



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Fatores desencadeantes de stresse em sala de emergência

Maria João Pereira

Coimbra, *janeiro* de 2018



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

Fatores desencadeantes de stresse em sala de emergência

Maria João Pereira

Orientador: Professor Doutor Luís Sarnadas

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, *janeiro* de 2018

“Os problemas significativos que enfrentamos não podem ser resolvidos no mesmo nível de pensamento em que estávamos quando os criámos”.

Albert Einstein

Agradecimentos

Agradeço a todos os que me acompanharam nesta longa caminhada e que tornaram este trabalho possível.

Ao Professor Doutor Luís Sarnadas, meu orientador, pela disponibilidade que sempre demonstrou, pelo incentivo e a confiança que me transmitiu e, sobretudo, pelas análises críticas e pelo rigor do acompanhamento que sempre me prestou.

A todos os profissionais de saúde a exercerem, que comigo partilharam experiências, através do preenchimento dos questionários.

Gostaria de expressar o meu agradecimento aos meus familiares mais próximos, pelo incentivo e entusiasmo que sempre manifestaram, pelo apoio incondicional em todos os momentos e pela compreensão pelos momentos de ausência.

À Mena, por ter caminhado ao meu lado, nesta etapa da minha vida, transmitindo coragem e amizade.

Muito obrigada a todos!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ENA - *Emergency Nurses Association*

ESPE - Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros

GPT - Grupo Português de Triagem

SE – Sala de Emergência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição média (ponderadas) das respostas a cada fator da Escala de Perceção de Stresse	61
Gráfico 2 - Distribuição média (ponderadas) relativa às dimensões ambiente físico, psicológico e social	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Alpha de Cronbach nos diferentes fatores.....	53
Tabela 2 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	54
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o sexo.....	55
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o estado civil	55
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo o local de residência	56
Tabela 6 - Distribuição da amostra em função da idade	56
Tabela 7 - Distribuição da amostra em função das habilitações académicas	56
Tabela 8 - Distribuição da amostra em função das formações adicionais.....	57
Tabela 9 - Distribuição dos da amostra em função da categoria profissional	57
Tabela 10 - Distribuição da amostra em função do vínculo à instituição	57
Tabela 11 - Distribuição da amostra em função do tempo de exercício profissional.....	57
Tabela 12 - Distribuição da amostra em função do tempo de exercício profissional no atual SU.....	58
Tabela 13 - Distribuição dos enfermeiros pelo tempo de exercício profissional noutros serviços	58
Tabela 14 - Distribuição média das respostas da amostra a cada dos itens da Escala de Perceção de Stresse	60
Tabela 15 - Distribuição média (ponderadas) das respostas a cada fator da Escala de Perceção de Stresse	61
Tabela 16 - Distribuição média (ponderadas) relativa às dimensões ambiente físico, psicológico e social	62
Tabela 17 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre a idade e os níveis de stresse percecionado (ESPE) - testes bicaudais	63
Tabela 18 – Teste de U-Mann de Whitney entre a perceção de stresse e os grupos etários.....	64

Tabela 19 - Teste de U-Mann de Whitney entre a percepção de stresse e o género.....	65
Tabela 20 - Teste de U-Mann de Whitney entre a percepção do ambiente gerador de stresse e o género	65
Tabela 21 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre o tempo de exercício profissional e os níveis de stresse percecionado (ESPE) – testes bicaudais.....	66
Tabela 22 - Matriz de correlação bivariada de Spearman entre o tempo de exercício profissional e os níveis de stresse percecionado (ESPE) – testes bicaudais.....	67
Tabela 23 – Teste de U-Mann de Whitney entre a percepção de stresse e os diferentes tipos de formação.....	68
Tabela 24 – Teste de U-Mann de Whitney entre a percepção de stresse face aos diferentes ambientes e os tipos de formação	69
Tabela 25 - Teste Kruskal-Wallis entre a percepção de stresse e o local de residência.....	70
Tabela 26 - Teste Kruskal-Wallis entre a percepção do ambiente gerador de stresse e o local de residência	71

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1. STRESSE	23
1.1. CONCEITO	23
1.2. FATORES INDUTORES	26
1.3. MANIFESTAÇÕES DO STRESSE EM ENFERMAGEM	29
1.4. ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O STRESSE	30
2. ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA	35
2.1. O SERVIÇO DE URGÊNCIA	35
2.1.1 Sistema de Triagem de Manchester	37
2.2. CUIDAR EM EMERGÊNCIA	38
2.3. SITUAÇÕES DE STRESSE EM ENFERMAGEM	41
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	45
3. METODOLOGIA	47
3.1. TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS	47
3.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	48
3.3. HIPÓTESES DO ESTUDO	48
3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	49
3.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO	49
3.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	51
3.7. TRATAMENTO DOS DADOS	53
3.8. ASPETOS FORMAIS E ÉTICOS	54
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	55
4.1. HIPÓTESES DO ESTUDO	63
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
CONCLUSÃO	81
BIBLIOGRAFIA	85
APÊNCIDES	103
Apêndice I – Instrumento de recolha de dados	
Apêndice II - Consentimento Informado	
Apêndice III - Parecer Científico	
Apêndice IV - Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde	

Apêndice V - Autorização para a aplicação dos questionários

RESUMO

Nos Serviços de Urgência (SU) portugueses, está legislado que têm de estar presentes vários espaços físicos, entre eles a Sala de Emergência (SE), que recebe todo o doente em situação crítica, isto é, aquele cuja vida está em perigo e que a sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização, vigilância e terapêutica. Assim, compreende-se que o enfermeiro, a desempenhar funções neste espaço, tem de possuir competência para prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico, ou seja, conhecer a situação, prevenir complicações e intervir em tempo útil. Por tudo isto, percebe-se que é um local onde o enfermeiro, naturalmente, pode estar exposto a fatores indutores de stresse. Assim sendo, este estudo tem como objetivos, avaliar a perceção de stresse por parte do enfermeiro na sala de emergência, identificar quais os fatores indutores de stresse e quais os ambientes indutores de stresse em sala de emergência.

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo exploratório e transversal. Foi utilizado um questionário a todos os enfermeiros que desempenham funções na sala de emergência, constituído por duas partes: a primeira com a caracterização sociodemográfica e profissional e a segunda com a Escala de Stress Profissional em Enfermeiros (ESPE) (Santos & Teixeira, 2008). A amostra foi constituída por 85 enfermeiros.

Os resultados revelam que *a carga de trabalho, a morte e sofrimento, a preparação inadequada e a incerteza nos tratamentos* foram os fatores considerados como fontes mais potenciadoras de stresse nos enfermeiros. O *ambiente físico* e o *ambiente psicológico* são dimensões com maior potencial para gerar stresse nos enfermeiros.

Os enfermeiros com menos idade e os que desempenharam uma atividade no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) manifestam maior perceção de stresse face aos *conflitos com os médicos*; os que desempenham a sua atividade há mais tempo e os que estão há mais tempo no atual SU apresentam uma menor perceção de stresse na *dimensão conflitos com os médicos*; os pós-graduados em urgência/emergência patenteiam uma menor perceção de stresse na dimensão *morte e sofrimento*.

Existem diferenças significativas na perceção do stresse em função da zona de residência, designadamente na dimensão *morte e o morrer*, sendo os enfermeiros

residentes em meio urbano os que apresentam uma maior percepção de stresse. As mulheres manifestam uma maior percepção de stresse, particularmente face à *incerteza dos tratamentos*.

Os resultados obtidos sugerem a implementação de medidas que contribuam para a diminuição dos níveis de stresse, para uma melhor qualidade do cuidar em enfermagem, nomeadamente a criação de espaços de partilha entre os enfermeiros, que permitam o delineamento de mecanismos de *coping* que os ajudem a enfrentar as situações geradoras de stresse; reforço das redes de apoio dentro da própria organização hospitalar a fim de se poder reavaliar positivamente as fontes de stresse dos enfermeiros, com o objetivo de se combater o impacte negativo dos fatores de stresse, de modo a que os mesmos consigam enfrentar as situações indutoras de stresse de forma positiva, promovendo-se um ambiente laboral mais produtivo e menos desgastante para os enfermeiros.

Palavras-chave: stresse; enfermeiros; serviço de urgência; sala de emergência.

ABSTRACT

Although there is no uniformity in the portuguese ER services, it is legislated that it must occupy many physical places, among them, an Emergency Room (ER) that receives all the patients in a critical situation - patients at life risk, which survival is dependent on advanced means of monitoring, surveillance and therapy. Therefore, considering that Nurses perform activities in this space, they must have skills on nursing care of the critical patient, knowing the conditions, preventing complications and acting in a timely manner. Consequently, it is perceived that ER is a place where Nurses may be exposed to elements inducing stress.

The present work aims to assess a perception of stress by Nurses in the ER, its causes and stress management strategies.

This is a study with a quantitative, exploratory and interdisciplinary approach. A survey, consisting of two parts, was issued to all the 85 Nurses working in the Emergency Room: the first part with a sociodemographic and professional characterization and a second one with a Professional Nurse Stress Scale (*ESPE*) (Santos and Teixeira, 2008).

The results show that younger Nurses and those with previous experience in an Intensive Care Unit show a greater perception of stress in conflicts with Doctors. In the opposite, those who perform their activity in ER for longer and those who work for longer in the current ER have a lower perception of stress in conflicts with Doctors; Postgraduated Nurses in Emergency / Urgency show a lower perception of stress in the elements of death and dying. Significant differences are observed in the perception of stress accordingly to the area of residence, namely in the death and dying dimension, as Nurses living in urban areas presenting a greater perception of stress. Women demonstrate a greater perception of stress, namely facing the uncertainty of treatments.

The results suggest the implementation of measures that play a part in the reduction of stress levels, to a better quality of care in nursing, namely the creation of spaces for sharing among nurses, allowing the design of coping mechanisms that help them dealing with stressful situations. It is also important the reinforcement of the support networks within the hospital organization in order to be able to positively reevaluate the

sources of stress in nurses, with the aim of combatting the negative impact of stress factors, so that they can cope in a positive way with stress-inducing situations, promoting a more productive and less exhausting work environment for nurses.

Keywords: stress; nurses; emergency department; emergency room.

INTRODUÇÃO

O stresse é visto como resultado da transação/relação entre a pessoa e o meio ambiente, onde este é percebido como nefasto (Lazarus & Folkman, referenciados por Ogden, 2004).

O stresse pode surgir em múltiplas situações do quotidiano. Considera-se que situação indutora de stresse é toda a condição em relação à qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta e que, por isso, exige uma nova adaptação (Ganhão, 2013). Em enfermagem podem destacar-se características particulares, nomeadamente a sobrecarga de trabalho, o trabalho em equipa, a falta de recursos, lidar com os clientes, entre outros, resultam em exigências que podem superar os recursos da pessoa, tornando este ambiente propício ao desenvolvimento de stresse (Santos & Miranda, 2014).

Assim sendo, o stresse no trabalho, por definição, é o resultado físico e psicológico que ocorre quando existe um desequilíbrio entre os desafios ou exigências do trabalho e a capacidade da pessoa para gerir e controlar a situação (Lambert & Lambert, 2015). Os mesmos autores referem ainda que a tensão imposta pelo local de trabalho pode exceder a capacidade que o profissional tem para regular a sua influência e a satisfação com o trabalho transforma-se em exaustão e frustração.

Quando é intenso, o stresse faz com que a pessoa se sinta incapaz de reunir a informação necessária para compreender as relações de causa-efeito e de escolher a opção mais adequada para a tomada de decisão, ficando, deste modo, incapacitada para resolver problemas graves. O stresse repercute-se de forma mais acentuada no processo de tomada de decisão quando a pessoa se encontra perante um dilema no qual está eminente uma ameaça relacionada com sofrimento físico, lesão do organismo ou até mesmo morte (Ganhão, 2013).

Importa salientar que entre os profissionais de saúde, os enfermeiros constituem um grupo cuja atividade profissional se inclui nas denominadas profissões de ajuda, cuja atividade se caracteriza, particularmente, por apresentar exigências múltiplas, quer a nível físico, quer a nível psicológico. Essas últimas exigências parecem contribuir para estados de stresse relacionado com o trabalho e também de *burnout* neste setor de atividade (Lavado, 2016).

Na Sala de Emergência (SE) dá entrada todo o doente em situação crítica, isto é, aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011, 2011, p. 1).

Assim, quando o enfermeiro desenvolve as suas funções no contexto da emergência, este pode ser confrontado com inúmeras fontes de cansaço ou de sofrimento, tendo de lidar principalmente com situações de stresse (Almeida & Pires, 2007).

O enfermeiro a desempenhar funções na SE tem de possuir competência para prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico. Estes exigem:

“observação, colheita e procura contínua de forma sistematizada e sistémica de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento nº 124/2011, 2011, p. 1).

Para tal, é fundamental a rapidez do pensamento, a agilidade, a competência e a capacidade de resolução de problemas (Almeida & Pires, 2007).

Reconhecendo esta realidade, surgiu a necessidade de se verificar a perceção de stresse parte dos enfermeiros que desempenham o seu papel na Sala de Emergência num Hospital Central da região centro, onde prestam cuidados a doentes críticos, bem como identificar os seus fatores indutores.

Assim, este estudo tem como objetivos principais: (i) avaliar a perceção de stresse por parte do enfermeiro na SE, (ii) identificar quais os fatores indutores de stresse e (iii) identificar quais os ambientes indutores de stresse.

Para se cumprir este propósito, e tendo por base a análise da literatura existente, definiram-se as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 (H₁) - Os enfermeiros mais jovens apresentam maior perceção de stresse;

Hipótese 2 (H₂) - Os enfermeiros do género feminino apresentam maior perceção de stresse;

Hipótese 3 (H₃) - Os enfermeiros que desempenham a sua atividade há mais tempo em Serviço de Urgência apresentam menor perceção de stresse;

Hipótese 4 (H₄) - Os enfermeiros que possuem formação na área da emergência apresentam menor perceção de stresse;

Hipótese 5 (H₅) - Os enfermeiros que residem em meio urbano apresentam menor perceção de stresse.

Este estudo enquadra-se numa perspectiva exploratória de abordagem quantitativa. Para a colheita de dados foi utilizado um questionário que inclui a caracterização sociodemográfica/profissional dos enfermeiros e a Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros (ESPE) de Santos & Teixeira (2008).

Este estudo contou com a participação de 85 enfermeiros de um Serviço de Urgência de um hospital central da região centro do país, que após tomarem conhecimento dos objetivos e do âmbito da sua participação, aceitaram e assinaram o seu consentimento informado. Foram respeitados todos os procedimentos éticos inerentes à investigação, tendo o presente estudo, sido aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Este documento está dividido em duas partes distintas: Parte I, referente ao enquadramento teórico e a Parte II onde é apresentado o estudo empírico. Na primeira parte está exposta uma abordagem à enfermagem, enfermagem em contexto de urgência/emergência bem como do cuidar em enfermagem neste contexto. Termina com uma abordagem ao stresse, em particular o stresse ligado à profissão de enfermagem. Na segunda parte, relativa ao estudo empírico, está descrita a metodologia do estudo, apresentação e análise dos dados obtidos, seguindo-se da discussão dos resultados à luz do conhecimento científico já existente, terminando com as conclusões mais relevantes e respetivas sugestões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. STRESSE

Quando se fala em stresse, não se está a referir obrigatoriamente a algo negativo. Surge, assim, a necessidade de aprofundar o seu conceito, fatores indutores, relacioná-lo com a profissão de enfermagem e analisar algumas das estratégias para lidar com ele.

1.1. CONCEITO

A definição proposta pelo Dicionário da Língua Portuguesa (2014, p.1490) define stresse como um “conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas, provocadas por agentes diversos, que prejudicam ou impedem a realização normal do trabalho”. Esta definição aponta para a afetação de dois domínios, nomeadamente o psíquico e o fisiológico, sugerindo a existência de um agente causador, que é designado por stressor.

O stresse é um conceito complexo e de difícil definição. Reiteradamente ouve falar-se dele e a expressão “estou stressado”. Este tipo de manifestações verbais deve merecer uma análise cuidadosa, de forma a serem identificadas as causas de stresse, face aos aspetos negativos que lhe estão associados (Santos, 2014). Por outro lado, como afirmam Ramos e Carvalho (2008) retirar do stresse o que ele tem de enriquecedor, de energético, de motivador e de criativo, significa erguer uma barreira intransponível entre nós e os seus efeitos deletérios.

Na opinião de Serra (2007, p. 29), “ninguém está livre de stresse”. Neste sentido, clarifica que uma pessoa se sente em stresse quando está perante um acontecimento que para si é significativo e o qual não controla e/ou que as exigências impostas por este ultrapassam as suas aptidões e os recursos pessoais e sociais para enfrentá-lo. Assim, como o ser humano enfrenta as circunstâncias indutoras do stresse de forma diferenciada, a vulnerabilidade ao stresse também não é uniforme.

São vários os autores que se dedicam ao estudo do stresse e unanimemente consideram que as repercussões do stresse no indivíduo são multivariadas, atingindo a esfera social, económica, cultural e biológica, sendo que estas são tanto mais acentuadas, quanto mais intensa e prolongada for a vivência de situações desencadeadoras (Serra, 2007). No âmbito destas constatações, emerge a noção do

stresse provocado pela atividade profissional e as suas consequências no trabalho, o qual fundamenta a problemática em estudo, sem se querer, contudo, menosprezar as restantes dimensões que o stresse abrange.

Quando o ser humano se depara com situações cuja resposta ultrapassa os seus limites, surge a incapacidade de manter o equilíbrio, contribuindo para deteriorar a qualidade de vida dos indivíduos, tornando-se potencialmente indutora de doença (Santos & Teixeira, 2009; Silva, Kessler, Silva, Souza, Bittencourt & Celich, 2016).

São vários os cientistas que, ao longo dos anos se têm vindo a debruçar sobre o conceito de stresse, sendo que Mendes (2002, p.19) afirma que este pode ser analisado por três pontos de vista diferentes

“Como o estudo das respostas do individuo ao nível biológico, psicológico e/ou social, como o estudo dos fatores sociais, psicológicos e/ou biológicos potencialmente indutores de stresse e por fim numa perspetiva transacional, que analisa a forma como o individuo perceciona as exigências do meio e observa as suas capacidades para lhes fazer face”.

Foram três os cientistas que estudaram as respostas do indivíduo aos três níveis referidos anteriormente.

Para o fisiologista Claude Bernard (1813 e 1878), toda a ameaça física à integridade de um organismo desencadeia resposta por parte desse organismo que contrarie essa ameaça (Serra, 2007).

Já Walter Cannon procurou investigar quais os mecanismos de resposta do organismo às modificações do ambiente externo. Surge, assim, o conceito de hemóstase, capacidade que o organismo tem em manter o equilíbrio ambiente interno, não obstante as ameaças do ambiente externo (Serra, 2007; Santos, 2012).

Por último, surge Seyle, que afirma que o stresse é inerente à vida, definindo-o como resposta fisiológica não especifica do organismo a qualquer ameaça de alteração do seu equilíbrio. Isto é, há sempre uma resposta do organismo face a qualquer agressão externa. A esta resposta Seyle denominou-a de Síndrome Geral de Adaptação (SGA) (Serra, 2007).

O stresse é visto como um processo de interação, que se caracteriza pela existência de trocas constantes entre o indivíduo e o ambiente. Assim, o stresse depende da avaliação individual de situações externas e dos recursos individuais disponíveis para para lhe fazer face (Santos, Kozasa, Carmagnani, Tanaka, Lacerda & Nogueira-Martins, 2016).

Se os recursos não são suficientes, o indivíduo sente que não tem capacidades de controlo e pode entrar em stresse, sendo que este pode ter uma intensidade menor se houver apoio social disponível. Esta ideia é defendida por Serra (2007) que afirma que avaliação dos acontecimentos por parte do indivíduo permite-lhe perceber se possui ou não os recursos suficientes para lidar com o acontecimento.

Santos & Teixeira (2009) afirmam que o stresse em quantidades adequadas é necessário e pode mesmo ser decisivo para que se tenha uma vida satisfatória. Só quando é em excesso é que se torna desagradável e biologicamente nefasto.

Existem, assim, situações e acontecimentos que são considerados indutores de stresse, ou seja, que desencadeiam um conjunto de reações não específicas em resposta a um stressor (agente que desencadeia a reação) e que exige adaptação por parte do indivíduo (Pereira, Araujo, Gois, Junior, Rodriguez & Santos, 2013). A personalidade é um fator de extrema relevância para os efeitos do stresse no indivíduo, na medida em que certos traços de personalidade podem atenuar os seus efeitos (Serra, 2007).

O stresse não deve ser considerado sempre como prejudicial: o que faz mal ao ser humano é localizar-se num de dois extremos: levar uma vida monótona, sem estímulos ou ter uma vida demasiado desgastante. Em situações intermédias, o stresse é útil porque é como uma fonte de impulso que faz com que o indivíduo tome decisões, resolva problemas e melhore o seu funcionamento e as suas aptidões. Pode até servir como incentivo de realização pessoal e profissional (Serra, 2007).

Selye (1980, cit. por Serra, 2007), a este respeito diferencia as situações de eustresse das de distresse. Enquanto o distresse se refere a uma má adaptação provocando mal-estar, o eustresse é uma adaptação, a uma tentativa de resolução de um problema.

