

STRESSE, EXAUSTÃO PROFISSIONAL E COPING DE ENFERMEIROS EM CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

Análise da exposição a riscos psicossociais dos enfermeiros em uma unidade de cuidados intensivos e intermédios em Lisboa

AUTORA: VÍVIAN CARLECH MELO OLIVEIRA

Provas destinadas à obtenção do grau de Mestre em Gestão da
Segurança e Saúde no Trabalho.

Junho 2021

Versão Definitiva

ISEC LISBOA/INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E
CIÊNCIAS ESCOLA DE ENGENHARIA

Provas para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Segurança e
Saúde no Trabalho.

**STRESSE, EXAUSTÃO PROFISSIONAL E COPING DE ENFERMEIROS
EM CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19**

Análise da exposição a riscos psicossociais dos enfermeiros em
uma unidade de cuidados intensivos e intermédios em Lisboa

Autora: Vívian Carlech Melo Oliveira

Orientadora: Doutora Karla Rona da Silva

Coorientador: Doutor Hernâni Artur Veloso

Neto

Junho 2021

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a DEUS, pela vida, pela saúde e condições para chegar até aqui! Pelos princípios ensinados por Ele e por ser presente em minha vida. Agradeço aos meus orientadores Karla Rona e Hernani Neto, pela incansável contribuição, esforço e dedicação para que essa investigação fosse feita com todo rigor científico e com resultados fiáveis.

A Enfermeira e Coordenadora Otilia Mendes pelo profissionalismo, pela disponibilidade em contribuir e por envolver sua equipa de forma tão surpreendente, meu muito obrigada a toda equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos, pela seriedade que trataram a investigação e pela participação. À Sra Rosário Anágua por toda atenção e paciência, a Comissão de ética e Executiva do Hospital por acreditar na investigação e proporcionar condições para que fosse possível a realização da mesma.

Agradeço imenso a Álida Ferreira, Anna Carolina Micheleti. Muitos contribuíram com essa investigação, alguns de forma mais direta e outras indiretas. Amigos, familiares agradeço pelo apoio, incentivo e por entender meus momentos de ausência, em especial ao meu amado marido Laios Oliveira e minha querida e amada filha Laís Oliveira, ambos estiveram sempre a o meu lado e tiveram que se desdobrar sem mim durante esse 1 ano e meio de aulas nas sextas à noite e aos sábados e mais um ano de dedicação para a investigação, vocês e minha mãe Kátia Carlech são minha base. Sou muita grata por um ano ainda tão conturbado devido a pandemia Covid-19, poder entregar essa contribuição para os colegas enfermeiros e para comunidade científica e por poder concluir mais essa etapa na minha carreira.

Resumo

Objetivo: Avaliar o nível de exposição ao *Stresse* e Exaustão profissional e a capacidade de *Coping* dos Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios no período de pandemia Covid-19 ocorrido no ano de 2020. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e correlacional, transversal, com abordagem quantitativa. Realizou-se uma revisão da literatura, utilizando as bases de dados de referência na produção científica relacionados ao tema e para a recolha de dados dos profissionais foi utilizado um questionário sobre exposição a situações de stresse e exaustão profissional em atividades de saúde. Para dar resposta à pergunta de partida e cumprir com os objetivos da investigação foram elaboradas algumas hipóteses de investigação. A investigação abrange o período desde o início da pandemia até meados de setembro do ano de 2020. **Principais resultados/conclusões:** A amostra é maioritariamente feminina (82,4%) e a idade variou entre os 23 e os 58 anos. Cerca de 64,7%, além do trabalho como enfermeiro, fazem atividades domésticas diariamente. Os níveis de stresse e burnout evidenciado foi moderado, tal como a capacidade de *coping*. Denotou-se uma inter-relação parcial entre o nível de fadiga laboral, de stresse laboral e de *burnout* reportado pelos enfermeiros inquiridos com o sentimento de segurança e exigência do trabalho no atual contexto de pandemia. Também se evidenciou uma correlação entre o sentir-se sobrecarregado de trabalho durante a pandemia e o foco de *coping* emocional. Quanto maior o sentimento de sobrecarga maior o foco na gestão das emoções. Ainda assim, a capacidade de *coping* dos enfermeiros inquiridos não parece influenciar o seu sentimento de segurança e a exigência percebida do trabalho no atual contexto de pandemia. A sobrecarga de trabalho, o medo da incerteza, a falta de informação relevante e a falta de realização profissional foram os principais fatores evidenciados com potencial de relação com as exigências do contexto pandêmico. Esta situação merece devida atenção, podendo, no quadro atual de agravamento da pandemia, ter uma maior repercussão negativa nos enfermeiros se os fatores identificados não forem resolvidos. Para esse efeito foram propostas algumas medidas de controlo da exposição a riscos psicossociais do trabalho neste grupo de profissionais.

Palavras-chave: Stresse, burnout, coping, covid-19, enfermeiros.

Abstrat

Objective: To assess the level of exposure to professional stress and exhaustion and the coping skills of nurses at an Intensive and Intermediate Care Unit during the Covid-19 pandemic that occurred in 2020. **Methods:** This is a descriptive, correlational, cross-sectional study with a quantitative approach. A literature review was carried out, using the reference databases in scientific production related to the theme and a questionnaire on exposure to situations of stress and professional burnout in health activities was used to collect data from the professionals. To answer the starting question and meet the research objectives, some research hypotheses were developed. The research covers the period from the beginning of the pandemic to mid-September 2020. **Main results/conclusions:** The sample is mostly female (82.4%) and the age ranged from 23 to 58 years. About 64.7%, in addition to their work as nurses, do household activities on a daily basis. The levels of stress and burnout were moderate, as was the coping capacity. There was a partial interrelation between the level of work fatigue, work stress and burnout reported by the nurses surveyed with the feeling of job security and demand in the current pandemic context. A correlation was also evidenced between feeling overloaded with work during the pandemic and the focus of emotional coping. The greater the feeling of overload the greater the focus on managing emotions. Still, the coping skills of the nurses surveyed do not seem to influence their sense of security and perceived job demands in the current pandemic context. Work overload, fear of uncertainty, lack of relevant information, and lack of professional fulfillment were the main factors highlighted with potential relationship to the demands of the pandemic context. This situation deserves due attention, as it may, in the current worsening of the pandemic, have a greater negative impact on nurses if the identified factors are not resolved. To this end, some measures have been proposed to control exposure to psychosocial risks of work in this group of professionals.

Keywords - Stress, burnout, coping, covid-19, nurses.

