profissional? _____

13-Numa escala de 0 a 10, em que 0 equivale a ausência de sintomas depressivos e 10 equivale a sintomas depressivos marcados, como classifica o seu nível de depressividade relacionada com a sua atividade profissional? _____

ANEXO II – Autorização Comissão de Ética



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Directora da FCS

| Nº | Data |
|-------------------|--------------------|
| FCS/CFN - 60/20-2 | 28 de Maio de 2020 |

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de reapreciado o projeto de graduação em Enfermagem de Brad Manuel da Silva Ferreira, intitulado "Ansiedade, depressão e stress nos enfermeiros do serviço de urgência", considera nada haver a opor ao mesmo, uma vez que as questões colocadas anteriormente foram esclarecidas.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Toldy

Autografo
de cc do aluno
Joh.
28.5.20

Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

Nº 92 027 891 - Reg. Comércio nº 20 Conservatório de Registo Comercial de Lisboa

81173984 - (Faculdade de Ciências Humanas e Sociais) - (Faculdade de Ciências e Tecnologia) Praça 9 de Abril, 345 - 4249-004 Porto Portugal - T. +351 22 507 1000 - F. +351 22 508 8888 - geral@ufp.pt

Faculdade de Ciências de Saúde - (Faculdade Superior de Saúde) R. Carlos Da Maia, 295 - 4200-102 Porto - Portugal - T. +351 22 507 6030 - F. +351 22 507 6162 - R. Bolívia Moita, 538 - 4200-123 Porto - Portugal

T. +351 22 505 0371 - geral.associacao@ufp.pt CNR5458 do Porto de Lisboa - Casa da Gavinha - R. Conde de Barcelos - 4500-010 Beira de Lisboa Portugal - T. +351 204 300 020 - R. +351 204 300 410 - geral.geral@ufp.pt

ANEXO III – Consentimento Informado

Ansiedade, depressão e stress nos enfermeiros dos Serviços de Urgência

Antes de iniciar o preenchimento do questionário, por favor, leia esta informação atentamente:

Cara/o enfermeira/o,

O meu nome é Brad Ferreira, estudante do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Neste momento encontro-me a realizar um estudo exploratório, sob orientação do Prof. Doutor Francisco Sampaio, tendo como público-alvo os enfermeiros que exercem funções em Serviços de Urgência há pelo menos 2 anos.

O objetivo deste estudo é identificar os níveis de ansiedade, depressão e stress em enfermeiros que exercem funções em Serviços de Urgência.

O preenchimento do questionário não deverá ultrapassar os 10 minutos. Desde já asseguramos que todos os dados colhidos serão tratados de forma confidencial, que a participação no estudo é inteiramente voluntária e que a mesma não constitui para si qualquer risco e/ou prejuízo.

Desde já agradeço o preenchimento deste questionário e a sua participação nesta investigação.

Caso tenha alguma questão ou necessite de informações adicionais, por favor, não hesite em contactar o investigador principal através do e-mail: 31639@ufp.edu.pt (Brad Ferreira)

***Obrigatório**

Declaro ter lido e compreendido o objeto e objetivos do presente estudo, e aceito voluntariamente participar no mesmo. *

Sim

Não