Lazarus (1984, cit. por Stroebe & Stroebe, 1999) tem sido o representante principal da perspetiva internacional do stresse. De acordo com este autor, o stresse psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, a qual é avaliada pelo indivíduo e considerada como algo que sobrecarrega ou excede os seus recursos e prejudica o seu bem-estar.

Na teoria desenvolvida por Lazarus (1984, cit. por Stroebe & Stroebe, 1999) existem dois processos centrais que determinam a intensidade de stresse numa determinada situação. O primeiro é a avaliação cognitiva ou avaliação primária, o segundo é o *coping* ou avaliação secundária. A avaliação cognitiva é um processo que determina a forma como é que uma situação é entendida como causadora de stresse e o nível de

stresse que essa situação causa ao indivíduo. O *coping* significa que perante uma situação considerada causadora de stresse, o indivíduo tende a avaliar essa situação de forma a decidir qual a melhor estratégia para chegar ao resultado pretendido. O nível de stresse que o sujeito experimentar relativamente a uma determinada situação, assim como o sucesso que obtiver em lidar com essa situação irá depender dos recursos de *coping* que possuir (Stroebe & Stroebe, 1999).

1.2. FATORES INDUTORES

Dado o carácter iminente pessoal do mecanismo de stresse, qualquer situação pode ser individualmente percebida como agressora e, como tal, geradora de stresse (Santos & Teixeira, 2009). Os mesmos autores referem que as situações stressantes advêm de estímulos internos e externos e podem ser de carácter: psicossocial, ou seja, situações que se convertem em stressantes devido à interpretação cognitiva ou significância atribuída; biogénico, referente a situações capazes de produzir alterações bioquímicas que desencadeiam automaticamente respostas de stresse.

Os fatores que determinam a predisposição dos diversos indivíduos para o stresse são vários e segundo Ramos e Carvalho (2008, p. 4), “a personalidade, a autoestima, a autoconfiança, o apoio social, a resistência física, a saúde e as capacidades de lidar com ele, são alguns de entre muitos outros fatores”. Conforme Ramos (2001), o agente stressor pode ser definido como todo o acontecimento que é marcadamente desgastante para a pessoa, causador de enorme receio ou terror no momento.

Uma situação indutora de stresse pode, deste modo, ser classificada como toda aquela condição em relação à qual o indivíduo tem a perceção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta e que, por isso, exige uma nova adaptação (Abreu, 2013). Para a mesma autora, os acontecimentos traumáticos são circunstâncias dramáticas, como catástrofes naturais ou guerra, que afetam simultaneamente várias pessoas e nas quais as exigências criadas ultrapassam largamente os recursos individuais. Contudo, dentro destes acontecimentos traumáticos são ainda abrangidas situações que, pela sua gravidade, têm um grande impacto emocional sobre na pessoa.

Considera-se que o que tem importância nas circunstâncias indutoras de stresse não é a situação em si, mas sim a forma como esta é avaliada. Estas podem ser de natureza física, psicológica e social. Tanto os acontecimentos de natureza física como social são suscetíveis de se fazerem acompanhar de um componente psicológico marcado, podendo ser externas ou internas em relação ao indivíduo (Abreu, 2013).

As emoções assumem um papel fulcral no que diz respeito a situações de stresse. A expressão ou a inibição das emoções, quer na infância, quer na adolescência e na vida adulta, depende do desenvolvimento cognitivo e do contexto cultural em que o indivíduo se insere. As emoções revestem-se de grande importância no desenvolvimento de uma personalidade, da competência social e do eventual surgimento de psicopatologias (Ramos, 2001).

Um dos estudos realizados para estudar os indutores de stresse foi referido por Loff (2003) e elaborado na Universidade de Boston, nos Estados Unidos da América, construiu um instrumento para avaliar a existência de stresse em várias situações, explorando os seus aspetos indutores, nomeadamente: *a família* – situações/vivências familiares; *o indivíduo* – a sua vida pessoal/intima; *a socialização* – as relações interpessoais e afetividade; *a vizinhança* – o meio social e integração na comunidade; *a economia* – aumento ou diminuição dos recursos económicos; *o trabalho/formação* – o percurso e responsabilidades profissionais ou formativas; *a mudança* – capacidade de adaptação a mudanças pessoais e profissionais; *a saúde* – a sua condição física e psicológica; *os recursos* – existência de fatores de combate ao stresse.

Assim, pode considerar-se que o stresse é um evento multifatorial, surgindo através da transação com o seu meio envolvente e que origina respostas necessariamente adaptativas. Lovallo, referenciado por Almeida (2009), defende que o stresse surge quando o meio é avaliado pelo sujeito como ameaçador e excedendo os seus recursos, o que pode por em causa o seu bem-estar.

Atualmente, a pessoa despende muito do seu tempo diário em contexto laboral, sendo que este desempenha um papel importante na vida social dos indivíduos, fornecendo salário regular, oportunidades e crescimento pessoal, identidade social, autoestima e que pode, portanto, ser gerador de stresse (Filha, Costa & Guilam, 2013).

A nível dos profissionais de saúde, mais especificamente a enfermagem, Rainho, Pimenta, Antunes e Monteio (2015) e Silva *et al.* (2016) identificaram alguns dos fatores desencadeantes de stresse, entre as quais se destacam: sobrecarga de trabalho, dificuldades no processo de comunicação com utentes, colegas e superiores, convivência com situações de sofrimento e morte, ambiguidade de papéis, falta de autonomia, pressão do tempo, elevada exigência e responsabilidade, falta de recursos humanos e materiais, remuneração insuficiente e falta de apoio entre os superiores e colegas.

Nesta linha de pensamento, Santos e Teixeira (2009) e Rainho, Pimenta, Antunes & Monteio (2015) distinguem os fatores indutores de stresse, nomeadamente:

organizacionais, relacionados com as características físicas da organização e ambiente, assim como as funções e relacionamento interdisciplinar; os extra-organizacionais estão que associados a aspetos como o relacionamento familiar, problemas económicos e distância do local de trabalho; os específicos do posto de trabalho; e os fatores não laborais – individuais, familiares e sociais.

O stresse desencadeia uma tripla resposta: de natureza biológica, cognitiva e comportamental (Barroso, 2009), cujas manifestações são únicas para cada indivíduo, uma vez que dependem de diversos fatores, nomeadamente aspetos culturais, de personalidade, o tipo de circunstância que desencadeia o stresse e a capacidade ou não de controlo sobre o que está a acontecer, isto é, cada indivíduo usa os seus processos psicológicos e a sua capacidade de compreensão para interpretar os factos. Inoue, Versa & Matsuda (2013) afirmam que o stresse envolve mudanças bioquímicas, fisiológicas e psicológicas. Esta ideia é também defendida por Silva, Kessler, Silva, Souza, Bittencourt e Celich, (2016) que mencionam como sintomas: a irritabilidade, a hiperexcitação ou a depressão, o choro fácil, a fadiga, perda ou o excesso de apetite, entre outros.

Composto por vários fatores, o stresse apresenta, de acordo com Santos (2014) uma natureza pouco objetiva, uma vez que depende dos recursos pessoais, das exigências do meio e da avaliação cognitiva feita pela pessoa. Lazarus (2006) distingue três tipos de stresse: de prejuízo/perda, de ameaça e de desafio.

Rainho, Pimenta, Antunes e Monteio (2015) e Silva, Kessler, Silva, Souza, Bittencourt e Celich, (2016) identificaram alguns dos fatores desencadeantes de stresse nos enfermeiros, entre as quais se destacam: a sobrecarga de trabalho, as dificuldades no processo de comunicação com utentes, as relações profissionais, a convivência com situações de sofrimento e morte, ambiguidade de papéis, falta de autonomia, pressão do tempo, elevada exigência e responsabilidade, falta de recursos humanos e materiais, remuneração insuficiente e a não progressão na carreira, a falta de apoio entre os superiores e colegas, bem como os problemas familiares. Os enfermeiros estão, assim, muito expostos aos vários stressores organizacionais. Inoue *et al.* (2013) consideram que esta é uma das profissões da saúde com maior risco de stresse ocupacional.

A atuação do enfermeiro de urgência e emergência é avaliada por Ribeiro, Pompeo, Pinto e Ribeiro (2015), como desencadeadora de desgaste físico, emocional e de stresse, uma vez que o ambiente onde está inserido abarca a atuação conjunta de uma equipa multiprofissional, comprometida com exigências do processo de trabalho e

responsabilidade pelo bem-estar e pela vida do doente. Os mesmos autores salientam ainda que esses fatores, quer atuem separadamente ou em simultâneo, podem resultar em quebras no desempenho profissional, sobrecarga de trabalho, stresse e interferir na saúde mental dos enfermeiros. Vários estudos (Hooper, Craig, Jarvin, Wetsel & Reimels, 2010; Phillips, 2011; Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2013) revelam uma baixa satisfação com o trabalho e altos níveis de stresse relacionados com a equipa de enfermagem que atua em urgência e emergência.

Para além das características institucionais, as situações geradoras de stresse envolvem a necessidade de os enfermeiros terem respostas rápidas relacionadas com as situações-limite de vida e morte de doentes, a elevada carga horária, lidar com doentes/família muitas vezes em estados emocionais alterados, a sobrecarga de tarefas, os conflitos de opiniões e pontos de vista divergentes com profissionais de outra formação académica também fazem parte do ambiente diário dos enfermeiros que exercem em hospitais. Caso essas situações stressoras atuem durante um considerável tempo sobre o enfermeiro que não tenha estratégias comportamentais para as enfrentar ou controlar ou que não possa emitir outros comportamentos a fim de evitá-las, este pode apresentar alterações fisiológicas, problemas emocionais e outros sintomas, podendo apresentar elevados níveis de stresse (Maturana & Valle, 2014).

1.3. MANIFESTAÇÕES DO STRESSE EM ENFERMAGEM

Pode caracterizar-se o stresse como algo positivo e potenciador, quando um indivíduo experimenta uma exposição prolongada a situações indutoras de stresse e elevados níveis de stresse ocupacional, traduzindo-se em sérios problemas para o profissional, mas também para o alvo de cuidados – a pessoa.

Rodrigues & Ferreira (2011) afirmam que o stresse provoca alterações do comportamento e interfere com os mecanismos biológico e cognitivo. O próprio ambiente de trabalho pode contribuir para o desgaste físico e mental do profissional, podendo influenciar o seu desempenho profissional (Guido *et al.*, 2009).

Assim, pode concluir-se que a qualidade dos cuidados poderá ser afetada, bem como o próprio doente poderá ser prejudicado (Guido *et al.*, 2009; Rodrigues & Ferreira, 2011).

Como consequências do stresse ocupacional em enfermeiros pode observar-se: a diminuição da performance profissional, a diminuição da qualidade do trabalho, o

aumento do absentismo, o elevado *turnover*, o aumento de erros no desempenho e a insatisfação/desmotivação profissional (Cruz, 2001; Rodrigues & Ferreira, 2011), bem como as perturbações da memória, o que irá provocar problemas na retenção de informação e diminuição do rendimento pessoal e profissional, promovendo um aumento da ocorrência de acidentes de trabalho (Cruz, 2001).

Faz-se também referência ao facto de haver estudos que apontam para a existência de relação entre os níveis de stresse e a insatisfação no trabalho, bem como identificam algumas das repercussões na saúde dos profissionais, nomeadamente problemas cardiovasculares, alterações músculo-esqueléticas e do aparelho digestivo (Guido *et al.*, 2009).

Em situações extremas de exposição a níveis de stresse elevados, resultantes da sobrecarga de trabalho, de acordo com Paula *et al.* (2010), a saúde mental do enfermeiro pode deteriorar-se, instalando-se sinais de depressão e até mesmo *burnout*.

Assim, Urbanetto (2011) sugere que os aspetos associados ao ambiente de trabalho sejam controlados, para promover a qualidade de vida dos enfermeiros nas organizações.

1.4 ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O STRESSE

Como já foi abordado, a enfermagem é uma profissão suscetível ao stresse ocupacional, estando em risco o desempenho de funções, bem como, em última instância, a pessoa alvo de cuidados. Assim, torna-se fundamental caracterizar e identificar situações desencadeadoras no contexto laboral e encontrar estratégias que ajudem o indivíduo a lidar com o stresse.

Para Lazarus e Folkman (1994), referenciados por Serra (2007), cada pessoa percebe determinada situação de uma maneira própria, isto é, cada pessoa tem uma forma única de ver o mundo, bem como de avaliar cada situação com que se depara. Assim se percebe que, acontecimentos iguais podem ser percebidos de formas distintas por sujeitos diferentes. Portanto, se há uma interpretação individual da cada situação para cada sujeito, também a forma com que este lida com ela, é única. A esta forma de lidar com a situação dá-se o nome de *coping*.

O *coping*, segundo Costa, Lima e Almeida (2003), são estratégias que o ser humano desenvolve para fazer frente a uma situação externa ou interna avaliada como

constrangedora, sendo que o objetivo final é o de restaurar o controle da situação ponderada como stressante.

Fundamentando-se em Moos e Shaefer, Mendes (2002), diferencia recursos de *coping* e processos de *coping*. Os primeiros são fatores pessoais e sociais que influenciam a forma como o indivíduo lida com as transições e crises da vida. Os segundos dizem respeito aos esforços cognitivos e comportamentais face a uma situação de stress.

Os mecanismos de *coping* não são apenas utilizados como forma de combater o stress instalado, mas podem ser adotados como forma de prevenção, oferecendo alguma proteção face ao stress, estando, por isso, relacionados com o bem-estar individual (Mendes, 2002).

Os processos de *coping* podem ser sequencialmente agrupados em quatro categorias, na procura de informação, na ação direta, na inibição de ação e nos modos intrapsíquicos centrado na emoção. Estes processos têm pelo menos duas funções sendo estas a alteração da relação do indivíduo com o meio ou regulação da reação de stress e de distresse. Os recursos de *coping* podem sofrer alterações em função da experiência, do grau de stress, do tempo de vida e dos requisitos de adaptação associados a diferentes estilos de vida e períodos do ciclo de vida (Costa e Lima, 2013).

O indivíduo, mais do que a circunstância, que dita aquilo que é sentido como problema. Assim, é a avaliação cognitiva que o indivíduo faz que determina o tipo de estratégia a utilizar (Serra, 2007).

Esta avaliação é definida segundo Serra (2007), como o processo através do qual o indivíduo calcula se um encontro particular com o ambiente é relevante para o seu bem-estar, assim, as avaliações da situação podem ser: de dano, quando se referem a situações desagradáveis que ocorreram no passado; de ameaça, quando envolvem a antecipação de ocorrências negativas idênticas às do dano, e por fim, de desafio, se o sujeito considera que tem possibilidades de ultrapassar as dificuldades. Depois de avaliada a situação, o indivíduo avalia os seus recursos e as suas opções de *coping* e calcula se terá ou não competências para lidar com as exigências. O tipo de *coping* a utilizar é o processo mediador do impacto dos acontecimentos stressantes, que serve de indicador do funcionamento do indivíduo e que actua de acordo com as avaliações cognitivas e as pressões situacionais.

O tipo de estratégias de *coping* que o sujeito utiliza são importantes para o controle das exigências da situação indutora de stresse. Estas, também são importantes na forma como o organismo se vai ativar para responder à situação (Barona, 2013).

A função protetora que as estratégias de *coping* têm pode ser analisada sob duas perspetivas. Uma das abordagens é baseada na teoria de Darwin, referenciado por Barona (2013), que defende que o *coping* tem a função de assegurar a sobrevivência do indivíduo, centrando-se na resolução do problema. A outra é pelo controlo preceptivo do significado da experiência ou das suas consequências, como forma de controlar as emoções negativas.

O ideal é que se use uma combinação de ambas numa tentativa de reduzir ou eliminar os estímulos indutores de stresse, ao mesmo tempo que se tenta diminuir as emoções negativas por eles ativados (Barona, 2013).

É preciso ter em conta, que determinadas estratégias são melhores e mais úteis do que outras, havendo tendência para se valorizar o domínio do indivíduo em relação ao meio, como ideal de *coping* (Lobo, 2003).

É essencial que a pessoa reconheça a importância do seu papel na resolução dos seus problemas. Segundo Serra (2007), diversos estudos revelam que um indivíduo com estratégias de *coping* adequadas costuma sentir que tem um bom controlo das situações com que se depara, é pouco propenso a pedir ajuda, gosta de confrontar e resolver ativamente os problemas, utiliza mecanismos redutores de estados de tensão que não são lesivos para a sua saúde e para a sua pessoa, não permite que a vida quotidiana seja interferida pelos acontecimentos indutores de stresse e não tem tendência a deixar-se responsabilizar pelas consequências negativas das ocorrências.

Guido *et al.* (2009) e Paula *et al.* (2010) afirmam que os enfermeiros têm pouca consciência do stresse diário a que estão expostos, sendo que tal poderá ter efeitos negativos, uma vez que não são desenvolvidas estratégias de *coping* adequadas, levando ao desgaste físico e emocional. Isto ganha sentido uma vez que o reconhecimento do stresse e seus efeitos é premente para a sua resolução (Guido *et al.*, 2009).

Dada a repercussão não só a nível individual, mas também, em última instância, a nível organizacional, torna-se importante a identificação dos agentes de stresse em contexto laboral e desenvolver estratégias para os minimizar, promovendo um ambiente laboral mais produtivo e menos desgastante para o enfermeiro, acabando por o valorizar na sua vertente de pessoa e de profissional (Guido *et al.*, 2009).

Como intervenções para enfrentar o stresse, Velez (2003) refere a necessidade de desenvolvimento de estratégias a três níveis: individual, necessidade de formação comportamental sobre a gestão do tempo, a formação teórica específica, psicoterapia individual da intervenção na crise e o desenvolvimento de estratégias de apoio, aconselhamento e tratamento; relacional, necessidade de promoção de uma boa interação indivíduo/organização (gestão de conflitos), potenciadora do desenvolvimento do profissional; organizacional, deve ser assumida uma postura ativa na eliminação de fatores de stresse organizacional e prevenção de situações indutoras de stresse, progredindo no sentido da promoção de uma organização saudável.

Guido *et al.* (2009) fazem referência à importância do suporte social dentro da empresa, uma vez que minimiza o stresse e aumenta a qualidade de vida no trabalho. Paschoal e Tamayo, referenciado pelos mesmos autores, afirmam que o suporte social pode funcionar como estratégia protetora, dado que quanto maior é, menos são os níveis de stresse.

Os autores supracitados concluem, assim, que as organizações desempenham um papel fundamental na criação de espaços de reflexão e aprendizagem para os seus colaboradores, com o intuito de desenvolver a capacidade de adaptação a novas situações, promovendo o desenvolvimento da sua proteção ao stresse.

Na perspetiva de Rodrigues e Ferreira (2011), assume importância a implementação de programas de gestão de stresse ocupacional pelas organizações, visando a promoção do bem-estar dos profissionais, bem como alcançar objetivos institucionais.

Os profissionais e equipas alvo de processos de atualização e formação permanente encontram-se mais capacitados e preparados para enfrentarem as exigências profissionais e o stresse ocupacional gerado, tornando os seus cuidados mais seguros (Guido *et al.*, 2009)

Em ambiente hospitalar, a possibilidade de fuga a situações stressoras diminui, porque muitas vezes essas situações fazem parte do quotidiano da instituição. Face a esta realidade, os profissionais de saúde utilizam estratégias para enfrentar essas situações fontes de stresse e de desconforto físico e emocional, as denominadas “estratégias de enfrentamento”, parte integrante de um repertório comportamental aprendido ao longo da vida e, sobretudo, durante a formação académica, ensinados clínicos e no contexto social e familiar, uma vez que as situações que os profissionais de saúde encontram no ambiente de trabalho em contexto hospitalar, apesar de terem analogias com os eventos e situações quotidianas, têm as suas próprias peculiaridades (Maturana & Valle, 2014).

As mesmas autoras referem que a escolha de uma estratégia de *coping* e a forma como estas são utilizadas é influenciada, em grande parte, por aspetos relacionados com as crenças, as habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, assertividade, suporte social e recursos materiais. A formação de enfermeiros, para situações mais difíceis da prática de cuidados, tais como a morte, conflitos interpessoais e a comunicação, constituem uma boa estratégia na redução dos níveis de stresse (Loff, 2003).

2. ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA

O stresse relacionado diretamente com o trabalho denomina-se de stresse ocupacional, que ocorre quando o ambiente laboral é compreendido como ameaça à integridade da pessoa, podendo causar repercussões profissionais e pessoais (Ross *et al.*, 2014).

Assim, neste capítulo, aborda-se o serviço de urgência, mais especificamente as atividades desempenhadas em sala de emergência, e de que forma a sua singularidade de características é indutora de stresse nos enfermeiros que lá desempenham funções.

2.1 O SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ao longo dos anos, o Serviço de Urgência (SU) tem vindo progressivamente a tornar-se na porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros (DGS, 2001). A ele, encaminham-se diariamente utentes provenientes dos cuidados de saúde primários, doentes urgentes e mesmo casos sociais (Rossetti, Gaidzinski & Fugulin, 2013).

Pode afirmar-se que o SU é distinto de qualquer outro local/serviço de internamento hospitalar, uma vez que é o único talhado para prestar cuidados à pessoa em situação, que, segundo o Regulamento nº 124/2011 (2011, p. 1) consiste na pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

O Ministério da Saúde (2012) distinguiu e caracterizou dois conceitos importantes a ter em conta no SU que se relacionam com o tipo de situações e tratamentos aos utentes que lá dão entrada: **Urgência**, trata-se de um processo que exige intervenção, avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); **Emergência**, é o processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão.