Índice

ÍNDICE DE TABELAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
LISTA DE SIGLAS	X
INTRODUÇÃO	1 -
1.OBJETIVOS.....	5 -
1.1 OBJETIVO GERAL.....	5 -
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	5 -
2 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	6 -
2.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	7 -
2.2 LIMITAÇÃO DO ESTUDO	8 -
2.3 QUESTÃO DE PARTIDA DA INVESTIGAÇÃO.....	8 -
3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9 -
3.1 CONTEXTO MUNDIAL PANDEMIA COVID-19.....	9 -
3.2 CONTEXTO PORTUGAL PANDEMIA COVID-19	12 -
3.2.1 Contexto Hospitalar em Portugal.....	15 -
3.3 SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (SST)	17 -
3.4 RISCOS PSICOSSOCIAIS	21 -
3.4.1 Stresse.....	24 -
3.4.2 Burnout	34 -
3.4.3 Coping	39 -
3.5 STRESSE, EXAUSTÃO PROFISSIONAL E <i>COPING</i> NA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM -	40 -
4.METODOLOGIA.....	44 -
4.1 TIPO DE ESTUDO	44 -
4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	44 -
4.2.1 Análise da Fiabilidade das Escalas	47 -
4.3 CONTEXTO ONDE FOI DESENVOLVIDO A INVESTIGAÇÃO	49 -
4.3.1 Organograma geral do serviço.....	50 -
4.3.2 Organograma da Equipa de Enfermagem.....	51 -
4.4 POPULAÇÃO ALVO E RECOLHA DE DADOS.....	53 -
4.5 ASPETOS ÉTICOS	55 -
4.6 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	55 -
5.RESULTADOS	57 -
5.1 DADOS SOCIOPROFISSIONAIS.....	57 -

5.2	INDICADORES PSICOSSOCIAIS.....	- 58 -
5.3	TESTE DE HIPÓTESES DE PESQUISA	- 64 -
6	INTEGRAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	- 69 -
7	PROPOSTA DE INTERVENÇÕES SOBRE RISCOS PSICOSSOCIAIS IDENTIFICADOS-	80 -
8	CONCLUSÃO	- 88 -
	REFERÊNCIAS.....	- 90 -
	Ferreira, P. A., Machado, J. P. & Narita, F. Z. (2020). Pandemia da COVID-19 e políticas públicas de saúde em Portugal: entrevista com Paulo Alexandre Ferreira-	95 -
	ANEXOS	- 110 -
	ANEXO I: Autorização da Comissão de Ética e Executiva do Hospital.....	- 110 -
	ANEXO II: Questionário sobre Stresse e Exaustão Profissional em Atividades de Saúde	- 113 -
	APÊNDICE I: Termo de Consentimento Voluntário e Informado	- 120 -

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- - Visão geral epidemiológica.....	- 9 -
Tabela 2- Níveis das fases de preparação, resposta e recuperação	- 13 -
Tabela 3 - Análise de fiabilidade do NSS	- 47 -
Tabela 4 - Análise de fiabilidade do MBI	- 48 -
Tabela 5 - Análise de fiabilidade do CISS	- 48 -
Tabela 6 - Análise de fiabilidade do SOFI	- 48 -
Tabela 7 - Funções dos Enfermeiros e assistentes operacionais	- 52 -
Tabela 8 - Dados socioprofissionais.....	- 57 -
Tabela 9 - Continuação dos dados socioprofissionais.....	- 58 -
Tabela 10- Descritiva das categorias da escala NSS	- 59 -
Tabela 11- Descritiva das categorias da escala MBI.....	- 60 -
Tabela 12 - Descritiva das categorias da escala Coping	- 60 -
Tabela 13 - Escala Fadiga laboral (SOFI)	- 61 -
Tabela 14 - Indicador Bipolar de Fadiga Laboral Percebida (IBFLP)	- 62 -
Tabela 15 - Descritiva de questões sobre a Covid-19 (n=34)	- 63 -
Tabela 16 - Resultados dos testes de correlação para a hipótese 1 (n = 34)	- 65 -
Tabela 17 - Resultados dos testes de correlação para a hipótese 2 (n = 34)	- 66 -
Tabela 18 - Resultados dos testes de correlação para a hipótese 3 (n = 34)	- 67 -
Tabela 19 – Resultados dos testes de correlação para a hipótese 4 (n = 34)	- 68 -
Tabela 20 - Associação entre sexo, stresse, exaustão e Coping.....	- 69 -
Tabela 21 - Associação entre Estado Civil com níveis de fadiga, stresse e Burnout ..	- 71 -
Tabela 22 - Associação entre atividade física com stresse, exaustão profissional e coping	- 73 -
Tabela 23 - Correlação de Spearman de Idade com níveis de fadiga laboral, stresse e burnout.....	- 74 -
Tabela 24 - Plano de Ação	- 81 -

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fases da Síndrome Geral da Adaptação ao stresse.....	- 26 -
Figura 2 - Modelo bidimensional Controlo-Exigência Karasek.....	- 29 -
Figura 3 - Modelo Dinâmico do stresse ocupacional Cooper, Sloan, & Willians	- 30 -
Figura 4 - Stressores extras-organizacionais	- 33 -
Figura 5 – Modelo de seis áreas de vida mp trabalho com burnout	- 43 -
Figura 6 - Sentimentos dos Enfermeiros	- 43 -
Figura 7 - Planta Física localização UCI.....	- 85 -
Figura 8 - Organograma Geral do Serviço	- 85 -
Figura 9 - Organograma da Equipa de Enfermagem	- 85 -
Figura 10 - Estratégia de avaliação de riscos psicossociais do trabalho	- 85 -

LISTA DE SIGLAS

ACT - Autoridade para as condições do Trabalho

AESST - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

CISS - Coping Inventory for Stressful situations

COPE - Copenhagen Burnout Inventory

COVID-19 - Nome, atribuído pela Organização Mundial da Saúde, à doença provocada pelo novo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-COV-2)

CRI - Coping Responses Inventory

CSQ - Coping Styles Questionnaire

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

EIS - Event Information Site

ENSST - Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESENER - Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes

FPSICO - Identificação de fatores de riscos psicossociais

HSE - Health and Safety

INSHT - *Instituto Nacional de Seguridad e en el Trabajo* de Espanha

IMS - Incident Management System (sistema de gerenciamento de incidentes)

IPC - Infection prevention and control

MBI - Maslach Burnout Inventory

MBI-ES - Maslach Burnout Inventory Educators Survey

MBI-GS - Maslach Burnout Inventory General Survey

MBI-HSS - Maslach Burnout Inventory Services Survey

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSHA - Occupational Safety and Health Administration

PIB - Produto interno bruto

RCOPE - Religious Coping Activity Scales

SARS-COV-2 - Coronavírus da Síndrome respiratória aguda grave 2

SGA - Síndrome de Adaptação Geral

SGSST - Sistema de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho

SS - Síndrome de Stresse

SST - Segurança e Saúde no Trabalho

TCVI - Termo de Consentimento Voluntário Informado

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UE - União Europeia

WCQ - Ways of Coping Questionnaire

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 ficou marcado na história do mundo, pois vivemos um momento sem precedentes, conjuntura de completa incerteza com a rápida expansão de uma doença causada por vírus. Esse cenário foi avaliado por diversas autoridades de saúde internacionais, assim como pelos governantes, no que diz respeito ao combate da pandemia Covid-19 como também os impactos sociais e económicos adjacentes a esta ameaça em Saúde Pública e Ocupacional (OMS 2020).