Em Portugal, a estrutura física dos SU é extremamente variável. Contudo, deve necessariamente incluir: área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência/críticos com condições para suporte avançado de vida, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares, áreas não assistenciais (Ministério da Saúde, 2012).

O mesmo documento defende que devem existir fluxos de doentes pré-estabelecidos e absolutamente claros, diferenciados por tipo de problemas e/ou por prioridade de observação, definindo-se claramente que atividades se realizam em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes.

A existência de uma enfermagem de urgência pode ser vista como uma área especializada, onde está incluída a prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções (Sheehy, 2011).

O relatório da DGS (Ministério da Saúde, 2012) corrobora o supracitado, afirmando que o exercício clínico praticado no Serviço de Urgência é uma prática clínica específica, com conhecimentos, competências e capacidades específicas, respeitando uma ampla gama de patologias e situações clínicas de carácter médico, cirúrgico e traumático, num largo espectro de gravidade, orientada para a avaliação de problemas clínicos e usando metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução.

Sheehy (2011) afirma que se tem de apostar no potencial humano, uma vez que a tecnologia pode ser copiada e replicada. Assim, defende que a preparação adequada dos profissionais constitui um importante instrumento para o sucesso e qualidade do cuidado prestado em serviços de urgência, sendo que esta só é alcançada quando as instituições são capazes de promover condições de trabalho com recursos físicos e humanos, bem como condutas organizacionais coerentes com uma prática segura (Paixao, Campanharo, Lopes, Okuno & Batista, 2015).

2.1.1 Sistema de Triagem de Manchester

Toda a pessoa que recorre ao SU tem o direito de ser previamente avaliada para serem identificados os seus critérios de risco e posteriormente assistida em conformidade (Jorge, Barreto, Ferrer, Santos, Rickli & Marcon, 2012). Assim, o primeiro contacto do utente com um profissional de saúde é feito pelo enfermeiro de triagem, que necessita de formação específica nessa área, uma vez que lhe cabe determinar qual o percurso do utente no SU (GPT, 2002).

Os profissionais de saúde que desempenham funções nos Serviços de Urgência prestam cuidados e um grande número de utentes, entre os quais se distinguem doentes emergentes e urgentes, mas também utentes não urgentes e mesmo sem-abrigo (Sheehy, 2011).

Compreende-se, assim, que se torne fundamental haver uma triagem que tenha em consideração, à entrada do utente, o seu estado clínico e não apenas qual a ordem de chegada, tendo-se tornado obrigatória a sua existência com a saída do Despacho nº18 459/2006, para todos os SU que integram a rede de referência hospitalar. Esta triagem terá de ser realizada de forma objetiva, reproduzível e passível de auditoria (GPT, 2002).

Existem vários modelos de triagem de utentes no SU, vigorando no Hospital Central da região centro, o Sistema de Triagem de Manchester (STM).

Segundo Souza, Mata, Carvalho e Chianca (2013), o STM permite priorizar o atendimento de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento apresentado pelo utente. Os mesmos autores afirmam que este sistema possibilita a organização da assistência e o conhecimento de indicadores que direcionam a gestão do serviço e a alocação de recursos.

Outro aspeto positivo é a possibilidade de diferentes avaliadores (enfermeiros) fazerem uma investigação clínica, seguindo os mesmos parâmetros para estabelecer a gravidade dos utentes, diminuindo os níveis de subjetividade e uniformizando o atendimento no SU (Junior, Salgado & Chianca, 2012; Guedes, Martins & Chianca, 2015).

O enfermeiro, com base na queixa principal do utente, seleciona o fluxograma, dentro de vários existentes. Os fluxogramas representam, assim, as queixas mais frequentes (Souza, Mata, Carvalho & Chianca, 2013). Após selecionado o fluxograma, seguem-se os discriminadores, apresentados sob a forma de perguntas.

Para além dos vários fluxogramas diferentes, o STM tem uma escala de risco com 5 categorias identificadas por: número, nome, cor e tempo alvo até à primeira avaliação médica:

- 1 – Emergente – **Vermelho** – 0 minutos
- 2 – Muito Urgente – **Laranja** – 10 minutos
- 3 – Urgente – **Amarelo** – 60 minutos
- 4 – Pouco Urgente – **Verde** – 120 minutos
- 5 – Não Urgente – **Azul** – 240 minutos

(Guedes, Martins & Chianca, 2015)

Este sistema contempla os critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada. Não se trata da formulação de diagnósticos médicos, mas da identificação da queixa principal (Junior, Salgado & Chianca, 2012; Souza, Mata, Carvalho, & Chianca, 2013; Guedes, Martins & Chianca, 2015).

2.2. CUIDAR EM EMERGÊNCIA

Tendo em conta os cuidados de enfermagem a prestar aos doentes que dão entrada na SE, torna-se importante definir o conceito de doente emergente.

É aquele que apresenta situação clínica em risco instalado, ou iminente, de falência de funções vitais e doente urgente é o que apresenta situação clínica com potencial de falência de funções vitais (Ministério da Saúde, 2007).

A SE, segundo documento do Ministério da Saúde (2007), é uma área de observação de doentes inicialmente classificados de emergentes ou, se necessário, qualquer doente no SU que apresente descompensação das funções vitais que coloque a sua vida em risco. Deverá ser independente e não ser utilizada para outros doentes. O doente que dá entrada na SE deverá sair assim que esteja estabilizado.

Souza, Mata, Carvalho e Chianca (2013) corroboram o supracitado, afirmando que a SE recebe utentes em risco de morte iminente que deverão ser avaliados e sujeitos a intervenções o mais rapidamente possível, de modo a diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, devendo ser alvo de uma assistência integral e de qualidade, devendo sair quando estabilizado.

Dos 5 níveis de prioridades descritos anteriormente, todos os utentes de nível 1 e a maioria de nível 2 deverão ser encaminhados à SE, uma vez que se incluem nas características supracitadas (Souza *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde (2007) refere ainda que a SE deve estar localizada perto da porta de entrada do SU, junto à triagem e deverá ser de fácil acesso para a realização de exames complementares de diagnóstico. Deverá ter como características principais: a capacidade de tratar no mínimo dois doentes em simultâneo, garantindo a privacidade de ambos; monitorização não invasiva e invasiva; ventilação mecânica de doente; máquina de gasimetria arterial no local; *stock* próprio de equipamento, material e medicação; dois acessos; sistema pneumático de transporte de análises clínicas; botão de alarme com aviso sonoro audível em toda a urgência.

Reconhece-se que o desempenho de funções numa SE requer rapidez e intensidade por parte do enfermeiro. Por isso, este deve ser dotado de conhecimentos específicos bem como deve ter uma grande habilidade para tomar decisões precisas em tempo mínimo (Luchtemberg & Pires, 2016), contudo o que se verifica atualmente é que devido à falta de estruturação e número insuficiente de camas em internamento, os doentes graves tendem a permanecer mais tempo na SE, aumentando a carga de trabalho para os enfermeiros e levando a que a SE seja em tudo semelhante a um Serviço de Medicina Intensiva (Paixão, Campanharo, Lopes, Okuno & Batista, 2015).

Assim, a SE exige dos profissionais rapidez de resposta e, simultaneamente, respeito pela autonomia, perspetivas filosóficas sobre a vida e saúde, crenças éticas e morais, passado cultural e diretivas legais que regem a população que serve. A reflexão acerca do que sabemos e fazemos, é uma maneira de descobrir lacunas no conhecimento, bem como a definição de estratégias quando este conhecimento não está conforme (Martins, 2003).

Deste modo, toda a pessoa em situação crítica ao dar entrada na SE, é, necessariamente cuidada por um o enfermeiro que possui competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

Em situações de emergência a intervenção de enfermagem é realizada de forma interdependente, agindo em complementaridade de funções com outros profissionais de saúde (Deodato, 2008). Os cuidados de enfermagem ao doente crítico exigem

“observação, colheita e procura contínua de forma sistematizada e sistémica de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento nº 124/2011, 2011, p. 1).

Considera-se, assim, que o enfermeiro deverá possuir competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do

enfermeiro de cuidados gerais, assegurando uma prestação de cuidados qualificados. No caso do enfermeiro especialista, este possui um profundo conhecimento no domínio específico, elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências, segundo o campo de intervenção, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Regulamento nº 124/2011, 2011).

O exercício de funções em SE exige um conhecimento vasto sobre as situações de saúde ou de doença, e um domínio dos profissionais sobre os requisitos que envolvem a dinâmica do serviço. Para tal é fundamental a rapidez do pensamento, a agilidade, a competência e a capacidade de resolução de problemas (Almeida & Pires, 2007).

Se não houver uma distribuição eficaz de tarefas entre elementos que compõe a equipa e caso haja falta de coordenação das atividades, Sheehy (2011) refere que a falta de formação aliada a falhas de material e equipamentos apropriados poderão ser considerados como agentes causadores de atendimento mais moroso, mais stressante e passível de culminar no insucesso dos procedimentos, sendo que pela necessidade de agilidade e rapidez de atuação na SE, a sua prevenção adquire extrema importância.

Quando o enfermeiro desenvolve as suas funções no contexto da emergência, este pode ser confrontado com inúmeras fontes de prazer outras fontes de cansaço ou de sofrimento, tendo de lidar principalmente com situações de stresse (Almeida & Pires, 2007).

Ao doente exige-se que os enfermeiros cedam toda a sua atenção, que o socorram da melhor forma possível. Na perspetiva de Hesbeen (1997), o enfermeiro deve auxiliar no seu restabelecimento ou estabelecimento de medidas de manutenção ou melhoria do seu estado físico e emocional, cuidando-o como um todo em que o resultado é maior que a soma de todas as partes.

A *Emergency Nurses Association* (ENA, 2000) concorda com o anteriormente abordado, referindo que a enfermagem em emergência, abrange um conjunto de intervenções autónomas e cooperativas, desde o reconhecimento da situação, avaliação inicial e intervenções autónomas e cooperativas, até aos cuidados “pós-agudos”.

2.3 SITUAÇÕES DE STRESSE EM ENFERMAGEM

O stresse é um dos grandes problemas psicossociais, que tem despertado o interesse e a preocupação por parte de vários investigadores, o que se deve à gravidade das suas consequências, quer a nível individual, quer a nível organizacional (Barreto, Thomé & Moreira, 2012). Consiste, como já referido anteriormente, num estado de esgotamento, decepção e perda do interesse pelo trabalho, origina sofrimento na pessoa e acarreta consequências no seu estado de saúde e no seu desempenho, uma vez que a pessoa com stresse manifesta alterações pessoais. O stresse acomete, de forma significativa, os profissionais que trabalham em contacto direto com pessoas, sendo predominante nos enfermeiros (Barreto, Thomé & Moreira, 2012). Ainda de acordo com os mesmos autores, pode resultar num sentimento de sobrecarga emocional, caracterizado pela perda de energia, esgotamento e sentimento de fadiga constante, podendo esses sintomas afetar o enfermeiro física ou psiquicamente ou das duas maneiras.

As instituições de saúde têm um ambiente propício ao desenvolvimento de stresse, uma vez que os profissionais de saúde se deparam diariamente com morte e sofrimento e novas tecnologias a que se têm de adaptar (Inoue *et al.*, 2013).

No que se refere às características de um ambiente potenciador de stresse, Rodrigues & Ferreira (2011) identificaram algumas, nomeadamente: os aspetos associados à cultura da organização e inerentes à própria função; a ambiguidade e conflito de papéis; a insuficiência das funções atribuídas; a responsabilidade por pessoas; a insegurança no trabalho, os aspetos relacionados com a evolução e progressão na carreira; os salários; a exclusão da tomada de decisão no que concerne ao trabalho; as deficientes relações interpessoais com superiores, subordinados ou colegas; a exposição à violência no trabalho; o interface/trabalho; o trabalho por turnos e o trabalho noturno.

A responsabilidade em cumprir um elevado conjunto de atividades em tempo útil, o surgimento de situações inesperadas e urgentes, a incapacidade de realizar tudo o que lhe compete, o barulho, o próprio ambiente físico, os cuidados de emergência e a assistência aos familiares poderão ser também agentes stressores (Pereira *et al.*, 2013).

A sobrecarga laboral, o trabalho por turnos, a insegurança no trabalho e a não progressão na carreira são outros fatores indutores de stresse, sendo que também não se deve descurar das relações entre colegas, superiores e subordinados (Ross, *et al.*, 2014).

Uma vez que o enfermeiro é a pessoa que cuida mais de perto do doente, encontra-se mais predisposto a uma carga emocional elevada, sendo que nos cuidados à pessoa em fim de vida, o enfermeiro contacta diretamente com a dor e sofrimento, o que pode ocasionar sentimentos de medo, impotência, solidão e, por conseguinte, uma maior vulnerabilidade profissional (Gómez-Londoño, 2008).

Os enfermeiros sentem stresse quando confrontados com a morte (Santos & Teixeira, 2009). Os mesmos autores referem também que lidar com as necessidades emocionais de doentes e familiares, incertezas quanto aos tratamentos, e conflitos entre grupos profissionais, constituem mais fatores potencialmente indutores de stresse ocupacional para os enfermeiros.

Rodrigues & Ferreira (2011) desenvolveram um estudo em Portugal que apontou para fatores organizacionais como desencadeadores de stresse nos enfermeiros. Entre eles: a elevada carga de trabalho e estruturas físicas desadequadas.

Atualmente afirma-se que os níveis de stresse em enfermagem também dependem do contexto de cuidados, isto é, as emoções dos enfermeiros sofrem oscilações consoante a gravidade do doente, tornando-se mais stressante e desgastante no contacto com situações de maior gravidade e eminente risco de morte dos indivíduos (Guido *et al.*, 2009).

Neste âmbito refere-se o estudo realizado por Almeida *et al.* (2009), no qual não obteve diferenças significativas dos níveis de stresse em três áreas de prestação de cuidados – emergência pré-hospitalar, cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados.

As características pessoais dos enfermeiros, nomeadamente: idade, sexo, habilitações académicas, estado civil e personalidade são facilitadoras da ação de agentes stressores (Benevides-Pereira, 2002). Esta aceção foi confirmada no estudo de França, Martino, Aniceto e Silva (2012), onde se verificou que estas variáveis influenciaram o stresse em enfermeiros a exercerem em contexto de urgência e emergência. No mesmo estudo, a maior incidência stresse está presente em enfermeiros mais novos, sobretudo nos que ainda não atingiram 30 anos, bem como os que não têm tanta experiência profissional, tornando-se mais predispostos ao mesmo. Assim, de acordo com os mesmos autores, quanto maior o tempo de experiência profissional maior será a segurança no trabalho e menor o desgaste físico e emocional em relação à tensão. Outra variável importante foi a carga horária, que se constituiu como um fator de interferência no stresse, tendo sido verificado que a maior prevalência de stresse foi registada no grupo de enfermeiros que trabalhavam até 40

horas. Os enfermeiros, ao sentirem-se exaustos, relatam um sentimento de sobrecarga física e emocional acompanhada de dificuldade para relaxar, referindo um estado de fadiga diário. Segundo França et al. (2012), estes enfermeiros, quando exaustos encontram-se com os recursos internos reduzidos para enfrentar as situações vivenciadas no exercício profissional, assim como a energia para desempenhar as atividades, o que também foi comprovado no estudo de Furtado e Araújo Júnior (2010).

O desgaste físico e emocional é sinal de uma disfunção importante na prática profissional e, portanto, assume-se como uma situação decorrente do ambiente de trabalho, isto porque, na opinião de França *et al.* (2012), o stresse não é um problema das pessoas, mas sobretudo do lugar onde a pessoa trabalha.

Deste modo, os enfermeiros têm de lidar com a pressão temporal, a sobrecarga de responsabilidades e de horas de trabalho, exigências físicas, cognitivas e emocionais, recursos muitas vezes limitados e expectativas sempre elevadas, o que afeta a satisfação profissional e a motivação (Cruz & Abellán, 2015). O mesmo autor refere que a natureza do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que trabalham num SU despoleta a necessidade de manter contacto direto com outras pessoas, sendo, como tal, um contexto privilegiado para manifestar o stresse emocional, na medida em que há um envolvimento e empenho face a uma causa específica, que obriga a enfrentar todo um conjunto de situações difíceis e complexas.

Percebe-se, então, que a enfermagem constitui uma profissão de elevado risco de stresse profissional. Deste modo, torna-se importante que sejam analisadas as possíveis consequências, para se conseguir trabalhar na prevenção de eventuais problemas, quer a nível pessoal, quer profissional.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

3. METODOLOGIA

A investigação em ciências de enfermagem envolve o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem conduzindo deste modo, à descoberta e desenvolvimento de saberes próprios da disciplina (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Neste sentido, o presente capítulo apresenta o processo metodológico subjacente à investigação. São expostos o tipo de estudo e objetivos, as questões de investigação e hipóteses, a população e a amostra, as variáveis e instrumentos de colheita de dados utilizados, tratamento e análise dos mesmos e os aspectos formais e éticos.

3.1. TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS

A metodologia, ou tipo de estudo escolhido, tem por base o objetivo do estudo, estando em concordância com o grau de avanço dos conhecimentos definindo assim o tipo de investigação a delinear (Vilelas, 2009).

No presente estudo foi adotada uma metodologia quantitativa. O mesmo enquadra-se num “survey” quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, pois este tipo de estudo assegura uma grande variedade de estudos descritivos (Coutinho, 2014). A mesma autora refere que os estudos “survey” devem seguir regras que facultem aceder cientificamente à opinião dos inquiridos. Genericamente, o estudo “survey” “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2014, p. 277).

Quanto ao nível de análise, esta pesquisa caracteriza-se como sendo do tipo exploratório. Pretende-se, assim, identificar as situações profissionais indutoras de stresse nos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade em Sala de Emergência e, face aos resultados, propor melhorias.

O objetivo de uma investigação determina o que o investigador quer atingir com a realização do seu trabalho de pesquisa (Vilelas, 2009). Neste estudo pretende-se:

- Avaliar a perceção de stresse por parte do enfermeiro na sala de emergência.

- Identificar quais os fatores indutores de stresse na sala de emergência.
- Identificar quais os ambientes indutores de stresse na sala de emergência

3.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Freixo (2011), a definição das questões da pesquisa é presumivelmente o passo mais importante a ser considerado num estudo de pesquisa, já que a forma de uma questão fornece um indício importante para traçar a estratégia de pesquisa que será adotada. Para o mesmo autor, o problema de investigação pode ser formulado como perguntas, estas deverão ser delimitadas a uma dimensão viável, claras e precisas, assumindo-se como a fase que deve potenciar o conhecimento do fenómeno em estudo, de uma forma significativa

Assim, com o meu estudo pretendo responder às questões:

- Qual a perceção de stresse dos enfermeiros na sala de emergência?
- Quais são os fatores indutores de stresse nos enfermeiros em Sala de Emergência?
- Quais os ambientes indutores de stresse nos enfermeiros em Sala de Emergência?

3.3 HIPÓTESES DO ESTUDO

No sentido de operacionalizar a análise, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 (H₁) - Os enfermeiros mais jovens apresentam maior perceção de stresse;

Hipótese 2 (H₂) - Os enfermeiros do género feminino apresentam maior perceção de stresse.

Hipótese 3 (H₃) - Os enfermeiros que desempenham a sua atividade há mais tempo em Serviço de Urgência apresentam menor perceção de stresse;

Hipótese 4 (H₄) - Os enfermeiros que possuem formação na área da emergência apresentam menor perceção de stresse;

Hipótese 5 (H₅) - Os enfermeiros que residem em meio urbano apresentam menor perceção de stresse;

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades (Vilelas, 2009). Já a amostra é definida como subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (Fortin, 2009).

Por questões de acessibilidade e conveniência a população do estudo foi a equipa de enfermagem de um Serviço de Urgência de um hospital central da região centro do país. Procurou-se integrar no estudo a totalidade dos enfermeiros da equipa de enfermagem. Assim, a amostra foi constituída por todos os enfermeiros que demonstraram interesse em participar no estudo e que, após esclarecimento e exposição dos objetivos e projeto de investigação, aceitaram participar e autorizaram, por escrito, a colheita de dados segundo a metodologia planeada. Consideraram-se como critérios de exclusão:

- o exercício exclusivo de funções de gestão, sem prestação direta de cuidados de enfermagem aos utentes no serviço;
- o não desenvolvimento de funções na Sala de Emergência;
- ausências prolongadas (planeadas/previstas) do serviço por motivos de saúde, férias e/ou outros motivos, coincidentes com o decorrer da colheita de dados do estudo.

A amostra ficou, assim, constituída por 85 enfermeiros, o que corresponde a 65,9% da equipa total de 129 enfermeiros no serviço. Contudo apenas 125 enfermeiros apresentam as características necessárias ao estudo, correspondendo assim a amostra a 68% da população alvo.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável dependente neste estudo foi a perceção de Stresse – resultado da transação/relação entre a pessoa e o meio ambiente, onde este é percebido como nefasto, ameaçando o seu bem-estar (Ogden, 2004).