Em um curto espaço de tempo muita coisa mudou e continua mudando nos anos de 2020/2021, os próprios pesquisadores destacam que fazer previsões em meio ao cenário incerto é uma tarefa difícil. Os fatores que podem variar de forma imprevisível são muitos, o que compromete boa parte das metodologias que normalmente são aplicadas para vários tipos de previsões (World Health Organization, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (OMS, 2020).

Em 31 de dezembro de 2019, o Escritório da OMS na China foi informado de casos de pneumonia de etiologia desconhecida detetada na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Em 7 Janeiro de 2020, um novo tipo de coronavírus, 2019-nCoV, foi detetado em um surto nessa mesma cidade (World Health Organization, 2019).

A nível mundial e regional, a OMS ativou um sistema de gerenciamento de incidentes (IMS) junto com parceiros técnicos e operacionais; tem sido fornecido um suporte técnico aos países por meio de escritórios regionais e nacionais. Mecanismos de redes e parcerias globais de especialistas foram ativados para fornecer um pacote técnico abrangente de orientação provisória para 2019-nCoV. Diversos materiais são atualizados regularmente à medida que o surto evolui e a epidemiologia crítica é verificada e compartilhada com países e parceiros por meio do *Event Information Site* (EIS), *Disease Outbreak News*, *External SitReps* e o site da OMS. A Comissão Nacional de Saúde, a partir de 23 de janeiro de 2020, revisou a proteção padrões e especificações para trabalhadores médicos e prevenção reforçada e medidas de controle contra 2019-nCoV em hospitais (OIT - Organização Internacional do Trabalho, 2020).

A cada instante vivemos diferentes situações, o contexto mundial muda e mais adaptações são necessárias, situações novas e incertezas são fatores que podem aumentar o stress já presentes nos seres humanos, pois os indivíduos necessitam adaptar-se a novos acontecimentos que podem ser entendidos como reações do organismo com componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais, quando o indivíduo tem incapacidade para essa adaptação e sofre desgaste devido a isso, o stress se torna negativo conhecido também como *distresse* (La Cruz, De & Abellan, 2019).

Nesta investigação considera-se o conceito de stress enquanto sinónimo de *distresse*, tal como é feito em Portugal, ou seja, na perspetiva negativa do significado (Carvalho & Neto, 2018). Hans Selye na década de 1930, atribuiu um significado específico à reação de stress, definindo este conceito como uma síndrome geral de adaptação (Selye, 1975). Khorol, Ivan S. Stress: as tensões e os desgastes da vida moderna In: O Correio da Unesco, Ed.brasileira. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, ano 3, no.12, dez.1975, p.4-9.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2017a) vêm alertando a respeito do stress relacionado com o trabalho, sendo esse motivo de crescente preocupação para muitos trabalhadores em todo o mundo. Estimativas recentes mostram que, aproximadamente, metade dos trabalhadores europeus considera o stress como uma situação habitual no local de trabalho e que os seus efeitos negativos incluem uma crescente taxa de acidentes e lesões, o aumento do absentismo, assim como do *presentismo*.

A Organização Internacional do trabalho (OIT), em recentes publicações, estima que, anualmente, 2,78 milhões de trabalhadores morrem devido a acidentes de trabalho e doenças profissionais. Os dias de trabalho perdidos são estimados em quase quatro por cento (4%) do produto interno bruto (PIB) mundial a nível global, atingindo os seis por cento (6%), ou mais, em alguns países (Hamalainen et al., 2017; Takala et al., 2014).

Os acidentes de trabalho e doenças profissionais, além de custos económicos causam um imensurável sofrimento humano, contudo, ao longo do século XXI as investigações e a prática vêm demonstrando frequentemente que tal sofrimento em grande parte pode ser evitável (Organização Internacional do Trabalho, 2019). A EU-OSHA (2012a) deixa claro que o aumento da carga e intensidade de trabalho é suscetível a ter um impacto

negativo sobre os estados de saúde e bem-estar dos trabalhadores, podendo contribuir para exaustão profissional (DGS, 2020).

Em diversas áreas do mundo social, compreende-se o risco como uma entidade presente em diversas atividades, sendo assim, dificilmente os sujeitos estarão imunes aos riscos ou se colocaram fora do seu alcance (Areosa, 2009). Os estudos sobre os riscos consistem em muitas variáveis, sendo o risco no trabalho um tipo específico desse, que nem sempre provocou as mesmas discussões, antes pelo contrário, vêm sofrendo progressos e novas configurações nas diversas sociedades sujeitando a novas formas do saber sobre as consequências para o ser humano no seu local de trabalho (Areosa, 2009).

Nas organizações, os riscos quase sempre são vistos como fatores negativos para a saúde e segurança dos trabalhadores. Pode-se encontrar uma correlação entre os riscos laborais e os potenciais efeitos adversos que o trabalho provoca nos indivíduos e na sua qualidade de vida. Assim como potenciais perdas para a organização, pois os riscos são propensos de provocar lesões físicas e doenças nos trabalhadores, danos materiais e/ou ambientais (Areosa, 2009)

Segundo diversos autores, que serão melhores citados ao longo desta Dissertação, o trabalho em ambiente hospitalar traz diversos riscos para a saúde dos trabalhadores, visto que o ambiente, em si mesmo, já propicia situações constantes de stress, sofrimento humano e morte. Além disso, também pode gerar insatisfação profissional, a percepção negativa do trabalho desenvolvido, a sobrecarga de trabalho em termos físicos e psicológicos e de multiplicidade de tarefas, podendo ser fonte de danos para a saúde física e mental dos trabalhadores (Américo & Neto, 2019; Areosa, 2012; Arrabaço, 2008; Mendes & Areosa, 2016; Souza *et al.*, 2017).

Existem outros fatores que corroboram para o aumento dos riscos para os profissionais da saúde, tais como o elevado grau de responsabilidade inerente à profissão (lidam diariamente com vidas, sendo que o erro intrínseco ao ser humano pode causar danos a outrem); as mudanças de turnos que afetam diretamente o sistema biológico; e o prolongamento frequente do horário, pois só podem sair do posto de trabalho quando houver substituição (Arrabaço, 2008). Nesta perspectiva, este estudo focalizará os enfermeiros como os trabalhadores objeto de análise, pois são considerados como os principais cuidadores na área da saúde, desempenhando um papel fundamental na sua

instituição de trabalho, sendo os profissionais que mais frequente e extensamente tem contacto com os doentes e seus familiares culminando em maior exposição a riscos. (Hermansyah & Riyadi, 2019; McVitar, 2003; Tao et al., 2018; Waddill-Goad, 2019).

Vários estudos no mundo vêm demonstrando que os profissionais da enfermagem fazem longas jornadas de trabalho, o que aliadas à desvalorização, falta de autonomia, más condições de trabalho e elevada carga física e emocional, coloca a profissão como uma das que tem maior exigência do ponto de vista psicossocial (Pires et al., 2010; Gray-Stanley & Muramatsu, 2011; Bogaert et al., 2013; Dalri et al., 2014a; Silva Neto et al., 2015; Lala et al., 2016). Todas as situações evidenciadas anteriormente reportam diversos fatores de risco de natureza psicossocial, elevando o nível desse risco relacionado com o trabalho da profissão. Esses fatores de riscos podem concorrer para prejuízos nas habilidades corporais e psíquicas dos trabalhadores, que resultam em danos na vida cotidiana em razão da exaustão física e emocional, que são mais prevalentes em enfermeiros do que entre a população em geral (Bogaert et al., 2013; Lala et al., 2016).

1.OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o nível de exposição ao Stresse, Exaustão profissional e *Coping* dos Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios no período de pandemia Covid-19 ocorrido no período de Janeiro a Setembro de 2020.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analisar como um contexto de pandemia Covid-19 pode influenciar nos níveis de stresse, exaustão profissional e *coping* nesse grupo de profissionais no período de Janeiro a Setembro de 2020.

- Compreender as exigências de segurança e saúde no trabalho da profissão de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos e intermédios, nomeadamente em termos de riscos psicossociais;

- Valorar o nível de risco psicossocial dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios e o nível de intervenção de controlo dos riscos psicossociais em presença.

2 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Vive-se num momento de grandes mudanças e incertezas em todas as áreas e partes do mundo com a pandemia Covid-19, todas essas alterações geram diversos efeitos positivos e negativos nos indivíduos e nos profissionais. Tal como refere o Diretor Geral da OMS, o Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus que afirma que muitas coisas mudaram desde a notificação dos primeiros casos da Covid-19 e continuam mudando desde o primeiro lançamento do Plano Estratégico de Preparação e Resposta (World Health Organization, Abril 2020).

As flutuações dos ciclos económicos, alterações na natureza do trabalho, alterações dos espaços de trabalho, novas formas de organizações do trabalho, entre outras alterações, podem contribuir para um aumento da desestabilização do bem-estar psicossocial das/os trabalhadoras/es no trabalho (Areosa, Neto & Arezes 2014). Os riscos estão presentes na vida de todo ser humano, em qualquer atividade que se realize na vida pessoal ou no trabalho. Em se tratando da atividade laboral, os riscos também estão associados e podem contribuir para o equilíbrio das pessoas, assim como também causar danos à saúde física e mental (Américo & Neto, 2019).

Ademais, os riscos são entidades omnipresentes no contexto laboral, não sendo possível conhecer o todo que envolve o perigo ou os riscos (Areosa, 2010). Existem duas visões diferentes sobre como o risco deve ser percebido: um significado objetivo dos riscos, à qual a definição é feita apenas por especialista/peritos sem considerar o senso comum, e outra perspetiva que trabalha na ótica da integração do especialista com o não especialista (Areosa, 2009).

As doenças profissionais e os acidentes de trabalho têm grandes consequências ao nível da saúde, não só do indivíduo acometido, como também dos seus familiares; impactos económicos na organização eventualmente podem influenciar na economia do país. Dessa forma, as doenças profissionais, assim como os acidentes de trabalho, refletem em custos com tratamentos, absentismo, indenizações e pensões por invalidez (Mendes & Areosa, 2016).

Logo, verifica-se um aumento da exigência e expectativas por partes das pessoas em relação ao funcionamento das organizações e da própria produtividade, refletindo-se também no contexto da saúde. Nem sempre tais exigências vêm acompanhadas de melhores condições de trabalho e melhores recursos, atualmente, surge cada vez mais à

necessidade de se fazer mais com menos. Os profissionais de saúde, por vezes, trabalham em condições precárias, escassez de recursos humanos e materiais, além de horários prolongados. Tais condições contribuem para aumentar os casos de stresse e outros fatores psicossociais, que pode ampliar as probabilidades de erros, ocorrências de acidentes e baixo rendimento profissional (Mendes & Areosa, 2016).

Os hospitais oferecem uma gama variada de perigos e os profissionais da saúde estão de forma cotidiana expostos aos mesmo. Os perigos do local de trabalho concretizam vários tipos de riscos como, por exemplo: biológicos, físicos, químicos, lesões músculos-esqueléticos e psicossociais (Arensa, 2012).

2.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Diante do contexto apresentado, entende-se ser relevante analisar os fatores de risco psicossocial, com foco no stresse, exaustão profissional e *coping*, que os enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de um Hospital na grande Lisboa estão expostos em um contexto de pandemia Covid-19 no ano de 2020, com vias a propor ações de intervenção e, conseqüentemente, contribuir para a gestão organizacional. Esse estudo também se mostra importante diante do cenário único que o mundo se encontra (pandemia Covid-19) e pela lacuna existente na literatura científica, uma vez que existe um número reduzido de pesquisa nessa especificidade, mas que puderam nortear sua discussão. Além da vinculação atual do mesmo aos propósitos de pesquisa que contemplam a articulação entre segurança e saúde no trabalho nos serviços de prestação de cuidados de saúde, âmbito em que se ancora o objeto dessa investigação.

Portanto, vem fornecer subsídios para a gestão de organizações de saúde no que tange a implementação de ações e políticas com vistas à avaliação e prevenção precoce dos riscos psicossociais a quais os enfermeiros intensivistas estão expostos, bem como das suas conseqüências para vida profissional e pessoal. De forma adicional, tem-se também a contribuição do ponto de vista acadêmico, que foi transformar saberes empíricos em ciência aplicada para a solução de problemas práticos na rotina institucional, ampliando o conhecimento sobre o tema e instigou reflexões sobre as potenciais intervenções. Para a sociedade, a contribuição potencial foi a de prover os profissionais de saúde de informações que permitam melhor subsidiar sua prática laboral, culminando em um melhor atendimento à população.