A definição assumida neste trabalho foi direcionada para o contexto laboral (stresse ocupacional), sendo avaliado através da ESPE (apresentada no subcapítulo dos instrumentos de colheita de dados), mais concretamente avaliando a perceção de stresse que os enfermeiros apresentam no contacto com diversas situações profissionais:

- Acontecimentos relacionados com a morte e sofrimento
 - o Procedimentos dolorosos para o doente;
 - o Falar sobre da proximidade da morte
 - o Doente que morre
 - o Relação e proximidade com o doente que morre
 - o Ver doente sofrer
 - o Doente que morre sem médico presente

- Acontecimentos relacionados com conflitos com médicos
 - o Crítica de um médico
 - o Conflito com um médico
 - o Medo de cometer um erro no tratamento
 - o Desacordo em relação ao tratamento do doente
 - o Tomar decisão quando médico não está presente

- Acontecimentos relacionados com preparação inadequada
 - o Para ajudar emocionalmente doente e família
 - o Respostas não satisfatória a questões do doente
 - o Para responder às necessidades dos doentes

- Acontecimentos relacionados com a falta de apoio
 - o Para falar abertamente sobre problemas de serviço
 - o Oportunidade para partilhar experiências e sentimentos
 - o Para expressar a outros colegas de serviço sentimentos negativos acerca dos doentes;

- Acontecimentos relacionados com conflitos com colegas e superiores
 - o Conflitos com Enfermeiro Chefe

- Acontecimentos relacionados com a carga de trabalho
 - o Avaria ou falta de material essencial;
 - o Enfermeiro falta sem avisar;
 - o Tarefas que não são de enfermagem
 - o Falta de tempo para dar apoio emocional
 - o Falta de tempo para completar tarefas;
 - o Falta de pessoal para as necessidades do serviço.

- Acontecimentos relacionados com a incerteza dos tratamentos
 - o Informação inadequada acerca das condições clínicas do doente;
 - o Prescrição médica solicitando tratamento inadequado
 - o Médico ausente em emergência;
 - o Desconhecer informação dada a doente e/ou família acerca da situação clínica.

- Fatores relacionados com o ambiente físico do hospital
 - o Carga de trabalho

- Fatores relacionados com o ambiente psicológico do hospital
 - o Morte e sofrimento
 - o Preparação inadequada
 - o Falta de apoio
 - o Incerteza de tratamentos

- Fatores relacionados com o ambiente social do hospital
 - o Conflitos com os médicos
 - o Conflito com colegas e superiores

Para a caracterização da amostra utilizámos o: género; idade; estado civil; residência; habilitações; formação académica/profissional; categoria profissional; tempo de exercício profissional; tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência/outros serviços; vínculo à instituição; entre outras apresentadas no capítulo da apresentação e análise dos resultados.

3.6 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

É mediante uma adequada construção de instrumentos de recolha de dados que a investigação alcança a correspondência entre a teoria e os factos (Vilelas, 2009).

Para a colheita dos dados relativos às várias variáveis em estudo, foram utilizados nas diversas fases da investigação os seguintes instrumentos (**Apêndice I**):

- **Questionário de caracterização sociodemográfica/profissional**: elaborado para o efeito e contemplando aspetos como: género; idade; estado civil; residência; habilitações; formação académica/profissional; categoria profissional; tempo de

exercício profissional; tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência; vínculo à instituição.

- **Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros (ESPE)** – versão portuguesa da *Nursing Stresse Scale* de Gray-Toft e Anderson (1981), adaptada para a população portuguesa por Santos e Teixeira (2008).

Trata-se de uma escala tipo Likert, com 34 itens que descrevem situações identificadas como causadoras de stresse nos enfermeiros no desenvolvimento dos seus deveres profissionais. Cada item tem possibilidade de resposta de 1 a 4, em que 1 corresponde a nunca, 2 a ocasionalmente, 3 a frequentemente e 4 a muito frequentemente. Assim, com a escala podemos medir frequência com que determinadas situações profissionais são percebidas pelos enfermeiros como stressantes. A pontuação da escala varia entre um mínimo de 34 e um máximo de 136, resultado do somatório do total dos itens, assim como várias subescalas que resultam do somatório de um conjunto parcial de itens específicos (fatores de stresse e ambientes), descritos de seguida.

- Fator I: refere-se à morte e sofrimento e inclui os itens 3, 4, 6, 8, 12, 13 e 21;
- Fator II: refere-se aos conflitos com médicos e engloba os itens 2, 9, 10, 14 e 19;
- Fator III: corresponde à preparação inadequada, incluindo os itens 15, 18 e 23;
- Fator IV: refere-se à falta de apoio, e inclui os itens 7, 11 e 16;
- Fator V: corresponde ao conflito com colegas e superiores e engloba os itens 5, 20, 22, 24 e 29;
- Fator VI: corresponde à carga de trabalho relacionada com item 1, 25, 27, 28, 30 e 34;
- Fator VII: relaciona-se com a incerteza de tratamentos e inclui os itens 17, 26, 31, 32 e 33;

No que se refere aos tipos de ambientes, os fatores I, III, IV e VII estão relacionados com o ambiente psicológico, o fator VI com o ambiente físico e os fatores II e V relacionados com o ambiente social do hospital.

No estudo de desenvolvimento da versão portuguesa da escala, os autores obtiveram um valor global de *Alpha de Cronbach* de 0,93, o que atesta uma consistência interna muito boa. No presente estudo, o Alpha obtido para o global da escala foi de 0,89 o que atesta uma boa consistência interna. Nos vários fatores o mesmo variou entre 0,581 e 0,784 (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Alpha de Cronbach nos diferentes fatores

Fatores		Alpha Cronbach no presente estudo
Ambiente Físico	VI: Carga de trabalho	0,703
Ambiente Psicológico	I: A morte e o morrer	0,755
	III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	0,784
	IV: Falta de apoio dos colegas	0,756
	VII: Incerteza quanto aos tratamentos	0,581
Ambiente Social	II: Conflitos com os médicos	0,692
	V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	0,619

3.7 TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa informático SPSS® 24.0 (*Statistical Package for Social Sciences*). A análise estatística efetuada comporta uma análise descritiva e uma análise inferencial.

Na análise descritiva utilizaram-se distribuições de frequências (absolutas e relativas) e medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Na análise inferencial recorreu-se a testes estatísticos para analisar a relação entre as variáveis e testar as hipóteses em estudo, nomeadamente os testes não paramétricos *U Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis*, e a correlação *Ró de Spearman*.

Foram realizados os respetivos testes de verificação da aderência das distribuições à normalidade (teste de *Kolmogorov-Smirnov* e/ou *Shapiro-Wilk*) e/ou homogeneidade das variâncias (teste de *Levine*), para a verificação do cumprimento dos pressupostos nos testes a utilizar.

Após a análise descritiva dos dados obtidos descrita 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 (ESPE).

Optou-se por testar as hipóteses através de testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal das dimensões da variável dependente, como mostra a seguir o teste da normalidade.

Pela utilização do *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors* (cf. Tabela 2), verifica-se que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente (ESPE), não se encontra enquadrada na normalidade em nenhuma das suas dimensões ($p < 0,05$). Deste modo, assumiu-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do

normal para as dimensões, o que limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Tabela 2 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
	Estatísticas	p
Ambiente físico	0,113	0,010*
Ambiente psicológico	0,107	0,018*
Ambiente social	0,102	0,028*
Escala total	0,092	0,037*

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

O tratamento dos dados foi feito informaticamente através do programa SPSS. 24.

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 afirmar, com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

3.8 ASPETOS FORMAIS E ÉTICOS

A aplicação do questionário realizou-se em entre agosto e outubro de 2016. Constatou-se de um envelope fechado entregue em mão juntamente com o consentimento informado (**Apêndice II**). A participação dos enfermeiros foi voluntária, tendo sido assegurado o sigilo e confidencialidade dos mesmos.

Todos os aspetos éticos e legais decorrentes da investigação científica foram preservados nesta investigação. Foi formulado o pedido formal escrito de autorização para realização de investigação científica à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e após aprovado, entregue ao Conselho de Administração da instituição de saúde de proveniência dos enfermeiros da amostra, na pessoa do seu presidente, solicitando autorização para a participação dos enfermeiros do Serviço de Urgência no estudo. (**Apêndice III**).

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

De seguida ir-se-á apresentar e analisar todas as informações e material obtido através do preenchimento dos questionários e dar relevo aos achados da pesquisa, começando-se pela análise descritiva.

Como se pode observar, a amostra é constituída por 85 enfermeiros, prevalecendo o género feminino com 69,41% (59 enfermeiras), sendo que os restantes 26 participantes (30,59%) correspondem ao género masculino. Estes valores são justificáveis tanto pelo maior número de mulheres existentes no serviço, bem como pela própria natureza da profissão (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o sexo

Sexo	N	%
Feminino	59	69,41
Masculino	26	30,59
<i>Total:</i>	85	100

Quanto ao estado civil, não é grande a discrepância, contudo a maioria dos participantes é casado ou vive em união de facto, correspondendo a 53 enfermeiros (62,35%) *versus* 31 (36,47%) enfermeiros solteiros e 1 elemento divorciado (1,18%) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o estado civil

Estado Civil	N	%
Solteira(o)	31	36,47
Casada(o)/União de facto	53	62,35
Divorciada(o)	1	1,18
<i>Total:</i>	85	100

No que se refere ao local de residência, a maioria reside em meio urbano (43,53%). O meio semiurbano e rural estão bastante próximos, sendo que ao primeiro corresponde 29,41% da amostra e ao segundo, 27,06%. Estes dados permitem concluir que mais

de metade da amostra não reside perto do seu local de trabalho, levando a que o tempo de deslocação seja maior (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo o local de residência

Local de Residência	N	%
Meio Urbano (até 15 minutos para chegar local de trabalho)	37	43,53
Meio Semiurbano (entre 15 a 45 minutos para chegar ao local de trabalho)	25	29,41
Meio Rural (superior a 45 minutos para chegar ao local de trabalho)	23	27,06
<i>Total:</i>	85	100

A idade dos enfermeiros participantes no estudo está compreendida entre os 27 e os 54 anos, sendo que a média de idades é de 36,52 anos. Quando analisados individualmente os grupos dos enfermeiros mais jovens (<40 anos), a média centra-se nos (32,29 anos); já nos enfermeiros menos jovens (>40 anos), a média enquadra-se nos (45,59 anos) (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra em função da idade

Idade	N	Mínimo	Máximo	Med.	\bar{x}	DP
<40 anos	58	27	39	32,00	32,29	3,23
>40 anos	27	40	54	45,00	45,59	4,13
<i>Total:</i>	85				36,52	7,15

No que diz respeito à categoria profissional e formações adicionais, pode verificar-se que a maioria, 81,18% dos participantes possui a Licenciatura, 16,47% (14 enfermeiros) são mestres e apenas 2 participantes se apresentam como Bacharéis (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição da amostra em função das habilitações académicas

Habilitações Académicas	N	%
Bacharelato	2	2,35
Licenciatura	69	81,18
Mestrado	14	16,47
<i>Total:</i>	85	100

Como formações académicas temos 42 participantes (49,40%) com pós graduação; pós licenciatura e/ou especialidade, nas mais variadas áreas. De destacar também as formações adicionais como SAV; SBV; e cursos avançados de que 53 enfermeiros (62,40%) são detentores (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição da amostra em função das formações adicionais

Formações adicionais	N	%
Formação académica (Pós-Graduação / Pós-Licenciatura / Especialidade)	42	49,40
Formação adicional (SAV / SBV / Cursos avançados)	53	62,40

Atendendo à categoria profissional, a amostra é maioritariamente constituída por enfermeiros, correspondendo a 65,88%, sendo que os restantes 25% são enfermeiros graduados e 4% enfermeiros especialistas (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos da amostra em função da categoria profissional

Categoria Profissional	n	%
Enfermeiro(a)	56	65,88
Enfermeiro(a) Graduado(a)	25	29,41
Enfermeiro(a) Especialista	4	4,71
<i>Total:</i>	85	100

No que diz respeito ao vínculo à instituição dos enfermeiros participantes, 94,10% têm um Contrato de funções públicas ou Individual de Trabalho a Tempo Indeterminado, já os restantes 5,90% possuem Contrato a Termo Certo ou outro tipo de contratação não especificada (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da amostra em função do vínculo à instituição

Vínculo à instituição	n	%
Contrato de funções públicas/CITTI	80	94,10
CITTC/Outro	5	5,90
<i>Total:</i>	85	100

Esta amostra é composta por enfermeiros com uma experiência profissional que varia entre 5,25 e os 30,33 anos, obtendo-se um tempo médio de exercício profissional de 13,74 anos (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição da amostra em função do tempo de exercício profissional

Tempo total exercício profissional	n	Mínimo	Máximo	Med.	\bar{x}	DP
Número de anos	85	5,25	30,33	11,75	13,74	6,68

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional no atual SU, verifica-se que o mesmo varia entre os 0,33 e os 26,33 anos, sendo o valor médio da amostra global de 9,25 anos (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição da amostra em função do tempo de exercício profissional no atual SU

Tempo de exercício profissional no atual SU	n	Mínimo	Máximo	Med.	\bar{x}	DP
Número de anos	85	0,33	26,33	8,08	9,25	6,84

Constata-se que a amostra possui experiência profissional noutros serviços, sendo que para a relevância do estudo apenas se pretendeu estudar os serviços com características semelhantes à do estudo, isto é serviços diretamente relacionados com a prestação de cuidados de urgência/emergência. Assim, dos 85 participantes, 22 apresentam experiência profissional adquirida noutro serviço de urgência, contudo esta experiência varia entre 1 mês e 20 anos, sendo a mediana de 2,25.

Dos 4 enfermeiros com experiência em Cuidados Intensivos, temos um tempo mínimo de 6 meses e um máximo de 5 anos, apresentando uma mediana de 1,5 anos.

A amostra é constituída por 10 enfermeiros a desempenhar ou que desempenharam funções na Viatura Médica de Emergência e Reanimação/Suporte Imediato de Vida/VMER/SIV, sendo que se observa um tempo máximo de 19,67 anos e um mínimo de 4 meses, obtendo-se uma mediana de 3,92 (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos enfermeiros pelo tempo de exercício profissional noutros serviços

Tempo de exercício profissional noutros serviços	n	Mínimo	Máximo	Med.	\bar{x}	DP
Outro SU	22	0,08	20,00	2,25	4,14	4,67
Cuidados Intensivos	4	0,50	5,00	1,50	2,13	2,02
VMER/Ambulância SIV	10	0,33	19,67	3,92	7,08	7,21
Outros serviços (medicina ou cirurgia)	63	0,09	20,75	4,42	4,47	3,60

Na tabela 14 pode encontrar-se a distribuição média das respostas da amostra a cada um dos itens da Escala de Perceção de Stresse.

Analisando mais pormenorizadamente as respostas, e considerando uma maior perceção de stresse, todos os itens com pontuação superior ou igual a 3 (classificadas como frequentemente stressantes) e menor perceção de stresse os itens com pontuação inferior a 2 (classificadas como pouco stressantes), verifica-se que são as situações mais stressantes para a amostra em estudo:

- Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho ($x=3,12\pm0,76$)
- Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem ($x=3,05\pm0,69$)
- Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço ($x=3,07\pm0,65$),

As situações menos stressantes para os participantes são:

- Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal ($x=1,91\pm0,73$)
- Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço ($x=1,86$)
- Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço ($x=1,94$).

Tabela 14 - Distribuição média das respostas da amostra a cada dos itens da Escala de Perceção de Stresse

Perceção de Stresse	n	Mínimo	Máximo	Med	\bar{x}	DP
1. Avaria Informática	85	1	4	2	2,42	0,64
2. Ser criticado por um médico	85	1	4	2	2,19	0,68
3. Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos	85	1	4	2	2,45	0,73
4. Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos	85	1	4	3	2,60	0,68
5. Conflito com um superior hierárquico	85	1	4	2	2,34	0,78
6. Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte	85	1	4	2	2,14	0,85
7. Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca de problemas do serviço	85	1	4	2	2,19	0,73
8. A morte de um doente	85	1	4	2	2,34	0,61
9. Conflito com um médico	85	1	4	2	2,22	0,70
10. receio de cometer erros ao tratar de um doente	85	1	4	2	2,33	0,78
11. Falta de oportunidade para partilha experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço	85	1	4	2	2,11	0,72
12. A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade.	85	1	4	2	2,26	0,74
13. Ausência do médico quando o doente morre	85	1	4	2	2,11	0,76
14. Desacordo em relação ao tratamento do doente	85	1	4	2	2,40	0,66
15. Sentir falta da preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais	85	1	4	2	2,41	0,70
16. Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente	85	1	3	2	2,06	0,62
17. Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente	85	1	3	2	2,32	0,56
18. Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente	85	1	4	2	2,45	0,65
19. Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente	85	1	4	2	2,15	0,70
20. Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal	85	1	4	2	1,91	0,73
21. Ver um doente em sofrimento	85	1	4	3	2,95	0,67
22. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, de outro serviço	85	1	3	2	1,86	0,62
23. Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente	85	1	4	2	2,24	0,73
24. Receber críticas de um superior hierárquico	85	1	4	2	2,26	0,66
25. Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho	85	1	4	3	3,12	0,76
26. Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um doente	85	1	4	2	2,39	0,62
27. Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo	85	1	4	3	2,68	0,78
28. Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente	85	1	4	3	2,89	0,74
29. Dificuldade em trabalhar com um Enfermeiro (ou Enfermeiros) em particular, do mesmo serviço	85	1	3	2	1,94	0,52
30. Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem	85	2	4	3	3,05	0,69
31. Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica	85	1	4	2	2,40	0,89
32. Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento	85	1	4	2	2,35	0,67
33. Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado	85	1	4	2	2,29	0,69
34. Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço	85	2	4	3	3,07	0,65

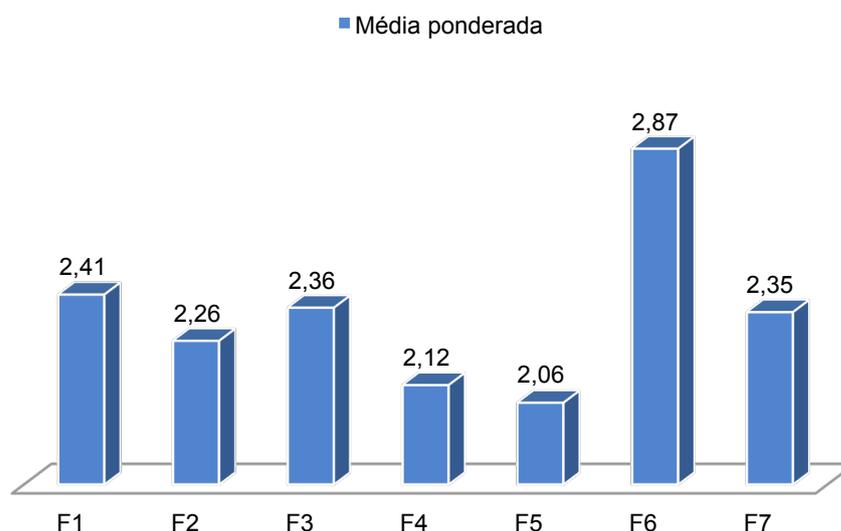
Observando-se o score global da perceção de stresse, obtemos uma média ponderada de 2,35. Após agrupamento dos itens nos respetivos fatores e avaliando as respetivas médias ponderadas (tendo em conta o número de itens que contemplam

cada fator), percebemos que o fator VI – Carga de trabalho é o que mais contribui para gerar stresse nos enfermeiros, seguido do Fator I - Morte e sofrimento; Fator III – Preparação inadequada e Fator VII – Incerteza nos tratamentos. Já o Fator V – Conflito com os colegas é o menos apontado como fonte geradora de stresse nos enfermeiros, secundado pelo Fator IV – Falta de apoio e Fator II – Conflitos com médicos (cf. Tabela 15 e Gráfico 1).

Tabela 15 - Distribuição média (ponderadas) das respostas a cada fator da Escala de Perceção de Stresse

Perceção de Stresse	N	Mín.	Máx.	Med.	\bar{x}	DP
ESPE total	85	1,59	3,71	2,32	2,35	0,34
Fator I - Morte e sofrimento	85	1,14	3,71	2,43	2,41	0,46
Fator II - Conflitos com médicos	85	1,40	3,60	2,20	2,26	0,47
Fator III - Preparação inadequada	85	1,33	4,00	2,33	2,36	0,58
Fator IV - Falta de apoio	85	1,00	3,67	2,00	2,12	0,57
Fator V - Conflito com colegas e superiores	85	1,20	3,40	2,00	2,06	0,42
Fator VI – Carga de trabalho	85	1,67	4,00	2,83	2,87	0,45
Fator VII – Incerteza nos tratamentos	85	1,40	3,60	2,20	2,35	0,46

Gráfico 1 - Distribuição média (ponderadas) das respostas a cada fator da Escala de Perceção de Stresse



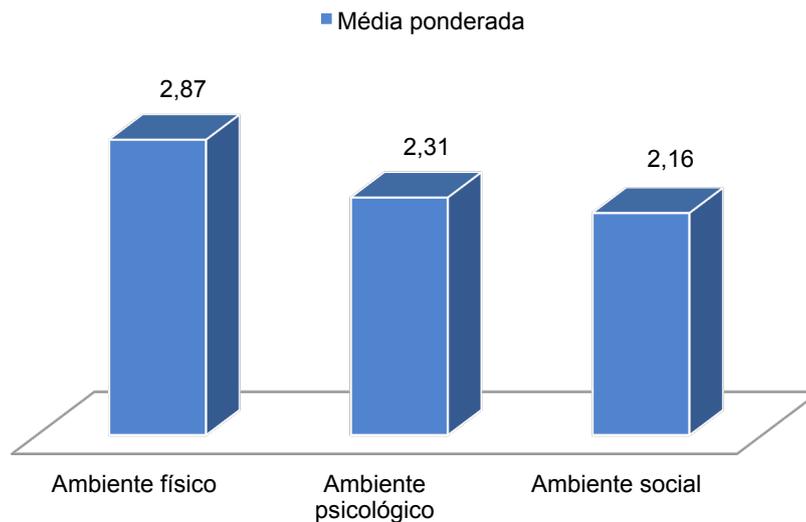
No que se refere à perceção do stresse, após agrupamento dos fatores em dimensões, e avaliando as respetivas médias ponderadas (tendo em conta o número de fatores que contemplam cada dimensão), verifica-se que o *Ambiente físico* (avaliado pelo fator carga de trabalho) é a dimensão que mais contribui para gerar stresse na perspetiva dos enfermeiros, a dimensão *Ambiente psicológico* (avaliado

pelos fatores morte e sofrimento, preparação inadequada, falta de apoio e incerteza nos tratamentos) ocupa uma posição intermédia, enquanto o *Ambiente social* (avaliado pelos fatores conflitos com os médicos e falta de apoio) é tido como a que menos potencial fonte geradora de stresse nos enfermeiros (cf. Tabela 16 e Gráfico 2).

Tabela 16 - Distribuição média (ponderadas) relativa às dimensões ambiente físico, psicológico e social

Perceção de Stresse	N	Mín.	Máx.	Med.	\bar{X}	DP
ESPE total	85	1,59	3,71	2,32	2,35	0,34
Ambiente físico	85	1,67	4,00	2,83	2,87	0,45
Ambiente psicológico	85	1,29	3,35	2,24	2,31	0,39
Ambiente social	85	1,40	3,20	2,10	2,16	0,39

Gráfico 2 - Distribuição média (ponderadas) relativa às dimensões ambiente físico, psicológico e social



4.1. HIPÓTESES DO ESTUDO

Seguem-se os resultados das hipóteses de investigação formuladas.

Hipótese 1 (H₁) - Os enfermeiros mais jovens apresentam maior perceção de stresse

No sentido de testar a hipótese supracitada, avaliando a relação da idade com os níveis de stresse percebido pelos enfermeiros, recorreu-se ao coeficiente de correlação *Ró de Spearman*, dada a necessidade de avaliar a relação entre duas variáveis, sendo o nível de medida de pelo menos uma delas ordinal (cf. Tabela 17).

O coeficiente de correlação *Ró de Spearman* permite medir a intensidade da relação entre variáveis ordinais ou de nível de medida superior, não sendo sensível a assimetrias das distribuições e à presença de *outliers*, não sendo, por isso, a aderência das distribuições à normalidade um imperativo (Pestana & Gageiro, 2014).

Face aos resultados obtidos, resultantes da aplicação do procedimento estatístico mencionado, verificamos que existe globalmente **uma associação linear muito fraca entre a idade e os níveis de stresse percebidos pelos enfermeiros**.

Contudo, observando o respetivo valor de significância das correlações, verificamos que essa associação só é estatisticamente significativa no Fator II - Conflitos com médicos ($r_s = -0,239$; $p = 0,027$). Neste fator averiguamos, então, a **existência de uma relação fraca, negativa e estatisticamente significativa**, ou seja, quanto mais jovens são os enfermeiros maior é a sua perceção de stresse no fator conflitos com os médicos.

Tabela 17 - Matriz de correlação bivariada de *Spearman* entre a idade e os níveis de stresse percebido (ESPE) - testes bicaudais

	ESPE Total	Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	Fator V	Fator VI	Fator VII
Idade	$r_s = -0,107$ $p = 0,329$	$r_s = 0,032$ $p = 0,770$	$r_s = -0,239$ $p = 0,027$	$r_s = -0,095$ $p = 0,386$	$r_s = 0,051$ $p = 0,643$	$r_s = -0,132$ $p = 0,227$	$r_s = -0,149$ $p = 0,174$	$r_s = -0,110$ $p = 0,318$

Procurando-se realizar uma comparação dos níveis de perceção de stresse nos enfermeiros com grupos etários constituídos (mais jovens e menos jovens), recorreu-se ao teste *U Mann-Whitney* dada a comparação de dois grupos independentes e a

não aproximação de pelo menos uma das distribuições à normalidade, como verificado anteriormente.

Com a aplicação do referido teste (cf. Tabela 18), constatou-se que os enfermeiros mais jovens apresentam uma maior percepção de stresse na dimensão *Ambiente físico e social* e na escala global, comparativamente aos enfermeiros menos jovens. Já para a dimensão *Ambiente psicológico*, são os enfermeiros mais velhos que revelam maiores índices de stresse, não existindo, contudo, nenhuma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) em qualquer uma das interações.

Tabela 18 – Teste de U-Mann de Whitney entre a percepção de stresse e os grupos etários

Percepção de Stresse		N	OM	Z	p
Grupos etários					
ESPE Total	Mais jovens (<40 anos)	58	43,54	-0,538	0,591
	Menos jovens (\geq 40 anos)	27	41,83		
Ambiente físico	Mais jovens (<40 anos)	58	43,97	-0,448	0,654
	Menos jovens (\geq 40 anos)	27	40,91		
Ambiente psicológico	Mais jovens (<40 anos)	58	42,18	-1,013	0,311
	Menos jovens (\geq 40 anos)	27	44,76		
Ambiente social	Mais jovens (<40 anos)	58	44,84	-0,297	0,766
	Menos jovens (\geq 40 anos)	27	39,04		

Hipótese 2 (H₂) - Os enfermeiros do género feminino apresentam maior percepção de stresse

Finalmente, procurando verificar a influência da variável género na percepção de stresse dos enfermeiros, voltou a utilizar-se o teste *U Mann-Whitney* dado a comparação entre homens e mulheres e a não aproximação de pelo menos uma das distribuições à normalidade (cf. Tabela 19).

Os resultados demonstraram que, apesar de genericamente as mulheres apresentarem uma maior percepção de stresse, quer no global, quer nas diversas dimensões (à exceção do Fator II – Conflitos com os médicos), esta diferença só é estatisticamente significativa na dimensão *Incerteza quanto aos tratamentos* ($Z = -1,819$; $p = 0,035$), onde as mulheres ($OM = 46,19$) apresentam uma percepção de stresse estatisticamente superior à dos homens ($OM = 35,77$).

Tabela 19 - Teste de U-Mann de Whitney entre a percepção de stresse e o género

Perceção de Stresse	Género	N	OM	Z	P
ESPE Total	Feminino	59	44,24	-,697	0,243
	Masculino	26	40,19		
Fator I – morte e sofrimento	Feminino	59	42,75	-,139	0,445
	Masculino	26	43,56		
Fator II – conflito com os médicos	Feminino	59	43,66	-,376	0,354
	Masculino	26	41,50		
Fator III – preparação inadequada	Feminino	59	44,84	-1,069	0,142
	Masculino	26	38,83		
Fator IV – falta de apoio	Feminino	59	43,64	-,365	0,358
	Masculino	26	41,56		
Fator V - conflitos com colegas superiores	Feminino	59	43,69	-,397	0,346
	Masculino	26	41,42		
Fator VI – carga de trabalho	Feminino	59	43,51	-,289	0,387
	Masculino	26	41,85		
Fator VII – incerteza nos tratamentos	Feminino	59	46,19	-1,819	0,035
	Masculino	26	35,77		

Finalmente, procurando-se verificar a influência da variável género na percepção de stresse por parte dos enfermeiros, utilizou-se o teste *U Mann-Whitney*, uma vez que se procedeu à comparação entre homens e mulheres, tendo em conta também a não aproximação de pelo menos uma das distribuições à normalidade (cf. Tabela 20).

Os resultados demonstraram que, apesar de genericamente as mulheres apresentarem uma maior percepção de stresse, quer no global, quer nas diversas dimensões, sem, contudo haver uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Tabela 20 - Teste de U-Mann de Whitney entre a percepção do ambiente gerador de stresse e o género

Perceção de Stresse	Género	N	OM	Z	P
ESPE Total	Feminino	59	44,58	-0,892	0,372
	Masculino	26	39,40		
Ambiente físico	Feminino	59	43,51	-0,289	0,773
	Masculino	26	41,85		
Ambiente psicológico	Feminino	59	44,41	-0,792	0,429
	Masculino	26	39,81		
Ambiente social	Feminino	59	43,90	-0,507	0,612
	Masculino	26	40,96		

Hipótese 3 (H₃) - Os enfermeiros que desempenham a sua atividade há mais tempo em Serviço de Urgência apresentam menor perceção de stresse

Passando à análise da segunda hipótese, procurando analisar a relação do tempo de serviço, particularmente em serviços de urgência ou similares, com os níveis de perceção de stresse dos enfermeiros, voltou a recorrer-se ao coeficiente de correlação *Ró de Spearman*, pelos mesmos motivos já anteriormente apresentados na hipótese anterior e que se prendem com os pressupostos do procedimento e variáveis a analisar.

Assim, da análise do procedimento estatístico efetuado (cf. Tabela 21), constatamos que, maioritariamente, as relações entre a perceção de stresse e o tempo de exercício profissional (total ou nos vários serviços) são fracas ou muito fracas, não constituindo relações estatisticamente significativas.

Tabela 21 - Matriz de correlação bivariada de *Spearman* entre o tempo de exercício profissional e os níveis de stresse percecionado (ESPE) – testes bicaudais

Perceção de Stresse	Tempo de exercício profissional no atual Serviço (N=85)	Experiência profissional noutra Serviço de Urgência (N=22)
ESP Total	$r_s = -0,055$ $p = 0,617$	$r_s = -0,081$ $p = 0,718$
Fator I - Morte e sofrimento	$r_s = 0,107$ $p = 0,329$	$r_s = -0,053$ $p = 0,815$
Fator II - Conflitos com médicos	$r_s = -0,206$ $p = 0,050$	$r_s = -0,173$ $p = 0,441$
Fator III - Preparação inadequada	$r_s = -0,095$ $p = 0,385$	$r_s = -0,058$ $p = 0,796$
Fator IV - Falta de apoio	$r_s = -0,027$ $p = 0,803$	$r_s = -0,019$ $p = 0,933$
Fator V – Conflito com colegas superiores	$r_s = -0,062$ $p = 0,576$	$r_s = -0,202$ $p = 0,368$
Fator VI – Carga de trabalho	$r_s = -0,124$ $p = 0,257$	$r_s = 0,311$ $p = 0,158$
Fator VII – Incerteza nos tratamentos	$r_s = -0,079$ $p = 0,473$	$r_s = 0,010$ $p = 0,965$

Procurando-se analisar a relação do tempo de serviço com os níveis de perceção de stresse dos enfermeiros, recorreu-se também ao coeficiente de correlação *Ró de Spearman*, pelos mesmos motivos já anteriormente apresentados na hipótese anterior no que concerne a escolhas não paramétricas, e dada a necessidade de avaliar a

relação entre duas variáveis, sendo o nível de medida de pelo menos uma delas ordinal (cf. Tabela 22).

Assim, da análise do procedimento estatístico efetuado, constatamos que, maioritariamente, as relações entre a percepção de stresse e o tempo de exercício profissional (total ou nos vários serviços) são fracas ou muito fracas (r_s varia entre -0,025 e -0,0124) não constituindo relações estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Contudo, verificamos que os enfermeiros que desempenham a sua atividade globalmente há mais tempo no SU apresentam tendencialmente menores níveis de stresse (correlações negativas), bem como os que estiveram mais tempo noutros SU's, com exceção para a dimensão *Ambiente físico*, que revela uma correlação positiva, ou seja, com o aumento do tempo nestes SU's, aumentam os fatores ambientais físicos geradores de stresse.

Tabela 22 - Matriz de correlação bivariada de *Spearman* entre o tempo de exercício profissional e os níveis de stresse percecionado (ESPE) – testes bicaudais

Perceção de Stresse	Tempo de exercício profissional no atual Serviço (N=85)	Experiência profissional noutro Serviço de Urgência (N=22)
ESPE Total	$r_s = -0,062$ $p = 0,572$	$r_s = -0,090$ $p = 0,691$
Ambiente físico	$r_s = -0,124$ $p = 0,257$	$r_s = 0,311$ $p = 0,158$
Ambiente psicológico	$r_s = -0,025$ $p = 0,818$	$r_s = -0,050$ $p = 0,826$
Ambiente social	$r_s = -0,112$ $p = 0,306$	$r_s = -0,267$ $p = 0,230$

Hipótese 4 (H₄) - Os enfermeiros que possuem formação na área da emergência apresentam menor percepção de stresse

Procurando realizar uma comparação dos níveis de percepção de stresse nos enfermeiros com diferentes tipos de formação, recorreu-se para a presença de cada uma das formações adicionais, ao teste *U Mann-Whitney* dado a comparação de dois grupos independentes (os que têm a formação e os que não têm a formação) e a não aproximação de pelo menos uma das distribuições à normalidade.

Com a aplicação do referido teste (cf. Tabela 23), constatou-se que os enfermeiros que possuem pós-graduação em urgência/emergência (OM=33,68) apresentam uma

menor percepção de stresse na dimensão morte e sofrimento (Fator 1), comparativamente com os que não têm essa pós-graduação (Média dos Postos=46,25), sendo essa a única diferença estatisticamente significativa ($Z=-2,063$; $p=0,038$) encontrada neste tipo de formação.

Já os enfermeiros que possuem pós-licenciatura/especialidade em enfermagem médico-cirúrgica apresentam uma maior percepção de stresse (OM=53,62), na dimensão carga de trabalho, comparativamente com os que não têm essa pós-licenciatura/especialidade (OM=41,08), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($Z=-1,700$; $p=0,045$).

Relativamente aos enfermeiros que possuem as formações SAV, SIV, SBV e trauma nos últimos 2 anos, não se verificaram diferenças significativas ($p>0,05$) nos níveis de percepção de stresse, comparativamente com os que não realizaram essas formações nos últimos 2 anos.

Tabela 23 – Teste de U-Mann de Whitney entre a percepção de stresse e os diferentes tipos de formação

Percepção de Stresse		Pós-Graduação em Urgência/Emergência				Pós-Licenciatura/Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica			
		N	OM	Z	p	N	OM	Z	p
Formações adicionais									
ESPE Total	Sim	22	40,73	-0,502	0,616	13	47,85	-0,770	0,221
	Não	63	43,79			72	42,13		
Fator I – Morte e sofrimento	Sim	22	33,68	-2,073	0,038	13	50,85	-1,255	0,105
	Não	63	46,25			72	41,58		
Fator II – conflitos com os médicos	Sim	22	44,45	-0,325	0,746	13	47,38	-0,703	0,241
	Não	63	42,49			72	42,21		
Fator III – preparação inadequada	Sim	22	42,45	-0,124	0,901	13	43,85	-0,139	0,445
	Não	63	43,19			72	42,85		
Fator IV – Falta de apoio	Sim	22	37,23	-1,302	0,193	13	50,23	-1,173	0,121
	Não	63	45,02			72	41,69		
Fator V – conflitos com colegas superiores	Sim	22	47,73	-1,059	0,290	13	36,46	-1,053	0,146
	Não	63	41,35			72	44,18		
Fator VI – carga de trabalho	Sim	22	42,18	-0,182	0,855	13	53,62	-1,700	0,045
	Não	63	43,29			72	41,08		
Fator VII – incerteza nos tratamentos	Sim	22	47,18	-0,936	0,349	13	35,12	-1,269	0,102
	Não	63	41,54			72	44,42		

A fim de se fazer uma comparação dos níveis de percepção de stresse nos enfermeiros com diferentes tipos de formação, recorreu-se para a presença de cada uma das formações adicionais, ao teste *U Mann-Whitney* dado a comparação de dois grupos independentes (os que têm a formação e os que não têm a formação) e a não aproximação de pelo menos uma das distribuições à normalidade.

Com a aplicação do referido teste (cf. Tabela 24), constatou-se que os enfermeiros que possuem pós-graduação em urgência/emergência apresentam uma menor percepção de stresse em todas as dimensões e global, com exceção para a dimensão *Ambiente social*, todavia não se constata diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). Já os enfermeiros que possuem pós-licenciatura/especialidade em enfermagem médico-cirúrgica apresentam uma maior percepção de stresse na maioria das dimensões e stresse global, com exceção também para a dimensão *Ambiente social*, comparativamente com os que não têm essa pós-licenciatura/especialidade, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).

Tabela 24 – Teste de U-Mann de Whitney entre a percepção de stresse face aos diferentes ambientes e os tipos de formação

Percepção de Stresse		Pós-Graduação em Urgência/Emergência				Pós-Licenciatura/Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica			
		N	OM	Z	p	N	OM	Z	P
ESPE Total	Não	63	43,71	-0,447	0,655	72	42,11	-0,782	0,435
	Sim	22	40,98			13	47,92		
Ambiente físico	Não	63	43,29	-0,182	0,855	72	41,08	-1,700	0,089
	Sim	22	42,18			13	53,62		
Ambiente psicológico	Não	63	44,69	-1,069	0,285	72	42,30	-0,617	0,537
	Sim	22	38,16			13	46,88		
Ambiente social	Não	63	41,80	-0,760	0,447	72	43,08	-0,067	0,946
	Sim	22	46,43			13	42,58		

Hipótese 5 (H₅) - Os enfermeiros que residem em meio urbano apresentam menor percepção de stresse

De forma a analisar a influência do local de residência (meio urbano, semiurbano ou rural) na percepção do stresse, aplicou-se o teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis*, pela necessidade de comparação de 3 grupos e dada a não verificação do pressuposto da normalidade em pelo menos um dos grupos a comparar (cf. Tabela 25).

Os resultados obtidos demonstram que, apesar das diferenças encontradas consoante o local de residência, apenas existem diferenças estatisticamente significativas na percepção do stresse na dimensão morte e o morrer ($X^2_{kw} = 6,063$; $p=0,048$), sendo que os enfermeiros que residem em meio urbano apresentam uma maior percepção de stresse (OM=49,03), seguidos dos que vivem em meio semiurbano (OM=40,48). Os

que vivem em meio rural (OM=36,04) são os que apresentam menor percepção de stresse nessa dimensão.

Tabela 25 - Teste Kruskal-Wallis entre a percepção de stresse e o local de residência

Percepção de Stresse	Local de residência	N	OM	X_{kw}^2	P
ESPE Total	Meio Urbano	37	49,03	4,300	0,116
	Meio Semiurbano	25	40,48		
	Meio Rural	23	36,04		
Fator I – Morte e sofrimento	Meio Urbano	37	48,73	6,063	0,048
	Meio Semiurbano	25	43,92		
	Meio Rural	23	32,78		
Fator II - conflitos com médicos	Meio Urbano	37	49,24	4,287	0,117
	Meio Semiurbano	25	38,38		
	Meio Rural	23	37,98		
Fator III – preparação inadequada	Meio Urbano	37	45,76	1,120	0,571
	Meio Semiurbano	25	42,52		
	Meio Rural	23	39,09		
Fator IV – falta de apoio	Meio Urbano	37	43,22	0,558	0,756
	Meio Semiurbano	25	45,32		
	Meio Rural	23	40,13		
Fator V – conflitos com colegas superiores	Meio Urbano	37	45,64	1,878	0,391
	Meio Semiurbano	25	37,42		
	Meio Rural	23	44,83		
Fator VI – carga de trabalho	Meio Urbano	37	43,62	0,068	0,967
	Meio Semiurbano	25	43,06		
	Meio Rural	23	41,93		
Fator VII – incerteza nos tratamentos	Meio Urbano	37	46,65	2,768	0,251
	Meio Semiurbano	25	44,02		
	Meio Rural	23	36,02		

De forma a analisar-se a influência do local de residência (meio urbano, semiurbano ou rural) na percepção do stresse por parte dos enfermeiros, aplicou-se o teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis*, pela necessidade de comparação de 3 grupos e dada a não verificação do pressuposto da normalidade em pelo menos um dos grupos a comparar (cf. Tabela 26).

Os resultados obtidos demonstram que, apesar das diferenças encontradas consoante o local de residência, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das interações ($p > 0,05$), sendo que os enfermeiros que residem em meio urbano apresentam uma maior percepção de stresse em todas as dimensões e stresse global. Os que vivem em meio rural são os que apresentam menor percepção de stresse nessas dimensões e stresse global, com exceção para a dimensão *Ambiente social*, em que a menor percepção de stresse é revelada pelos elementos residentes em zonas semiurbanas.

Tabela 26 - Teste Kruskal-Wallis entre a percepção do ambiente gerador de stresse e o local de residência

Percepção de Stresse	Local de residência	N	OM	χ^2_{kw}	P
ESPE Total	Meio Urbano	37	48,43	3,563	0,168
	Meio Semiurbano	25	40,94		
	Meio Rural	23	36,50		
Ambiente físico	Meio Urbano	37	43,62	0,068	0,967
	Meio Semiurbano	25	43,06		
	Meio Rural	23	41,93		
Ambiente psicológico	Meio Urbano	37	47,64	4,568	0,102
	Meio Semiurbano	25	44,56		
	Meio Rural	23	33,85		
Ambiente social	Meio Urbano	37	47,85	2,642	0,267
	Meio Semiurbano	25	38,22		
	Meio Rural	23	40,39		

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Objetivou-se avaliar a percepção de stresse por parte dos enfermeiros e identificar quais os fatores indutores de stresse e os ambientes indutores de stresse, num contexto específico, a Sala de Emergência de um Serviço de Urgência.