Trabalha-se na perspetiva de análise dos riscos que integra a visão do especialista e não especialista, pois consideramos que esse ponto de vista pode também oferecer novas dimensões sobre os riscos, os quais eventualmente não foram detetadas pelos peritos ou cientistas.

O recorte temporal do estudo foi do início da pandemia até o final do prazo para respostas do questionário, ou seja, setembro de 2020.

2.2 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo teve como limitação ser realizado em uma única unidade de saúde e um contexto de incertezas devido a pandemia Covid-19. Contudo, os dados obtidos foram analisados com todo rigor científico de forma a apresentar resultados que contribuam substancialmente para os profissionais envolvidos, para o serviço de saúde, para os pesquisadores, instituição de ensino e comunidade científica em geral.

2.3 QUESTÃO DE PARTIDA DA INVESTIGAÇÃO

A questão de partida que norteou esta pesquisa foi: Quais os níveis de Stresse, Exaustão profissional e *Coping* dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos no cenário de pandemia Covid-19 no período de Janeiro a Setembro de 2020?

3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 CONTEXTO MUNDIAL PANDEMIA COVID-19

Em 1937 foi descoberto e isolado o agente infeccioso em seres humanos, e após 28 anos analisado por microscopia então descrito como “coronavírus” (Li et al., 2020). Entre 31 de dezembro de 2019 e 3 de fevereiro de 2020, vinte e quatro países relataram, com confirmação por laboratório, um total de 17 391 casos infetados com 2019-nCoV, incluindo 361 mortes. A maioria dos casos (99%) foram relatados da China (17 238 casos confirmados da China e 304 mortes). Casos confirmados (153) também relatados conforme tabela abaixo (World Health Organization, 2020):

Tabela 1- - Visão geral epidemiológica

<i>País</i>	<i>Números de casos confirmados</i>
China	17238
Japão	20
Tailândia	19
Singapura	18
República da Coreia	15
Austrália	12
Estados Unidos da América	11
Alemanha	10
Malásia	8
Vietnã	8
França	6
Emirados Árabes Unidos	5
Canadá	4
Índia	3
Itália	2
Federação Russa	2
Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte	2
Filipinas	2
Nepal	1
Sri Lanka	1
Espanha	1
Suécia	1
Camboja	1
Finlândia	1
TOTAL	153

Fonte: (World Health Organization, 2020)

Apesar da confirmação da transmissão pessoa a pessoa, através de gotículas, ainda se faz necessário maiores evidências para melhor avaliar a extensão e mecanismos deste modo de transmissão, o reservatório e a história natural da doença continuam em investigação (DGS, 2020). Inicialmente entre os casos relatados fora da China, a maioria dos casos tem histórico de viagens de Wuhan, na província de Hubei ou em outras províncias da China ou têm contatos próximos com um caso confirmado. Embora a fonte zoonótica de 2019-nCoV permaneça desconhecida, é claro que o surto crescente não está mais ligado apenas ao mercado de frutos do mar de Huanan em Wuhan, muitos dos novos casos relatados não visitaram o mercado de Huanan (World Health Organization, 2019).

Conforme dados publicados dos primeiros países afetados pela pandemia, estima-se que 40% dos casos sofrerão uma doença leve, 40% testarão doenças moderadas, como pneumonia, 15% dos casos padecerão doença grave e 5% dos casos terão doença grave, podendo levar à morte (World, 2020). A situação mundial referente a Covid-19 no dia 03 de março de 2020 de acordo (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) eram – 90 663 casos confirmados; – 3 043 óbitos; - Transmissão comunitária ativa: China (Continental e Hong Kong), Irão, Itália (Emilia-Romana, Lombardia, Piemonte, Veneto), Japão, Singapura, Coreia do Sul. Em Portugal, segundo o relatório de situação da DGS publicado nessa mesma data, eram 4 casos confirmados, zero óbitos e 101 notificações de casos suspeitos (desde janeiro de 2020).

A OMS avaliou que o risco era muito alto para a China, alto em nível regional e alto em nível global. Nos níveis Regional e Global, o risco geral é avaliado como alto devido a um elevado nível de preocupação de expansão internacional adicional; espalhamento de casos para 16 outros países e transmissão de pessoa para pessoa (World Health Organization, 2020).

Muitos países possuem planos de preparação e resposta que devem ser à base de atividades imediatas e urgentes. O planejamento de resposta urgente com os parceiros é fundamental para a contenção rápida de quaisquer casos importados e para fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde em uma emergência sanitária. Com base na autoavaliação dos países, lacunas e desafios foram identificados sobre a capacidade do laboratório nacional e as práticas *do Infection prevention and control* (IPC). A outra área com importantes lacunas estavam na área de adequação da logística e recursos disponíveis

(equipamentos de proteção individual - EPI, meios de transporte e reagentes de laboratório) (World Health Organization, 2020).

A disseminação global do vírus sobrecarregou os sistemas de saúde, e causou rutura social e econômica generalizada. A capacidade do vírus em se espalhar foi reduzida ao colocar sociedades e economias em espera, dessa forma as medidas defensivas ajudaram para limitar alguns dos impactos de curto prazo do vírus, dando tempo para traduzir o que estava sendo aprendido sobre o vírus e para criar soluções para que a sociedade pudesse voltar a uma maneira mais normal de viver: um novo normal (World, 2020). Ainda segundo a OMS (2020), a pandemia é muito mais do que uma crise de saúde e requer uma resposta de toda a sociedade. A determinação e o sacrifício da saúde da linha de frente dos trabalhadores devem ser combinados por cada indivíduo e cada líder político para colocar no lugar as medidas para acabar com a pandemia.

Para tentar conter o avanço da pandemia da Covid-19 algumas medidas vêm sendo incentivadas, tais como: higienização das mãos com água e sabão, isolamento social evitando aglomerações; na medida do possível evitar abraços, beijos e aperto de mão; etiqueta da tosse e espirro; distanciamento de 2 metros entre as pessoas (World, 2020).

Além das medidas citadas anteriormente, é de suma relevância a otimização e correta alocação de recursos para o tratamento e suporte aos doentes. Uma revisão da literatura evidenciou que em contexto pandêmicos como o da Covid-19, os recursos são disponibilizados à medida que as demandas surgem e dessa foram identificadas várias fragilidades na alocação de recursos que vão desde baixo quantitativo de recursos humanos, leitos gerais, leitos de UTI, até os equipamentos de ventilação assistida. De forma a atenuar potenciais danos tanto na esfera individual, sistêmico e sociais na alocação de recursos em saúde, a autora afirma a necessidade de critérios para uma disponibilização assertiva dos recursos baseados em evidência científica e maximização dos recursos escassos (Silva, 2020). Outro estudo revela que a pandemia Covid-19 expôs várias lacunas em nosso sistema de saúde incluindo a necessidade de investimentos de forma prática e a preparação para a pandemia (Sasangohar *et al.*, 2020).