Neste capítulo será efetuada uma análise e discussão dos principais resultados encontrados, tentando, sempre que possível, compará-los e discuti-los à luz da literatura existente e estudos realizados neste domínio.

Serão também analisadas os constrangimentos e limitações do estudo, que poderão ter influenciado os resultados, bem como enumeradas estratégias de melhoria para futuras investigações. Todavia, serão igualmente referidos os ganhos alcançados e mencionada a evidência científica gerada.

A população deste estudo foi a equipa de enfermagem de um Serviço de Urgência de um hospital central, na região centro de Portugal. A amostra foi constituída por 85 enfermeiros, que se voluntariaram a participar no estudo, este método, ao ser não probabilístico não garante a aleatoriedade e a representatividade, não permitindo generalizar resultados com precisão estatística, daí que os resultados deverão ser analisados com alguma precaução (Vilelas, 2009)

Na amostra do estudo prevalece o género feminino, representando 69,41% do número total de participantes, corroborando os dados da OE relativos ao número de enfermeiros efetivos e ativos em 2013, inscritos na mesma, onde o sexo feminino representa 81,69% de enfermeiros efetivos no país, e analisando a região centro, onde o estudo foi realizado, verifica-se que 79,83% dos enfermeiros são também do sexo feminino (OE, 2014).

No SU, onde o estudo foi realizado, apesar de se confirmar a prevalência do sexo feminino, a discrepância não é tão acentuada, devendo-se ao facto de no global da equipa em causa existirem também mais homens do que em outros serviços, o que contraria também o contexto global da profissão.

No que se refere ao estado civil, verifica-se uma prevalência de enfermeiros casados, sendo que a diferença com os solteiros não é de grande número. Estes valores podem ser melhor compreendidos se analisarmos a faixa etária da amostra, onde a idade média é de 36,52 anos.

Os dados estatísticos referentes à idade dos enfermeiros, a nível nacional, evidenciam que a profissão é exercida maioritariamente por jovens, com quase 50% dos indivíduos a terem uma idade inferior a 36 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Analisando o tempo de experiência profissional nos enfermeiros da amostra em estudo, verifica-se que o valor médio é de 13,74 anos sendo que, no que se refere ao tempo de exercício profissional no atual serviço, a média é de 9,25 anos. Pode assim verificar-se que a experiência profissional é característica comum, não só pelos dados em cima descritos, mas por também apresentarem experiência em serviços relacionados, nomeadamente cuidados intensivos e em pré-hospitalar.

Enfermeiro é a categoria profissional predominante na amostra em estudo, podendo ser relacionado com o tempo médio de exercício profissional, concomitantemente com políticas atuais e com os congelamentos que atualmente impedem a progressão na carreira desde há alguns anos. Pelos mesmos motivos e face à faixa etária, compreende-se que os enfermeiros do estudo, maioritariamente, possuam contratos individuais de trabalho a tempo indeterminado, pois esta tem sido a política adotada pelas instituições nos últimos anos.

No que se refere às habilitações e qualificações profissionais constata-se apenas 2 enfermeiros possuem o grau de bacharel, sendo todos os outros licenciados à qual a maioria acrescenta cursos de formação profissional contínua, particularmente na área da urgência/emergência. Disto são exemplo as pós-graduações em urgência/emergência e os cursos de SAV, SIV, SBV e trauma, realizados inclusivamente num passado recente, na maioria das situações não superior a 2 anos. De referir que 13 enfermeiros são já detentores da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. Pode assim inferir-se que há uma preocupação notória pela formação contínua e pelo investimento pessoal na aquisição e atualização de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Menoita 2011).

A escala utilizada para avaliar a perceção de stresse neste estudo avalia 7 dimensões/fatores e 3 tipos de ambientes. Deste modo, constatou-se que o fator VI – *Carga de trabalho* é o que mais contribui para gerar stresse nos enfermeiros, seguido do Fator I - *Morte e sofrimento*; Fator III – *Preparação inadequada* e Fator VII – *Incerteza nos tratamentos*. Estes resultados estão em conformidade com outros estudos, cujos enfermeiros consideram o stresse no atendimento de urgência como prejudicial à saúde, decorrente da sobrecarga de trabalho, na procura de respostas humanas às solicitações requeridas neste serviço (Oliveira, Alchiere, Pessoa Júnior, Miranda & Almeida, 2013; Vital, 2017).

No estudo de Jesus, Roque e Amaral (2015) os enfermeiros relataram que os fatores mais críticos são a falta de enfermeiros na equipa, não estando o serviço dotado de enfermeiros suficientes para a prática de cuidados de qualidade, assumindo-se como uma fonte potencialmente geradora de stresse, o está em conformidade com a maioria dos estudos internacionais e nacionais que apontam que a diferença de rácio enfermeiro/doente se assume como um fator de stresse (Aiken & Patrician, 2000; Purdy, Laschinger, Finegan, Kerr & Oliveira, 2010; Rodrigues & Ferreira, 2011; Jesus Roque & Amaral., 2015).

Os níveis de stresse em enfermagem de urgência também dependem do contexto de cuidados, ou seja, as emoções dos enfermeiros sofrem oscilações em conformidade com a gravidade do doente, tornando-se mais stressante e desgastante no contacto com situações de maior gravidade e eminente risco de morte dos indivíduos (Guido *et al.*, 2009).

Como se tem vindo a expor, o serviço de urgência é considerado um setor desgastante, quer pela carga laboral, quer pela especificidade das tarefas exercidas pelos enfermeiros. As condições insatisfatórias, relacionadas com a sobrecarga de trabalho e o lidar diariamente com o sofrimento e a morte dos doentes, interferem direta na saúde dos enfermeiros, tornando a sua rotina diária muitas vezes fonte de stresse (Duffield, Diers, O'Brien-Pallas, Aisbett, Roche, King, & Aisbett, 2011). Caso essas situações stressoras atuem durante um considerável tempo sobre o enfermeiro que não tenha estratégias comportamentais para as enfrentar, controlar ou que não possa emitir outros comportamentos a fim de evitá-las, este pode apresentar alterações fisiológicas, problemas emocionais e outros sintomas, podendo apresentar elevados níveis de stresse (Maturana & Valle, 2014).

Constatou-se que o *Ambiente físico* é a dimensão que mais contribui para gerar stresse na perspetiva dos enfermeiros, a dimensão *Ambiente psicológico* ocupa uma posição intermédia, enquanto o *Ambiente social* é tido como a que menos potencial fonte geradora de stresse nos enfermeiros. Estes resultados estão em conformidade com os obtidos por Vital (2017), cujo estudo revelou que o ambiente físico e o ambiente psicológico são os fatores que se assumem como potenciais fontes geradoras de stresse nos enfermeiros do serviço de urgência. O mesmo autor refere que quando o ambiente de trabalho é percebido como uma ameaça, ocorre o stresse no trabalho, com repercussões na vida pessoal e profissional. O serviço de urgência faz parte de uma complexa rede de prestação de cuidados de saúde, com características tipológicas e funcionais, permeadas pela persistente tensão de alerta.

Como tem vindo a ser referido, a enfermagem é uma profissão stressante devido à sua vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão e outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo de doença. Essas experiências são mais acentuadas nos serviços de urgência pela elevada sobrecarga emocional, cognitiva e física, devendo, por tal, ser reconhecidas como fatores de stress laboral (Rosso, *et al.*, 2014). Alguns estudos realizados com enfermeiros a exercerem no serviço de urgência têm demonstrado uma correlação entre os níveis de stress e o ambiente físico e psicológico (Guido *et al.*, 2009; Santos & Teixeira, 2009).

Neste âmbito importa salientar que o serviço de urgência tem por missão assistir todos os utentes que a ele recorrem, prestando cuidados médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo o respeito, a dignidade e a segurança. É a área do serviço de saúde mais sensível, complexa e ao mesmo tempo mais vulnerável. Este serviço é na maioria das vezes a porta de entrada no Sistema Nacional de Saúde. A enfermagem de urgência traduz a prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções (Patrick, 2011). Desta forma, os cuidados de enfermagem neste contexto dirigem-se a episódios geralmente agudos e em diferentes contextos, abarcando uma diversidade de conhecimentos, de utentes e de processos de doença. A sua resolução pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensinamentos ao utente/ família, encaminhamento adequado. O enfermeiro do serviço de urgências é um profissional que, pelas características do serviço e dos utentes, tem que recorrer muitas vezes ao estabelecimento de prioridades, impostas pela imprevisibilidade causada pela extrema variedade e gravidade das situações com que se depara. Estas peculiaridades do serviço de urgência assumem-se muitas vezes como potenciais fontes geradoras de stress nos enfermeiros, de quem se espera que olhe o utente no seu todo, atendo-o em todas as suas necessidades (Rodrigues & Ferreira, 2011).

Ao analisar as respostas da amostra, verifica-se que os enfermeiros mais jovens apresentam maior perceção de stress, contudo, apenas no fator II, correspondente aos conflitos com os médicos.

Vários estudos realizados (Costa & Martins (2011; Pereira *et al.*, 2013), corroboram estes dados, referindo ter encontrado uma relação inversa entre idade dos trabalhadores e níveis de stress. Costa & Martins (2011), baseados num estudo mais

antigo, acreditam que possa haver relação entre a maturidade e melhores esforços e estratégias, diminuindo, deste modo, os níveis de stresse.

No domínio deste fator – conflitos com os médicos - o mesmo estudo refere que “as bases de poder exercidas pelo médico (...) apresentaram capacidade de predição significativa de estresse” (Costa & Martins, 2011, p.1196).

Um outro estudo (Filha, Costa, & Guilam, 2013) mostra que os enfermeiros têm diferentes fatores que poderão ser impulsionadores de stresse ocupacional, nomeadamente conflitos no ambiente de trabalho e que, mais do que os fatores sociodemográficos, designadamente a faixa etária, aponta para a importância do ambiente harmonioso para prevenção do stresse profissional. Por sua vez, Teixeira, Pereira, Cardoso, Selegim, Reis e Gherardi-Donato (2015) afirmam que os enfermeiros de faixas etárias mais elevadas apresentam maior capacidade de criar estratégias para lidar com stresse, o que pode ser justificativo dos resultados encontrados no nosso estudo.

Como foi analisado no enquadramento teórico, a Sala de Emergência apresenta doentes instáveis, que necessitam de cuidados complexos e em tempo útil, estas características, podem assemelhar-se aos utentes em serviços de medicina intensiva. Assim sendo, recorreu-se a um estudo de 2016 de Silva et al., em que se afirma que há maiores índices de stresse na faixa etária dos 20-40 anos quando comparado com a faixa dos 41-50 anos.

Assim, pode considerar-se que os resultados do presente estudo poderão estar relacionados com as possíveis relações interprofissionais de poder entre médicos e enfermeiros, sendo que os mais novos as percebem por diversos motivos como mais geradoras de stresse. Neste âmbito faz-se alusão ao estudo de Costa e Martins (2014) que aponta, como potencial stressor na atividade laboral, a percepção de conflito intragrupal. Farias e Vaitsman (2002) concluíram que existem tensões inerentes às relações profissionais que têm por base a hierarquia e o controlo e que isto causa stresse no trabalho entre as várias categorias profissionais.

As mulheres apresentam uma maior percepção de stresse, comparativamente aos homens, comprovando a hipótese formulada, porém isto só se verifica na dimensão incerteza quanto aos tratamentos. Existem vários estudos a confirmar que o género feminino apresenta níveis de stresse superiores aos enfermeiros do género masculino. Estes resultados corroboram os encontrados por Inoue et al. (2013), Ross, Junior, Aggio, Trincaus, Possolli e Zanoti-Jeronymo (2014). Estes autores referem que o sexo feminino, paralelamente à sobrecarga de trabalho, têm a responsabilidade das tarefas

domésticas e a educação dos filhos, podendo ocasionar a sobrecarga de atividades, frustração e, conseqüentemente, níveis de stresse mais elevados. Afirmando também que as mulheres têm menos capacidade de adotar estratégias baseadas no problema do que os homens, sendo elas mais emocionais e, como tal, mais propensas a níveis mais elevados de stresse.

Globalmente, os enfermeiros que desempenham a sua atividade há mais tempo, bem como os que estão há mais tempo no atual Serviço de Urgência apresentam uma menor percepção de stresse na dimensão conflitos com os médicos, no mesmo sentido da hipótese anterior. Estes resultados corroboram a tese de Benner (2005), que apresenta os enfermeiros iniciados como aqueles que não têm nenhuma experiência das situações com que possam ser confrontados, já os enfermeiros peritos compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema, isto é, agem a partir de uma compreensão profunda da situação global, compreendendo-se, assim, que terão uma percepção de stresse menor.

Um estudo de Filha, Costa & Guilam (2013) demonstra que o tempo na instituição não se associa ao stresse laboral. Contudo, o estudo de Ross, Junior, Aggio, Trincaus, Possolli, e Zanoti-Jeronymo (2014) demonstra que um maior tempo de desempenho profissional no serviço promove adaptação e gera menor stresse. Um estudo de Inoue, Versa e Matsuda (2013) demonstra também que os enfermeiros mais novos apresentam níveis de stresse mais elevados, comparativamente aos mais velhos.

Ao longo da nossa pesquisa não foi possível encontrar bibliografia que me permita relacionar os conflitos com os médicos com os níveis de stresse em enfermeiros mais jovens, sendo esta uma possível temática merecedora de aprofundamento científico.

O presente estudo indica igualmente que os enfermeiros que desempenharam uma atividade no SMI apresentam uma percepção de stresse na dimensão conflitos com os médicos tanto maior quanto maior a sua experiência em SMI, algo que bibliograficamente também não me foi possível corroborar.

Os enfermeiros que possuem pós-graduação em urgência/emergência apresentam uma menor percepção de stresse na dimensão morte e sofrimento, comparativamente com os que não têm essa pós-graduação. O estudo de Inoue *et al.* (2013) revelou a não existência de níveis de stresse elevados, o que os autores explicam pela formação adicional que a maioria dos enfermeiros que participou no estudo possuía, afirmando, assim, que a percepção de stresse foi positivamente influenciada pelo nível de formação. Os enfermeiros que possuem pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica manifestam uma maior percepção de stresse na dimensão carga de trabalho,

comparativamente com os que não têm essa formação. Mais uma vez não existem estudos que suportem este resultado, contudo, atendendo às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011), verifica-se que a atuação do enfermeiro é bastante mais aprofundada e complexa, daí exigir mais tempo e esforço, percebendo-se, deste modo, que a carga de trabalho poderá assumir-se como um fator que influencia negativamente a perceção de stresse.

Os enfermeiros que possuem as formações SAV, SIV, SBV e trauma nos últimos 2 anos não apresentam diferenças significativas nos níveis de perceção de stresse, comparativamente com os que não têm essas formações nos últimos 2 anos. Estando os enfermeiros formados, preparados para atuar em casos de situações emergentes, seria de esperar que os resultados obtidos fossem diferentes, isto é, que os enfermeiros com estas formações tivessem menor perceção de stresse.

Constatou-se que existem diferenças significativas na perceção do stresse consoante a residência, nomeadamente na dimensão morte e o morrer, sendo que os enfermeiros que residem em meio urbano apresentam uma maior perceção de stresse, seguidos dos que vivem em meio semiurbano. Os que vivem em meio rural são os que apresentam menor perceção de stresse nessa dimensão. Ao formular-se esta hipótese pretendeu-se analisar se o tempo de deslocação até ao local de trabalho influencia a perceção de stresse dos enfermeiros. Os resultados obtidos são, no entanto, um pouco diferentes do expectável, não havendo resultados estaticamente significativos, a não ser na dimensão morte e sofrimento, aspeto que não encontramos justificação nos estudos consultados.

Inoue *et al.* (2013) ao analisarem várias atividades do enfermeiro para com o utente, verificaram que enfrentar a morte foi uma das que apresentou um nível de stresse mais elevado, podendo, de certa forma, explicar como apenas neste fator se verificaram diferenças significativas. Como diz Collière (1999), aprende-se a promover a vida, sendo, por isso, que custa tanto abordar a temática do seu fim. De acordo com Serra (2007), a experiência quotidiana com o sofrimento, dor, morte, impotência e o envolvimento emocional assumem-se como indutores de stresse laboral.

CONCLUSÃO

O stresse consiste num problema que tem suscitado uma vasta discussão na atualidade, porque apresenta riscos para o equilíbrio emocional do ser humano. Além disso, os profissionais de saúde, no caso concreto os enfermeiros, são significativamente afetados pelo stresse ocupacional, uma vez que se expõem a grandes cargas de pressão no ambiente de trabalho. Por tal, tem-se procurado estudar as causas desse stresse e os efeitos negativos que esse problema pode acarretar para a saúde física e mental dos enfermeiros, bem como o comprometimento da qualidade dos cuidados prestados.

A grande complexidade e o aumento da diversidade das problemáticas de saúde exigem cada vez mais quer para as unidades de saúde, quer para as equipas que as constituem, nomeadamente os enfermeiros. Estes são responsáveis por prestar cuidados à saúde do utente de uma forma holística, levando em consideração muitos outros fatores além dos cuidados básicos de saúde.

Percebe-se, assim, que a enfermagem constitui uma profissão com elevados níveis de stresse, pela complexidade no cuidar e pelo tipo de utentes que necessitam de cuidados, nomeadamente doentes críticos.

Em contexto da prestação de cuidados em sala de emergência, ou seja, à pessoa em situação crítica, observa-se uma exigência cada vez maior, que se traduz na formação mais específica, existindo atualmente enfermeiros especialistas, com competências específicas para a atuação neste tipo de utentes, estando estes capacitados para atuar em ambientes de doença/morte, para tomar decisões rapidamente, tendo por base uma avaliação sistemática que permita intervir, prevenir complicações e limitar incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Reconhecendo esta realidade, surgiu a necessidade de perceber se, em enfermagem, onde já há elevados níveis de stresse, qual é a perceção de stresse por parte dos enfermeiros que desempenham o seu papel na Sala de Emergência do hospital em estudo, onde, *a priori*, prestam cuidados a um tipo específico de doentes, os críticos, e quais os fatores indutores.

Neste sentido, o estudo permitiu concluir que *a carga de trabalho* é o fator que mais contribui para gerar stresse nos enfermeiros, seguindo-se *a morte e sofrimento*, *a preparação inadequada* e *a incerteza nos tratamentos*. Os fatores que menos

apontados como fontes geradoras de stresse nos enfermeiros são o *conflito com os colegas*, a *falta de apoio* e os *conflitos com médicos*.

Concluiu-se também que, na perspectiva dos enfermeiros, o *ambiente físico* é a dimensão que mais contribui para gerar stresse, tendo a dimensão *ambiente psicológico* ocupado uma posição intermédia, enquanto o *ambiente social* é tido como menos potencial fonte geradora de stresse.

Quanto aos resultados alcançados em relação às hipóteses de investigação, concluiu-se que os enfermeiros:

- com menos idade manifestam maior percepção de stresse, nomeadamente face aos conflitos com os médicos;
- de sexo feminino apresentam uma maior percepção de stresse, comparativamente aos homens, particularmente face à incerteza dos tratamentos;
- que desempenham a sua atividade há mais tempo e os que estão há mais tempo no atual Serviço de Urgência apresentam uma menor percepção de stresse na dimensão conflitos com os médicos, no mesmo sentido da hipótese anterior;
- que desempenharam uma atividade no Serviço de Medicina Intensiva ostentam uma percepção de stresse na dimensão conflitos com os médicos tanto maior quanto maior a sua experiência em Serviço de Medicina Intensiva.
- que possuem pós-graduação em urgência/emergência exibem uma menor percepção de stresse na dimensão morte e sofrimento, comparativamente com os que não têm essa pós-graduação;
- que possuem as formações SAV, SIV, SBV e trauma nos últimos 2 anos não apresentam diferenças significativas nos níveis de percepção de stresse, comparativamente com os que não têm essas formações nos últimos 2 anos.

Concluiu-se ainda que existem diferenças significativas na percepção do stresse em função da zona de residência, designadamente na dimensão morte e o morrer, sendo que os enfermeiros residentes em meio urbano os que apresentam uma maior percepção de stresse, seguidos dos que vivem em meio semiurbano. Os que vivem em meio rural são os que manifestam menor percepção de stresse na referida dimensão.

Constatou-se também que a carga de trabalho, a morte e sofrimento, a preparação inadequada e a incerteza nos tratamentos, o ambiente físico e o ambiente psicológico são os fatores que se assumem como maiores preditores de stresse nos enfermeiros.

Com base nos resultados obtidos prende-se implementar medidas que permitam contribuir para a diminuição dos níveis de stresse, através, por exemplo de formações em serviço, que, em última instância, irão contribuir para uma melhor qualidade do cuidar em enfermagem.