Os países estão em diferentes estágios em termos de surtos e incidência pandêmica. A OMS reconhece que uma das características definidoras da Covid-19 é o imenso stresse causado nos sistemas de saúde e trabalhadores de saúde pela grande proporção de pacientes Covid-19, que, por sua vez, podem exigir qualidade nos cuidados clínicos. Os

pacientes demandam cuidados específicos que sobrecarregam os trabalhadores, principalmente no que se refere ao aparelho respiratório e às medidas de proteção requeridas como o uso constante dos EPI (OMS, 2020).

Os profissionais de saúde expõem-se ao risco diariamente para salvar vidas e alguns perdem a suas próprias vidas como resultado. Em muitos países, as mulheres representam até 70% da força de trabalho na saúde, e, portanto, foram desproporcionalmente afetadas. Mesmo os sistemas de saúde muito robustos podem ser rapidamente sobrecarregados e comprometidos por um explosivo surto da Covid-19. O planejamento de contingência deve incluir cenários extremos, como a necessidade de rapidamente e completamente reconfigurar e reutilizar em grande parte todo o setor saúde (World, 2020).

3.2 CONTEXTO PORTUGAL PANDEMIA COVID-19

Portugal tem tido um progresso em relação à elaboração de planos de contingência para as pandemias, conforme relatado no plano nacional de preparação e respostas a doença causada por Novo Coronavírus, porém reconhece que a conjuntura atual é de incertezas devido à dinâmica do contexto epidemiológico e a imprecisão científica quanto às características deste vírus (DGS, 2020). O plano foi elaborado com a finalidade de dar resposta e minimizar os impactos da pandemia Covid-19 e descreve diretrizes estratégias ao setor da saúde (DGS, 2020).

A fase de resposta consoante com a avaliação de risco para a Covid-19 e o seu impacto para Portugal, compreende três níveis e seis subníveis conforme tabela abaixo.

Tabela 2- Níveis das fases de preparação, resposta e recuperação

Fase de preparação			Não existe epidemia ou epidemia concentrada fora de Portugal
Fases de resposta	1 - Contenção	1.1	Epicentro identificado fora de Portugal, com transmissão internacional
		1.2.	Casos importados na Europa
	2 - Contenção alargada	2.1.	Cadeias secundárias de transmissão na Europa
		2.2.	Casos importados em Portugal, sem cadeias secundárias
	3 - Mitigação	3.1.	Transmissão local em ambiente fechado
		3.2.	Transmissão comunitária
Fase de recuperação			Atividade da doença decresce em Portugal e no Mundo

Fonte: DGS, 2020

A Direção-Geral da Saúde (DGS) desde o primeiro momento, tem seguido o desenvolvimento do surto por novo coronavírus (SARS-CoV-2). Foi ativado o dispositivo de Saúde Pública do País, com monitorização e vigilância epidemiológica, gestão e comunicação de risco, habituais nestas situações (DGS 2020).

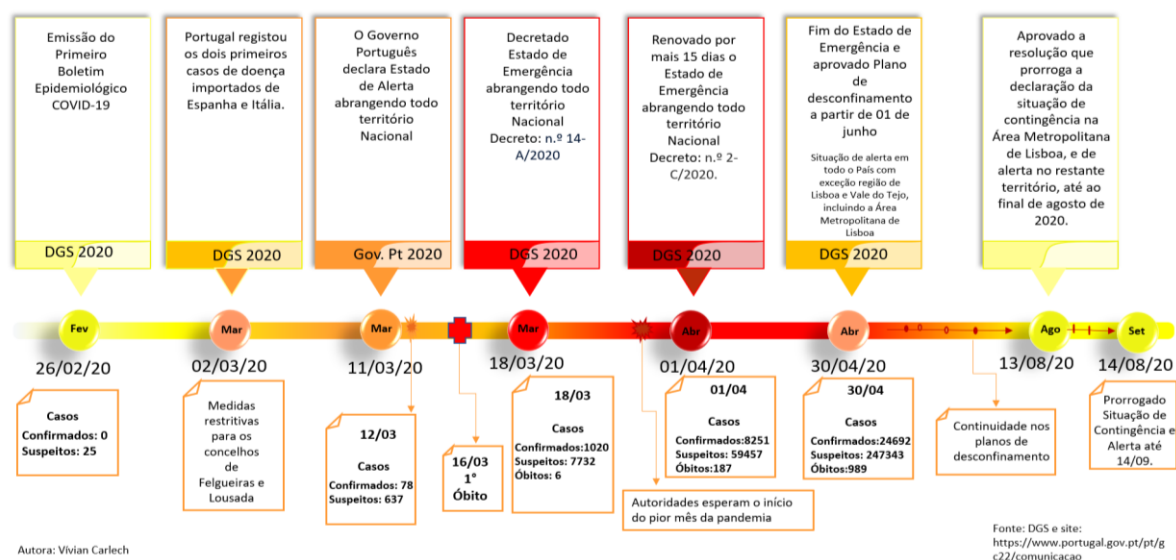
Dentre as atividades que têm sido desenvolvidas, destacam-se (DGS 2020):

1. Constituição de uma equipa de peritos/especialistas (*Task-force*) para dar resposta à epidemia;
2. Divulgação de Comunicados diários;
3. Organização de Conferências de Imprensa;
4. Produção e atualização de informação para o cidadão na página e nas redes sociais da DGS;
5. Produção e divulgação de materiais informativos para diferentes públicos, incluindo aeroportos, portos, unidades de saúde, escolas e população em geral;
6. Monitorização de redes sociais;
7. Emissão de orientações técnicas e recomendações para profissionais do sistema de saúde e aeroportos;
8. Atualização e validação da informação disponível sobre os casos de doença respiratória aguda pelo novo coronavírus (Covid-19), de acordo com a evolução epidemiológica e evidência científica;
9. Ativação do SNS24 para triagem e encaminhamento de casos suspeitos;

10. Ativação da Linha de Apoio ao Médico (LAM-DGS) para validação de casos suspeitos;
11. Articulação permanente com instituições/organizações internacionais para adoção de medidas, em consonância com as recomendações emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) e de acordo com a avaliação de risco a nível nacional;
12. Articulação com os Parceiros Institucionais para amplificar a disseminação da informação;
13. Repatriamento de Cidadãos que residiam ou com história de permanência na cidade de Wuhan, província de Hubei, China.