Face aos resultados obtidos e perante uma reflexão sobre os resultados apurados, pode dizer-se que, para os enfermeiros, a prestação de cuidados num serviço de urgência se caracteriza principalmente pela sua complexidade e especificidade. Assim, sugere-se a criação de espaços de partilha entre os enfermeiros, que permitam o delineamento de mecanismos de *coping* que os ajudem a enfrentar as situações geradoras de stresse, e que, em parceria, possam ser proativos, oferecendo-se, deste modo, propostas de construção de um agir profissional capaz de potenciar cuidados de saúde de qualidade.

Sugere-se também que se reforcem as redes de apoio dentro da própria organização hospitalar a fim de se poder reavaliar positivamente as fontes de stresse dos enfermeiros, com o objetivo de se combater o impacte negativo dos fatores de stresse, de modo a que os mesmos consigam enfrentar as situações indutoras de stresse de forma positiva e que sejam capazes de enfrentar o seu quotidiano profissional com bem-estar físico e emocional.

Desde o início que o estudo se revelou pertinente pela afinidade com a temática e também pela necessidade de aprofundamento de conhecimentos, de reflexões constantes e pela necessidade de aprendizagem e crescimento, não só profissional como pessoal.

Recorrendo a uma abordagem quantitativa, e utilizando uma escala já existente e validada, foi possível alcançar os objetivos propostos.

Importa referir que todas as conclusões alcançadas não são suscetíveis de serem generalizadas, uma vez que se trata de um estudo transversal, cuja maior desvantagem se prende com a impossibilidade de estabelecer relações causais por não provar a existência de uma sequência temporal entre a exposição ao fator e o conseqüente desenvolvimento do fenómeno em estudo. O facto de nos estudos transversais só se poder medir a prevalência e não a incidência limita a informação produzida pelo estudo, quanto à história natural dos acontecimentos e ao seu prognóstico (Fortin, 2009). Porém, para se levar a cabo este estudo transversal, foi necessário, em primeiro lugar, definir as hipóteses de investigação, depois, definir-se a população a estudar, um método de escolha da amostra e, por último, definir os fenómenos e os métodos de medição das variáveis de interesse.

Outra limitação prende-se com o facto de que, para obter conclusões mais precisas, ou para que fossem extrapoladas para outras populações, a amostra deveria ser maior. Assim, sugere-se, a realização de um estudo longitudinal sobre a temática, recorrendo-se a uma amostra mais alargada. Outra limitação refere-se ao facto de a temática relativa aos fatores desencadeantes de stresse nos enfermeiros a exercerem na sala de emergência estar pouco desenvolvida, o que limitou a discussão dos resultados obtidos, quer por recorrer a bibliografia mais antiga, quer mesmo pela sua inexistência.

Mediante o exposto, considera-se que a presente investigação pode ter estado condicionada com as opções metodológicas, não sendo possível, por isso, generalizarem-se os resultados, o que só será viável com a corroboração de outros estudos da mesma área, todavia com amostras mais dilatadas, para trazer resultados mais consistentes à investigação.

Não obstante todas as limitações atrás enumeradas, considera-se que a realização deste estudo constitui um contributo importante para tentar minimizar os fatores indutores de stresse mais especificamente no *locus* de estudo, a Sala de Emergência do Hospital Central da região centro.

Por fim, importa salientar que este trabalho poderá contribuir para o desenvolvimento de novas metodologias, dinâmicas e políticas organizacionais, ao nível da instituição, servindo de base a uma melhor e mais efetiva qualidade dos cuidados prestados e segurança do utente e dos profissionais envolvidos nos processos do cuidar nesta instituição.

BIBLIOGRAFIA

- Abolfotouh, M. A., Al-Assiri, M. H., Alshahrani, R. T., Almutairi, Z. M., Hijazi, R. A., & Alaskar, A. S. (Agosto de 2016). Predictors of patient satisfaction in an emergency care centre in central Saudi Arabia: a prospective study. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 27-33. doi:10.1136/emmermed-2015-204954
- Abrantes, M. C. (2009). *Satisfação dos utentes do Centro de Saúde de Ovar face aos cuidados de Enfermagem*. Universidade Fernando Pessoa. Universidade Fernando Pessoa. Obtido de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1599/2/MONO_12836.pdf
- Abreu, C.F. de (2013). Recursos e estratégias para lidar com a crise. *Revista Sinais Vitais*, 48, 43-46.
- Acosta, A. M., & Lima, M. A. (Abril/Junho de 2013). Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista electrónica de enfermagem*, pp. 564-573. Obtido de Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17526>
- Acosta, A. M., & Lima, M. A. (Março-Abril de 2015). Usuários frequentes de serviço de emergência: factores associados e motivos de busca por atendimento. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, pp. 337-344. Obtido de Usuários frequentes de serviço de emergência: factores associados e motivos de busca por atendimento: <https://www.lume.ufrgs.br>
- Acosta, A. M., Marques, G. Q., Levandovski, P. F., Peralta, J. P., & Lima, M. A. (10 de Outubro de 2016). Satisfação de usuários com cuidados de enfermagem em serviço de emergência: uma revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*. doi: 10.5935/1415-2762.20160008
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2013). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag*, Dec 12. Ahead of print.
- Aiken, L.H., & Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*. 49 (3), 146-153.

- Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (Janeiro de 2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Specialty Board*, pp. 3-7. doi: 10.5001/omj.2014.02
- Almeida, M. C., & Ribeiro, J. L. (Outubro de 2008). Stress dos doentes dos Cuidados Intensivos. *Revista Enfermagem de Referência*, II(7), pp. 79-88.
- Almeida, P., & Pires, D. (2007). *O trabalho em emergência: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Almeida, R. e. (Novembro de 2009). Comportamentos de saúde e Stresse: a influência do stresse na adoção de comportamentos pró-saúde em profissionais de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, II(10), p. 133.
- Alves, M. J. (2007). *O serviço de Atendimento Permanente: Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Barker, A. (2009). *Advanced Practice Nursing: Essential Knowledge for the Profession*. United Kingdom: Jones&Bartlett Learning.
- Barona, G. (2013). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 1(19), 145-158.
- Barreto, A.S., Thomé, G.C.E., & Moreira, L.A.N. (2012) Síndrome de Burnout: Sistemática de um problema. *Rev. Enfermagem Revista*. V. 16, 3, MG.
- Barroso, I. M. A. C. (2009). *O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem: Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stresse nos estudantes*. (Dissertação de Mestrado). Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20159/2/DissertaolsabelBarroso.pdf>
- Batista, E. (2003). *Stress e Burnout em profissionais de saúde que trabalham com indivíduos portadores de deficiência mental profunda*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Becker, D. G., & Prado, S. S. (2015). Acolhimento com classificação de risco: revisão da literatura. *Revista Iniciação Científica*, 3, pp. 32-40. Obtido de <http://www.periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/view/2685>
- Becker, J. B., Lopes, M. C., Pinto, M. F., Campanharo, C. R., Barbosa, D. A., & Batista, R. E. (09 de Setembro de 2015). Triagem no Serviço de Emergência:

associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 783-789. doi:10.1590/S0080-623420150000500011

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Lisboa: Quarteto.

Bohn, M. L., Lima, M. A., Duro, C. L., & Abreu, K. P. (Abril/Junho de 2015). Percepção de enfermeiros sobre a utilização do Protocolo do Sistema de Classificação de Risco Manchester. *Ciência Cuidado e Saúde*, pp. 1004-1010. doi:10.4025/cienccuidsaude.v14i2.21359

Browne, K., Roseman, D., Shaller, D., & Edgman-Levitan, S. (May de 2010). Analysis & Commentary Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Affairs*, pp. 921-925. doi:10.1377/hlthaff.2010.0238

Chaves, C., Duarte, J., Amaral, O., Coutinho, E., & Nelas, P. (2016). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem-amostra da Região Centro de Portugal. *INFAD Revista de Psicologia*, pp. 339-346. doi:<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.582>

Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3;

Costa, M. A., & Cambiriba, M. (Julho-Setembro de 2010). Acolhimento em Enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Ciências Cuidados de Saúde*, 9, 494-502.

Costa, J.R.A. da, Lima, J.V. de, & Almeida (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*; 37(3), 63-71. Obtido de <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/170.pdf>

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Cruz, A. J. (Novembro de 2000). Stress em Enfermeiros do Bloco Operatório. *Revista Sinais Vitais*, pp. 38-41.

Cruz, A. J. (2001). *Desgaste Profissional em Enfermeiros do Bloco Operatório*. Açores: Universidade dos Açores.

Curtis, K., Murphy, M., Hoy, S., & Lewis, M. (Novembro de 2009). The emergency nursing assessment process - A structured framework for a systematic approach. *Australasian Emergency Nursing Journal*. Obtido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626709001220>

- DeLaney, M. C., Page, D. B., Kunststadt, E. B., Ragan, M., Rodgers, J., & Wang, H. (2015). Inability of Physicians and Nurses to Predict Patient Satisfaction in the Emergency Department. *West Journal Emerg Med*, 1088-1093. doi:10.5811/westjem.2015.9.28177
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. (No prelo).
- Despacho nº 18 459/2006. (2006). *O Serviço de Urgência: recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*. Ministério da Saúde.
- DGS. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Direção de Serviços de Planeamento. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2007). Ministério da Saúde. Obtido de min-saude: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9EE5ADDF-4CC1-41B9-BC00-D368FA074329/0/RecomendacoesOrgEspUrgencia.pdf>
- DGS. (Novembro de 2014). [dgs.pt](http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/). Obtido de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
- DGS. (23 de Outubro de 2015). Normas e Circulares Normativas. Obtido de Norma nº 002/2015 de 06/03/2015 atualizada a 23/10/2015 Triagem de Manchester e Referência Interna Imediata: <https://www.dgs.pt>
- Dias, O. V., Vieira, M. A., Dias, J. P., & Ramos, L. H. (2011). As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. *Acta Paulista de Enfermagem São Paulo*, pp. 225-231. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200011>
- Dicionário da Língua Portuguesa (2014). Porto: Porto Editora.
- Diogo, C. S. (2007). *Impacto da relação cidadão- Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS*. Obtido de repositorio.iscte: <http://hdl.handle.net/10071/993>
- Diogo, C. S. (2007). *Impacto da relação cidadão-Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa de Lisboa: Autor.
- Donabedian, A. (1988). Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means. *Inquiry-Sage Publications*, pp. 173-192. Obtido de <http://www.jstor.org/stable/29771941>

- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing, staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res.*; 24(4), 244-255.
- Emergency Nurses Association. (2000). *Trauma Nursing Core Course: Provider Manual*. Emergency Nurses Association.
- Fernandes, I. M. (Fevereiro de 2007). Factores que influenciam a Percepção dos Comportamentos de Cuidar dos Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 3-13.
- Ferraz, R. R., Fornari, J. V., Rodrigues, F. S., & Barnabé, A. S. (Setembro-Dezembro de 2014). Papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência: uma revisão sistemática. *Science in Health*, pp. 157-160. Obtido de <http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br>
- Filha, M. M., Costa, M. A., & Guilam, M. C. (Mar-Abr de 2013). Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 21(2), 9 telas. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0475.pdf
- Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- França, S.P.S., Martino, M.M.F., Aniceto, E.V.S., & Silva, L.L. (2012). Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Revista Acta paulista de enfermagem*, vol.25, 1. SP.
- Freitas, P. (2002). *Triagem no Serviço de Urgência*. Lisboa: Grupo Português de Triagem.
- Freixo, M.J.V. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.
- Furtado, B.M.A.S.M., & Araújo Júnior, J.L.C. de (2010). Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. *Acta Paul Enferm*; 23(2), 169-74. Obtido de <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v23/n2/v23n2a2.pdf>

- Ganhão, M.T. (2013). Condicionantes e estratégias redutoras do stress organizacional. *Fórum Sociológico*, 3, 89-106
- Ganley, L., & Gloster, A. S. (23 de Novembro de 2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, pp. 49-56. doi:<http://dx.doi.org/10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829>
- Godoi, V. C., Ganassin, G. S., Inoue, K. C., & Gil, N. L. (Julho/Setembro de 2016). Reception with risk classification: characteristics of the demand in an emergency unit. *Cogitare Enfermagem*, 01-08. Obtido de <http://revistas.ufpr.br>
- Gomes, C. F. (2008). *Contacto com o enfermeiro da triagem do serviço de urgência: Satisfação do Utente*. Obtido de Universidade Fernando Pessoa: <http://hdl.handle.net/10284/1084>
- Gómez-Londoño, E. (Julho-Dezembro de 2008). El cuidado de Enfermería del Paciente en Estado Crítico: una perspectiva bioética. *Revista Persona y Bioética*, 12(3), 145-157.
- GPT. (2002). *Triagem no Serviço de Urgência*. Lisboa: Grupo Português de Triage de Manchester.
- GPT. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência- Protocolo de Triage de Manchester*. Amadora: Grupo Português de Triage.
- Grazziano, E. S., & Bianchi, E. R. (2004). Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineanecoronariografia e de seus acompanhantes. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(2), 168-174.
- Guedes, H. M., Martins, J. C., & Chianca, T. C. (Jan - Fev de 2015). Valor de predição do Sistema de Triage de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 45-51. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0045.pdf>
- Guedes, M. V., Henriques, A. C., & Lima, M. M. (Janeiro-Fevereiro de 2013). Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 31-37. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100005>
- Guido, L. A. (Novembro-Dezembro de 2009). Estressores na Assistência de Enfermagem ao Potencial Doador de Órgãos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 1023-1029. Obtido de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4080/4930>

- Hassali, M. A., Alrasheedy, A. A., Razak, B. A., AL-Tamimi, S. K., Saleem, F., Haq, N. U., & Aljadhey, H. (31 de January de 2014). Assessment of general public satisfaction with public healthcare services in Kedah, Malaysia. *Australasian Medical Journal*, 35-44. doi:10.4066/AMJ.2014.1936
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hibbert, A. (2003). O stress nos Doentes Cirúrgicos: Uma Perspectiva Fisiológica. In K. Manley, & L. Bellman, *Enfermagem Cirúrgica - Prática Avançada*. (p. 159). Loures: Lusociência.
- Hooper, C., Craig, J., Jarvin, D.R., Wetsel, M.A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs.*, Sep;36(5), 420-427. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027.
- Houston, C., Sanchez, L. D., Fischer, C., Volz, K., & Wolfe, R. (2015 January de 2015). Waiting for Triage: Unmeasured Time in Patient Flow. *Journal of Emergency Medicine*, 39-42. doi:doi: 10.5811/westjem.2014.11.22824.
- Inoue, K. C., Versa, G. L., & Matsuda, L. M. (Ago de 2013). Stress level among intensive care nurses in the municipality of Paraná (Brazil). *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 69-77. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229905>
- Inoue, K. C., Versa, G. L., Murassaki, A. C., Melo, W. A., & Matsuda, L. M. (Set-Out de 2013). Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 722-729. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/13.pdf>
- Jackson, J., Kincey, J., Fiddler, M., Creed, F., & Tomenson, B. (Novembro de 2004). Differences between out-patients with physical disease and those with medically unexplained symptoms with respect to patient satisfaction, emotional distress and illness perception. *British Journal of Health Psychology*, 433-446. doi:10.1348/1359107042304597
- Jaquis, W. P., DesRochers, L. R., Enguidanos, E. R., Fite, D. L., Fitz, J. F., Freess, D., . . . Sharma, A. N. (June de 2011). *Patient Satisfaction. Clinical & Practice Management*. Obtido de <https://www.acep.org/patientsatisfaction/>

- Jesus, E.H. de, Roque, M.S.B., & Amaral, A.F.S. (2015). Estudo Rn4cast em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11, 26-44.
- Jorge, V. C., Barreto, M. d., Ferrer, A. L., Santos, E. A., Rickli, H. C., & Marcon, S. S. (out - dez de 2012). Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro. *Escola Anna Nery*, 16(4), 767-774. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/18.pdf>
- Junior, D. P., Salgado, P. d., & Chianca, T. C. (Nov - Dez de 2012). Validade preditiva do Protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 20(6), 08 telas. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_05.pdf
- Lambert, V.A., & Lambert, C.E. (2015). Literature review of role stress/strain on nurses: An international perspective. *Nurs. Health Sci.*, 3, 161-172.
- Lavado, C. (2016). *Stress ocupacional e satisfação dos cuidadores formais que desempenham funções numa unidade de cuidados continuados da região Alentejo*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18084/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final%20-%20Mestrado2016.pdf>
- Lazarus, R.S. (2006). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. NY: Springer Publishing Company.
- Leal, M. F. (1995). *Stress e Burnout: contributo para a sua compreensão no contexto de saúde ocupacional. Estudo comparativo entre médicos de família e outros profissionais com formação académica semelhante*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Levandovski, P. F., Lima, M. A., & Acosta, A. M. (2015). Satisfação de usuários com cuidados de enfermagem em serviço de emergência. *Investigación y Educación en Enfermería*. doi:10.17533/udea.iee.v33n3a11
- Lito, D. S. (15 de Setembro de 2015). *Estudo Geral Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Obtido de Satisfação de clientes: um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/29736>

- Liu, Y., & Wang, G. (Julho de 2007). Influencing Satisfaction in a Teaching Hospital in China. *Journal of nursing care quality*, 266-271.
- Lobo, A., Martins, A., Carvalho, A., Martins, J., Santos, M. P., Monteiro, M. J., & Rodrigues, V. (2013). Satisfação dos utentes com os profissionais de saúde e acessibilidade aos cuidados de saúde primários. In Autor, *Acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde: Relação com a qualidade de vida e satisfação* (pp. 69-80). Chaves: Escola Superior de Enfermagem DR. José Timóteo Montalvão Machado. Obtido de www.eschaves.pt
- Lobo, J. (2003). *Influência do auto-conceito e das estratégias de coping na vulnerabilidade para a depressão e para a ansiedade em adolescentes com paralisia cerebral*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Universidade de Coimbra.
- Loff, A. M. (Janeiro de 2003). Avaliação de Níveis de Stress em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, (46), 13-15.
- Lourenço, H. V. (2004). *A satisfação dos utentes face ao acolhimento*. Coimbra: Faculdade de Economia de Coimbra.
- Luchtemberg, M. N., & Pires, D. E. (Mar - Abr de 2016). Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 213-220. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0213.pdf>
- Maturana, A.P.P.M., & Valle, T.G.M. de (2014). Estratégias De enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 12(2), 2-23. Obtido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v12n2/12n2a02.pdf>
- Martins, L. M. (Março de 2000). Agentes Estressores no Trabalho e Sugestões para Aminizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, Vol. 34, 1, 52-58.
- Martins, M. d. (Outubro de 2003). Situações Indutoras de Stresse no Trabalho dos Enfermeiros em Ambiente Hospitalar. *Millenium*. Obtido de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium28/18.htm>
- Mendes, A. C. (2002). *Stress e Imunidade: contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra: Formasau.

- Menoita, E. (2011). *Formação em serviço – um contributo para o desenvolvimento de competências*. 1ª ed. Coimbra : Formasau – Formação e Saúde, Lda. ISBN: 978-989-8269-15-7.
- Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (July de 2015). Factors Affecting Patient Satisfaction With Emergency Department Care: An Italian Rural Hospital. *Global Journal of Health Science*, 30-39. doi: 10.5539/gjhs.v7n4p30
- Militão, I., & Rego, G. (2010). Triagem de Manchester - Estudo de caso. In G. Rego, & R. Nunes, *Gestão da Saúde* (pp. 285-297). Lisboa: Prata & Rodrigues.
- Ministério da Saúde. (2007). *Recomendações sobre a Organização dos Espaços do Serviço de Urgência*. Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Lisboa.
- Montejano, A., & Visser, L. (Janeiro de 2010). What is a Triage Nurse? *Journal of Emergency Nursing*. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.010>
- Moreno, C., & Rego, G. (2010). Triagem de Manchester - Caracterização do Sistema. In G. Rego, & R. Nunes, *Gestão da Saúde* (pp. 275-284). Lisboa: Prata e Rodrigues Publicações.
- Morrison, P. (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi editores.
- Moura, M. A., Watanabe, E. M., Santos, A. T., Cypriano, S. R., & Maia, L. F. (2014). O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. *Revista Científica de Enfermagem*, Vol. 4, 11, 10-17. Obtido de <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/71>
- Murillo, C., & Saurina, C. (15 de Febrero de 2013). Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción. *Gaceta Sanitaria*, 304-309. doi:DOI: 10.1016/j.gaceta.2012.12.015
- Neto, A. J., Ribeiro, L. M., Magalhães, L. M., & Mendes, M. J. (Setembro-Outubro de 2003). Grau de Satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. *Servir*, Vol. 51, 5, 214-228.
- Neves, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*. Cascais: Editora Pergaminho.