A seguir apresenta-se a linha do tempo referente ao contexto da Covid-19 de acordo com o recorte temporal delimitado para esta pesquisa. As informações foram recolhidas nos sites da DGS, Governo Portugal e Sistema Nacional de Saúde. Para além foram consultados decretos, boletim epidemiológico, comunicados da DGS e Governo Português, assim como o plano de contingência e o plano de desconfinamento (Graça, 2020; Direção-Geral da Saúde, 2020; Governo Português, 2020; Presidente da República Decreto, 2020; DGS, 2020).

Figura 1 - Linha do tempo Covid-19, Portugal 2020



Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Percebe-se em Portugal uma preocupação dos Governos e dirigentes da Saúde sobre os riscos a saúde mental resultantes da pandemia. Tais riscos, conforme já mencionado, não se distribuem de forma simétrica na população, sendo possível identificar pessoas com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas. As pessoas dos

grupos mais vulneráveis sofreram consequências mais severas diante desse cenário, diferentemente daqueles que usufruem de melhores condições sociais e materiais desenvolveram estratégias de coping globalmente mais adaptativas, experimentaram sintomas de sofrimento mental mais sutis (Kawohl & Nordt, 2020; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2020; Pfefferbaum & North, 2020; Platt et al., 2020; Morgado, 2020).

Quando surgiram os primeiros sinais de alarme, as respostas psicológicas foram dominadas pela preocupação e pelo stresse, tendo-se verificado níveis variáveis de desorganização comportamental e prejuízo na tomada de decisão. A cada nova fase uma resposta emocional diferente era gerada como: o medo, a solidão e a ansiedade. Nas situações em que os mecanismos de controlo falharam, o stresse crónico pode evoluir para queixas persistentes de depressão, ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação de sono. Na fase de desconfinamento é fundamental a implementação de medidas de saúde mental para reduzir o impacto da curva de doença psiquiátrica, pois essa é a fase que requer uma adaptação à nova normalidade (Morgado, 2020; Nascimento *et al.*, 2020).

3.2.1 Contexto Hospitalar em Portugal

Vive-se na era do conhecimento, o monopólio profissional sustentado pelo saber vêm sofrendo declínio, há uma divulgação do conhecimento cada vez maior e pode-se verificar uma população mais questionadora (Carapinheiro, 1993). No trabalho, a prevalência dos riscos psicossociais é cada vez mais assumida e valorizada, devido aos prejuízos que causam à saúde mental, física e social dos trabalhadores e a sua interferência com as condições de trabalho (Américo & Neto, 2019), havendo também maior questionamento a esse respeito.

A organização mundial de saúde define hospital como um ambiente com características médico-social, o qual tem por base fundamental garantir uma assistência médica integrada, curativa e preventiva a toda população considerando o meio e assegurando os cuidados desde o sujeito até seu seio familiar. Sendo esse um núcleo de medicina e de pesquisa biológico e social (OMS. Sd)

Em Portugal, o Regulamento Geral dos Hospitais (2015) define hospital como Serviços de proveito público, gerido, organizado e instituído com a missão de prestar uma

assistência preventiva, curativa e de reabilitação a toda população (artigo 1º), colaborando também com as investigações de cunho científico e no ensino.

Outros autores corroboram com as definições acima citadas acrescentando que o ambiente hospitalar é composto de diversos tipos de atividades, podendo diferenciar a natureza dos mesmos em termos técnicos, humanos e administrativos. Assim, é necessário efetuar a avaliação dos riscos de acordo com o tipo de atividade, posto de trabalho e a natureza da exposição a qual o trabalhador está inserido (Arrabaço, 2008).

O trabalho em meio hospitalar é suscetível de causar danos para a saúde, pois os trabalhadores estão sujeitos tanto a ocorrência de acidentes e doenças profissionais de origem etiológica multifatorial, como estão expostos frequente a situações de stresse e de fadiga física e mental (Uva & Faria, 1992).

No contexto hospitalar em Portugal, a necessidade da presença constante de profissionais nos serviços durante as 24 horas do dia, requer que o trabalho seja organizado por turnos, normalmente de 7 (SNS) ou 8 horas, em horários rotativos de manhã, e noite. Aplica-se o mesmo cenário às unidades de cuidados intensivos. Em Portugal, as primeiras unidades surgiram no final da década de 50 do século passado, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas portugueses. As normas regulamentadoras do Ciclo de Estudos em Cuidados Intensivos (despacho 276/89 de 28/7) publicados em 1989 pelo Ministério da Saúde, possibilitaram o primeiro caminho formalmente legislado para um programa formativo em Medicina Intensiva e recomendações técnicas para instalações das Unidades de Cuidados Intensivos (RT 09/2013) além das relativas a recursos humanos (Paiva *et al.*, 2016).

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviços de Medicina Intensiva são áreas em que se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível. As UCI reconhecem-se pela sua identidade, missão e liderança. Devem possuir um corpo clínico próprio, a tempo inteiro, como médico(s) e enfermeiro(s) em regime de permanência 24 horas/dia, preferencialmente acreditados para a prática. No caso da Medicina Intensiva, pela Ordem dos Médicos, com o documento orientador de formação em Medicina Intensiva - 3/2007) (Penedo *et al.*, 2013).

O doente crítico requer cuidados de enfermagem de elevada complexidade, exigindo maior atenção, treino e vigilância por parte desses (Urden, Kathleen & Lough,

2008). Desenvolver competências específicas pelo enfermeiro é considerado uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados o que possibilita a identificação precoce de sinais de instabilidade; na resposta pronta e antecipatória a esses focos; a realização de cuidados técnicos de alta complexidade; a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades em suporte avançado de vida; o diagnóstico precoce de complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; a implementação de respostas de enfermagem adequadas às complicações; monitorização e avaliação adequada das respostas aos problemas identificados; demonstração de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação, gestão da ansiedade e medo perante a pessoa e família (Ordem dos Enfermeiros, 2010c).

O doente o qual encontra-se internado na UCI necessita, na sua maioria, de suporte ventilatório invasivo, monitorização hemodinâmica e terapêuticas complexas a fim de manter as suas funções vitais e potenciar a sua recuperação. Com este ambiente de cuidados, os profissionais de saúde, doentes e seus familiares vivenciam e partilham o stress e ansiedade (Barth, *et al.*, 2016)

Em Portugal o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em março de 2020, dispunha de 528 camas em unidade de cuidados intensivos, que passaram para 713 em 02 de maio, representando um aumento de 35% de capacidade instalada (SNS, 2020). Já em 23/10/2020 os hospitais do SNS dispunham de 1.021 camas de cuidados intensivos e 566 de cuidados intermédios, porém, destas tinham uma parte reservada para doentes com outras patologias, como doentes coronários ou “casos específicos” graves (SNS, 2020).

3.3 SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (SST)

A Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015 -2020 (ENSST 2015 -2020) configura o quadro global da política de prevenção de riscos profissionais e de promoção do bem-estar no trabalho, para o horizonte temporal de 2015 -2020 (Neto, 2015).