- Neves, L. M. (2010). Triagem de Manchester-Enquadramento conceptual. In G. Rego, & R. Nunes, *Gestão da Saúde* (pp. 263-273). Lisboa: Prata&Rodrigues.
- Nunes, F. e. (2009). *Manual de Trauma* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Nunes, J. M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Obtido de <http://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/comunicacao-em-contexto-clinico>.
- Nunes, R. (2003). *Política de Saúde*. Porto: Universidade Portucalense e Faculdade de Medicina do Porto.
- OE. (Março de 2005). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, pp. 53-61.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Coimbra: Climepsi editores.
- Oliveira, A.E. (2009). *Unidade de Urgência e Emergência: percepções do enfermeiro sobre a atuação da equipa de enfermagem*. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem.
- Oliveira, J. D., Alchiere, J. C., Pessoa Júnior, J. M., Miranda, F. A., & Almeida, M. G. (2013). Nurses' social representations of work-related stress in an emergency room. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 47(4), 984-989.doi:10.1590/S0080-623420130000400030
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Desenvolvimento Profissional – Certificação de Competências: fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. ISSN: 1646-2629. Suplemento do nº 26 (Jun. 2007), p. 4-8.
- Paixão, T. C., Campanharo, C. R., Lopes, M. C., Okuno, M. F., & Batista, R. E. (19 de Março de 2015). Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(3), 486-493. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0486.pdf
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. Obtido de <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01497189/6>
- Passos, U.C. (Fevereiro de 2009). *Ansiedade, Depressão, Desesperança e Estresse do Enfermo Cirúrgico Oncológico*. Obtido em 3 de Março de 2015, de

Universidade Católica de Goiás:
http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=586

- Paula, G.E. (Dezembro de 2010). O Sofrimento Psíquico do Profissional de Enfermagem da Unidade Hospitalar. *Revista Aquichan*, 10(3), 267-279.
- Pereira, D. S., Araújo, T. S., Gois, C. F., Júnior, J. P., Rodriguez, E. O., & Santos, V. D. (2013). Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. *Revista Gaúcha Enfermagem*; 34(4), 55-61. Obtido de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/39824/28931>
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Phillips, J. (2011). Hardiness as a Defense Against Compassion Fatigue and Burnout. *J Emerg Nurs*, 37(2), 125.
- Pimentel, S. K., Mazepa, M. M., Soares, M. C., Kato, P. V., Lima, R. L., & Soares, M. E. (2016). Análise dos motivos para uso do serviço de urgência e emergência pelo paciente não grave. *Revista Médica da UFPR*, 109-113. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v3i3.47984.g29597>
- Pinheiro, F. R. (10 de Setembro de 2016). *Implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de emergência de um hospital público no sul do Brasil*. Obtido de LumeDigital RepositoryUFRGS: <http://hdl.handle.net/10183/130243>
- Pinto, A., & Silva, A. (2005). *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação*. Coimbra: Climepsi editores.
- Pinto, M. d. (Abril de 2009). *As Vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Obtido de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19362/2/Tese%20Mestrado%20Carmo%20Pinto2.pdf>
- Pinto, P. S. (2015). *Aplicação do sistema de triagem de manchester pelo enfermeiro: valores, conceitos e significados*. (Autor, Ed.) Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora. Obtido de Aplicação do Sistema de Triagem de Manchester pelo Enfermeiro: valores, conceitos e significados (Dissertação de Mestrado), Obtido de <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/340>

- Pires, M. S., & Avinco, R. V. (Fevereiro de 2015). Significado da Humanização na Assistência de Enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência Hospitalar para uma Equipe de Enfermagem. *Revista Ciências em Saúde*, 5, 1. Obtido de <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
- Polit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Prakash, B. (Sep-Dec de 2010). Patient Satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 151–155. doi:10.4103/0974-2077.74491
- Purdy, N., Laschinger, H., Finegan, J., Kerr, M., & Oliveira, F. (2010). Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18, 901-913.
- Queirós, A. A. (1999). *Empatia e respeito- Dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra: Quarteto.
- Rahmqvist , M., & Bara, A. (Abril de 2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Department of Medical and Health Sciences*, 86-92. doi:10.1093/intqhc/mzq009
- Rainho, M. d., Pimenta, G., Antunes, M. C., & Monteiro, M. J. (Out de 2015). Validação da escala de stress profissional em enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 48-54. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a07.pdf>
- Rahmqvist, M., & Bara, A.-C. (03 de February de 2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Society for Quality in Health Care*, 86-92. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq009>
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ramos, S.I.V., & e Carvalho, A.J.R. de (2008). Nível de Stress e Estratégias de Coping dos Estudantes do 1º ano do Ensino Universitário de Coimbra. *Revista de Psicologia*. Coimbra, 1-17. Obtido de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>
- Regulamento n.º 124/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.

- Ribeiro, N. (2008). *Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no Serviço de Urgência de Manchico*. Funchal: Universidade Atlântida.
- Rodrigues, V., & Ferreira, A. S. (Julho-Agosto de 2011). Fatores Geradores de Estresse em Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4).
- Roque, H., Veloso, A., & Ferreira, P. (2016). Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. *Revista de Saúde Pública*, 50, 61. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006259.pdf
- Rossetti, A. C., Gaidzinski, R. R., & Fugulin, F. M. (Jan-Fev de 2013). Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 21(Spec), 08 telas. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_28.pdf
- Rosso, E., Junior, E. J., Aggio, C. d., Trincaus, M. R., Possolli, G. T., & Zanoti-Jeronymo, D. V. (Jun - Ago de 2014). Avaliação do nível de estresse entre os profissionais de enfermagem atuantes no SAMU de Guarapuava-PR. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 13-17.
- Santos, S. V. (2014). *Índice de Stress Parental - Manual* (3ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Santos, O., & Antunes, A. R. (2007). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários. In O. Santos, A. Biscaia, A. R. Antunes, I. Craveiro, A. Júnior, R. Caldeira, P. Charondière, O. Santos, & A. Biscaia (Edits.), *Os Centros de Saúde em Portugal- A Satisfação dos utentes e dos profissionais* (pp. 22-28). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Santos, A. (2009). Estresse Pré-operatório: Comparação ente pacientes do SUS e convecionados. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(2), 269-276.
- Santos, J. M., & Teixeira, Z. (2009). O stresse profissionais dos enfermeiros. (E. U. Pessoa, Ed.) *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 368-378.
- Santos, J. M., & Teixeira, Z. (2009). O stresse profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 5, 368-378.
- Santos, J., & Teixeira, Z. (Agosto de 2008). The Nursing Stress Scale: Desenvolvimento da versão portuguesa da escala. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18, 29-40.

- Santos, T.M., Kozasa, E.H., Carmagnani, I.S., Tanaka, L.H., Lacerda, S.S., Nogueira-Martins, L.A. (2016). Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *Explore* (NY), Mar-Apr;12(2), 90-9. doi: 10.1016/j.explore.2015.12.005. Epub 2015
- Saude, M. d. (12 de Setembro de 2006). Despacho nº18459/2006. Diário da República, pp. 18611-18612.
- Saude, M. d. (28 de Fevereiro de 2008). Diário da República. Despacho nº5414/2008, pp. 8083-8085.
- Serra, A. V. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª, Ed.) Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Shah, S., Patel, A., Rumoro, D. P., Hohmann, S., & Fullam, F. (12 de November de 2015). Managing patient expectations at emergency department triage. *Patient Experience Journal*, 31-44. Obtido de <http://pxjournal.org/journal>
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades-Triagem de Manchester* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto: Autor.
- Silva, A., Santos, B., & Brasileiro, M. (Janeiro-Julho de 2013). Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu (CPGLS). Obtido de <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Impacto%20da%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20m%C3%A9todos%20de%20triagem%20no%20atendimento%20em%20urg%C3%Aancia%20e%20emerg%C3%Aancia.pdf>: <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>
- Silva, P. L., Paiva, L., Faria, V. B., Ohi, R. I., & Chavaglia, S. R. (Maio/Junho de 2016). Triagem em um serviço de emergência de adultos: satisfação do paciente. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 50(3), 427-433. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf
- Silva, T. G., Kessler, R., Silva, P. C., Souza, S. S., Bittencourt, J. V., & Celich, K. L. (Jun - Ago de 2016). Estress de profissionais enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva do estado de Santa Catarina. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 29-30.

- Sodani, P. R., Kumar, R. K., Srivastava, J., & Sharma, L. (Janeiro de 2010). Measuring Patient Satisfaction: A Case Study to Improve Quality of Care at Public Health Facilities. *Indian Journal of Community Medicine*, 52–56. doi: 10.4103/0970-0218.62554
- Soleimanpour, H., Gholipouri, C., Salarilak, S., Raoufi, P., Vahidi, R. G., Rouhi, A. J., . . . Soleimanpour, M. (27 de Janeiro de 2011). *International Journal of Emergency Medicine*. Obtido de springer.com: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051889/>
- Soremekun, O. A., Takayesu, J. K., & Bohan, S. J. (December de 2011). Framework for Analyzing Wait Times and Other Factors that Impact Patient Satisfaction in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 686-692. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.01.018>
- Sousa, V., Driessnack, M., & Mendes, I. A. (Maio-Junho de 2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 3. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf
- Souza, C. C., Araújo, F. A., & Chianca, T. C. (Fevereiro de 2015). Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 144-151. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf
- Souza, C. C., Diniz, A. S., Silva, L. L., Mata, L. R., & Chianca, T. C. (January/April de 2014). Nurses' perception about risk classification in an emergency service. *Investigación y Educación en Enfermería*, 78-86. doi:DOI: 10.1590/S0120-53072014000100009
- Souza, C. C., Mata, L. R., Carvalho, E. C., & Chianca, T. C. (Jul de 2013). Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(6), 1318-1324. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01318.pdf>
- Stroebe, W., & Stroebe, M.S. (1999). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Storm-Versloot, M. N., Vermeulen, H., van Lammeren, N., Luitse, J. S., & Goslings, J. C. (January de 2014). Influence of the Manchester triage system on waiting

time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emergency Medicine Journal*, 13-18. doi:10.1136/emmermed-2012-201099

Tareco, E. S. (2015). *Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem, revisão sistemática*. (Dissertação de Mestrado). Faro: Universidade do Algarve Faculdade de Economia. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.1/7670>

Taye, B. W., Yassin, M. O., & Kebede, Z. T. (23 de January de 2014). Quality of emergency medical care in Gondar University Referral Hospital, Northwest Ethiopia: a survey of patients' perspectives. *BMC Emergency Medicine*. doi:10.1186/1471-227X-14-2

Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Teixeira, J., & Ponce, P. (2006). *Manual de urgências e emergências*. Lousa: Lidel.

Triagem, G. P. (2010). *Triagem no serviço de urgência Manual do Formando*. Amadora: Grupo Português de Triagem.

Urbanetto, J. S. (Setembro-Outubro de 2011). Estresse no Trabalho da Enfermagem em Hospital de Pronto-Socorro: análise usando a Job Stress Scale. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 10 telas. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_09.pdf

Valdoleiros, S. (2014). *Serviços de Urgência: Revisão de sistemas de triagem dominantes* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Obtido de https://sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=613209

Veigas, J., & Gonçalves, M. (17 de Julho de 2009). *A influência do exercício físico na ansiedade depressão e stress*. Obtido: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0485.pdf>

Velez, C. P. (Julho/Agosto de 2003). Gestão do Stress nos Profissionais de Saúde. *Revista Nursing*, XV(179), 10-13.

Versiani, C.C., Silva, K.M., Bretãs, T. C., Marques, F., Souto, S.G., Magalhães, D.O., & Barbosa, L.A. (Julho de 2012). Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar. *Revista Digital*. Obtido de: um desafio: <http://www.efdeportes.com/>

- Vilelas, J. (2009). *Investigação - O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vital, G.F.V. (2017). *Características das Organizações Hospitalares e o seu Contributo para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19143/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Natureza%20Cient%C3%ADfica%20-%20Gon%C3%A7alo%20Vital.pdf>
- Waldow, V. R. (Setembro-Outubro de 2001). O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. *Revista Enfermagem U.E.R.J.* 284-293.
- Weykamp, J. M., Pickersgill, C. S., Cecagno, D., Vieira, F. P., & Siqueira, H. C. (21 de Maio de 2015). Welcoming with risk classification in urgent and emergency. *Northeast Network Nursing Journal*. Obtido de: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista>
- Zem , K. K., Montezeli, J. H., & Peres, A. M. (2012). Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(4), 899-908. Obtido de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983020>
- Zohrevandi , B., & Tajik, H. (2014). A Survey of Patients' Satisfaction in Emergency Department of Rasht Poursina Hospital. *Emerg (Tehran)*, 162-165. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

APÊNCIDES

Apêndice I
Instrumento de recolha de dados

Maria João Pereira, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontra-se a realizar um trabalho de investigação sobre os fatores desencadeantes de stresse em sala de emergência, para o qual pede a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

A sua colaboração é essencial mas voluntária. Este é **absolutamente anónimo e confidencial**. Não existem respostas corretas ou incorretas, por isso deverá responder de acordo com a sua realidade.

Pedimos que **responda de forma atenta e sincera**.

Agradecemos a sua colaboração

Parte A

1. Género

- Feminino
- Masculino

2. Idade

_____Anos

3. Estado Civil

- Solteiro(a)
- Casado(a)/união de facto
- Viúva(o)/Divorciado(a)

4. Residência

- Meio urbano (<15' até ao trabalho)
- Meio semi-urbano (15'-30' até ao trabalho)
- Meio rural (> 30' até ao trabalho)

5. Habilitações académicas

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. Formações adicionais

- Pós-graduação Qual? _____
- Pós-licenciatura/Especialidade Qual? _____
- Suporte Avançado de Vida (últimos 2 anos)
- Suporte Imediato de Vida (últimos 2 anos)
- Suporte Básico de Vida (últimos 2 anos)
- Curso Avançado de Trauma (últimos 2 anos)
- Outras Quais? _____

7. Categoria profissional

- Enfermeiro(a)
- Enfermeiro(a) graduado
- Enfermeiro(a) especialista

8. Tempo total de exercício profissional

_____ anos _____ meses

9. Tempo de exercício profissional no atual serviço

_____ anos _____ meses

10. Experiência profissional noutros serviços

- Outro Serviço de Urgência: _____ anos _____ meses
- Cuidados Intensivos: _____ anos _____ meses
- VMER/SIV: _____ anos _____ meses
- Outros: Qual? _____

11. Vínculo à instituição

- Quadro Função Pública
- Contrato de Trabalho a Termo Certo
- Contrato Individual de Trabalho a Tempo Indeterminado
- Outro

Parte B

Esta escala apresenta um conjunto de situações, que, com alguma frequência, ocorrem numa unidade hospitalar. Coloque, para cada um delas, um círculo(O) no ponto da escala que considerar mais de acordo com a resposta que pretende dar.

Note bem:

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

Se há alguma situação que nunca ocorra no seu Serviço, deixe a questão por responder.

ESCALA DE STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS	Nunca	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
1. Avaria Informática	1	2	3	4
2. Ser criticado por um médico	1	2	3	4
3. Executar procedimentos que os doente 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 outros membros da equipa acerca de 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 partilha experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço	1	2	3	4
12. A morte de um doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade.	1	2	3	4

13. Ausência do médico quando o doente morre	1	2	3	4
14. Desacordo em relação ao tratamento do doente	1	2	3	4
15. Sentir falta da 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 suprir 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 as atividades de enfermagem	1	2	3	4
31. Ausência de um médico durante 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

Fonte: Santos e Teixeira, 2008

Apêndice II

Consentimento Informado

TÍTULO DO ESTUDO: *stressse do enfermeiro em sala de emergência*

INVESTIGADORES: Maria João Pereira (*Enfermeira nos CHUC, E.P.E*)

ORIENTADOR CIENTÍFICO: Luís Sarnadas (*MS, Professor Adjunto na ESEnfC*)

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

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

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

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

O participante,

O investigador,

Data: ____/____/____

Apêndice III
Parecer Científico

PARECER CIENTÍFICO

Projeto Investigação: Stress dos enfermeiros em sala de emergência

Promotor: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador: Maria João Monteiro Pereira

Serviço: Urgência – Polo A

Parecer

De acordo com a DGS, o serviço de urgência existe para tratar em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo. Este serviço é constituído por diversas áreas entre as quais a sala de emergência, onde cabe ao enfermeiro efetuar observação, colheita e procura de dados, com os objetivos, de prever complicações, e assegurar uma intervenção, eficiente e em tempo útil tornando-se fundamental a rapidez do pensamento, a agilidade, a competência e a capacidade de resolução de problemas.

Devido às características supracitadas o enfermeiro é confrontado com inúmeras situações, entre as quais o stress.

O stress surge como resultado da transação/relação entre a pessoa e o meio ambiente, onde este é percebido como nefasto, ameaçando o seu bem-estar, sendo que a enfermagem é considerada uma das profissões da saúde com elevado risco de stress ocupacional. Este provoca a diminuição da performance profissional, diminuição da qualidade do trabalho, aumento do absentismo, aumento de erros no desempenho, insatisfação/desmotivação profissional, que no caso da enfermagem, poderão por em causa a qualidade dos cuidados prestados, bem como o próprio doente poderá ser prejudicado.

Com esta investigação pretende-se avaliar a percepção de stress por parte do enfermeiro na Sala de Emergência e identificar quais os fatores indutores de stress na Sala de Emergência e face aos resultados, propor melhorias.

O presente estudo tem uma abordagem quantitativa, do tipo exploratório. Será aplicado um questionário a todos os enfermeiros que desempenham funções na sala de emergência. Este divide-se em duas partes: a primeira faz uma caracterização sócio/demográfica e profissional dos enfermeiros e a segunda é uma escala de avaliação do stress profissional em enfermeiros. O estudo desenvolver-se-á num serviço de urgência polivalente de um centro hospitalar, neste caso o CHUC, polo A, no qual autorizo a sua realização.

*autoriza desde
que seja avaliada a
autorizada pelo
Comité de ética*

A Diretora do Serviço

Isabel Fonseca
HUC - CHUC
Directora do Serviço de Urgência
Dr.ª Isabel Fonseca

03.11.15

Apêndice IV

Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE		 CHUC CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	
<p><i>- Enviar à interessada 28.3.16</i></p> <p>Prof. Doutor José Pedro Figueiredo Director Clínico C.H.U.C. - EPE</p>		<p>Viso / A.U.I.D. para depósito <i>ttt - 17.3.16</i></p> <p>Prof. Doutor José Pedro Figueiredo Director Clínico C.H.U.C. - EPE</p> <p>Exmo. Senhor Prof. Doutor José Pedro Figueiredo Dign.^o Director Clínico do CHUC</p>	
S/Ref. ^o	S/Comunicação	N/Ref. - Ofício n. ^o CES/056	Data 14.03.2016
<p>Assunto: <i>Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação no âmbito de uma dissertação de mestrado "Stress em Sala de Emergência" - Maria João Monteiro Pereira - Mestranda em enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (processo vindo do CA - registo 377/2016) - estudo a ser realizado no Serviço de Urgência A do CHUC.</i></p> <p>Cumprе informar Vossa Ex.^a de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 12 de Fevereiro de 2016, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.</p> <p>Fundamentação:</p> <p>Trata-se de um estudo que tem como objectivos avaliar a percepção de stress por parte do enfermeiro na sala de emergência e identificar quais os fatores indutores de stress na sala de emergência. O estudo visa recolher informação dos enfermeiros que exercem funções na sala de emergência do SU, sobre o Stress em sala de emergência. A informação é recolhida através de questionário depois de obtido consentimento para o seu preenchimento.</p> <p>Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.</p>			
CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Praça Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra - Portugal Telefone: +351 239 400 400		Contacto: Telefone: 239 400 408 Telefax: 239 405 646 E-mail: secetica@huc.mis-saude.pt	

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE



Com os melhores cumprimentos.

P'A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC

CHUC
Comissão de Ética para a Saúde
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.ª Adílio Tímoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Fez; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.ª Fernando Marcus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

2

CHUC - Centro Hospitalar
e Universitário de Coimbra
Praça Prof. Mota Pinto,
3000-075 Coimbra - Portugal
Telefone +351 239 400 400

Contacto:

Telefone: 239 400 408
Telefax: 239 405 646
E-mail: secetica@huc.min-saude.pt

Apêndice V

Autorização para a aplicação dos questionários

*At CA para autorização
Não envolver os doentes,
Os considerados de índole ética e os enfermeiros
inquiridos sobre a segurança dos procedimentos
informativos.*

27/1/14

CRUC - Conselho de Administração
Integrada com o Conselho de Enfermagem

Enfermeiro Diretor
C.H.U.C. - EPE

21.1.16

Assunto: Pedido de Autorização para realização de um estudo de investigação no âmbito de uma dissertação de mestrado.

Eu, Maria João Monteiro Pereira, Mestranda em enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho por este meio solicitar a autorização para realizar no Serviço de Urgência desta instituição um estudo subordinado ao tema "Stresse em Sala de Emergência". A presente investigação tem como objetivos principais:

- Avaliar a percepção de stresse por parte do enfermeiro na Sala de Emergência;
- Identificar quais os fatores indutores de stresse na Sala de Emergência.

Para a concretização dos objetivos enunciados, será necessário a passagem de um Questionário Sociodemográfico e a Escala de Stresse Profissional em Enfermeiros (Santos e Teixeira, 2008), remetidos em anexo, com duração média de aplicação de 10 minutos, a todos os membros da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do CHUC – Polo A que aceitem participar no estudo.

Este estudo encontra-se já aprovado pela comissão de ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pela Diretora do Serviço de Urgência, Dra. Isabel Fonseca, comprovativos que seguem anexo.

A aceitação de participação será feita através do consentimento informado expresso num documento escrito e assinado pelos participantes, cujo exemplar se anexa e não terá qualquer tipo de encargo financeiro.

Desde já estabeleço o compromisso de respeitar o direito à livre escolha de participação, à confidencialidade, o direito à proteção de dados e a um tratamento justo e equitativo.

Atenciosamente,
Solicito deferimento,

Maria João Monteiro Pereira
(Maria João Monteiro Pereira)

347

13 01 2016

Comissão de Ética para a Saúde
Recebido 26/01/2016