Aumentar a qualidade das condições de trabalho é um objetivo da União Europeia (UE); o artigo 151.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, estabelece que os Estados-Membros terão por objetivos a promoção do emprego e da melhoria das condições de trabalho. Um dos pré-requisitos para alcançar o objetivo da estratégia Europa 2020, aumentar o emprego em toda a UE, passa por garantir a saúde e o bem-estar dos

trabalhadores ao longo da vida profissional. A diretiva-quadro de 1989 sobre medidas para melhorar a segurança e a saúde no trabalho obriga os empregadores a aplicar medidas preventivas para evitarem acidentes e doenças profissionais; naturalmente que os riscos psicossociais deverão ser abordados nas estratégias de segurança e saúde dessas mesmas organizações (Gonzales, 1989).

Além disso, os parceiros sociais europeus, ao assinarem os acordos-quadro sobre o stresse no trabalho (2004), tinham como finalidade ampliar a consciencialização e o conhecimento das entidades patronais, dos trabalhadores e dos seus representantes a respeito do stresse no local de trabalho, bem como evocar a atenção para os sinais suscetíveis de revelarem a existência de problemas de stresse no trabalho (Europeias, 2004). O mesmo se replica no acordo sobre assédio e violência no trabalho (2007), que também são objetivos da política europeia em matéria de saúde e segurança no trabalho. O acordo visa prevenir e gerir problemas de intimidação, assédio sexual e violência no trabalho sempre que necessário (Comissão das Comunidades Europeias, 2007). Ambos os documentos reconhecem a importância dos riscos psicossociais, já que os acordos representam um compromisso com o desenvolvimento e a aplicação do seu conteúdo a nível nacional (Eurofound and EU-OSHA, 2014).

Com a crise atual de pandemia Covid-19 todas as áreas (destaque para a economia, educação, segurança) têm sido impactadas, assim como a saúde e segurança do trabalhador no que diz respeito as condições de trabalho; salários e acesso à proteção social. Com consequências particularmente negativas em grupos específicos mais vulneráveis aos resultados adversos do mercado de trabalho, tais como os trabalhadores dos serviços considerados não essenciais (OIT, 2020a).

Determinadas classes da população são mais afetadas diante de um cenário de pandemias, podendo agravar ainda mais a desigualdade social, são eles (OIT, 2020a):

- as mulheres que estão representadas nas profissões que estão na linha da frente para lidar com a pandemia e que suportarão encargos adicionais nas responsabilidades familiares e de cuidados de saúde, acrescidas pelo encerramento de escolas ou de serviços que prestam esses cuidados;
- trabalhadores/as com condições de saúde subjacentes;
- jovens, que já enfrentam taxas mais elevadas de desemprego e de subemprego;

- pessoas idosas, que podem enfrentar maior risco de desenvolver problemas de saúde graves e que podem também sofrer de vulnerabilidades económicas;
- trabalhadores e trabalhadoras sem proteção, tal como: independentes, ocasionais e que não tenham acesso a mecanismos de licenças remunerada, ou baixas por doença;
- Trabalhadores (as) migrantes, que podem não ter acesso aos seus locais de trabalho nos países de destino e ter de regressar para junto das suas famílias.

Comprovou-se com as experiências vivenciadas com outras doenças, tais como a síndrome respiratória aguda grave (SARS), os surtos de vírus da gripe A (H1N1) e do vírus do Ébola, a importância dos locais de trabalho, não apenas identificando as populações em risco, mas também como forma de entender os mecanismos de propagação das doenças. Tais aspetos reforçam a importância de se implementar as medidas de controlo e prevenção nestes locais (OIT - Organização Internacional do Trabalho, 2020).

É de suma importância que as instituições tenham um plano de resposta de emergência no local de trabalho. Esse deve ser elaborado para suprir as situações de crise de saúde e pandemias, estando os locais de trabalho mais bem preparados para uma resposta rápida, organizada e eficaz, adaptando as medidas à cada situação (OIT, 2020).

Na convenção (N.º 155), assim como sua Recomendação, são apresentadas várias medidas de prevenção e proteção da segurança e saúde para amenizar os efeitos negativos das pandemias, como a Covid-19 no mundo do trabalho, seguem algumas delas:

- Art. 16 - 1. Deverá ser exigido dos empregadores que, na medida que for razoável e possível, garantam que os locais de trabalho, o maquinário, os equipamentos e as operações e processos que estiverem sob seu controle são seguros e não envolvem risco algum para a segurança e a saúde dos trabalhadores.

- 2. Deverá ser exigido dos empregadores que, na medida que for razoável e possível, garantam que os agentes e as substâncias químicas, físicas e biológicas que estiverem sob seu controle, não envolvam riscos para a saúde quando são tomadas medidas de proteção adequadas.

- 3. Quando for necessário, os empregadores deveriam fornecer roupas e equipamentos de proteção adequados a fim de prevenir, na medida que for razoável e possível, os riscos de acidentes ou de efeitos prejudiciais para a saúde.

- Art. 18 - Os empregadores deverão prever, quando for necessário, medidas para lidar com situações de urgência e com acidentes, incluindo meios adequados para a administração de primeiros socorros.

- Art. 19 - c) Os representantes dos trabalhadores na empresa recebam informação adequada acerca das medidas tomadas pelo empregador para garantir a segurança e a saúde, e possam consultar as suas organizações representativas sobre essa informação, sob condição de não divulgarem segredos comerciais;

- d) Os trabalhadores e seus representantes na empresa recebam treinamento apropriado no âmbito da segurança e da higiene do trabalho;

- e) Os trabalhadores ou seus representantes e, quando for o caso, suas organizações representativas na empresa estejam habilitados, em conformidade com a legislação e a prática nacionais, para examinarem todos os aspetos da segurança e a saúde relacionados com seu trabalho, e sejam consultados nesse sentido pelo empregador; com essa finalidade, e em comum acordo, poder-se-á recorrer a conselheiros técnicos alheios à empresa;

- f) O trabalhador informará imediatamente o seu superior hierárquico direto sobre qualquer situação de trabalho que, a seu ver e por motivos razoáveis, envolva um perigo iminente e grave para sua vida ou sua saúde; enquanto o empregador não tiver tomado medidas corretivas, se forem necessárias, não poderá exigir dos trabalhadores a sua volta a uma situação de trabalho onde exista, em caráter contínuo, um perigo grave ou iminente para sua vida ou sua saúde.

- Art. 20 - A cooperação entre os empregadores e os trabalhadores ou seus representantes na empresa deverá ser um elemento essencial das medidas em matéria de organização e de outro tipo, que forem adotadas para a aplicação dos artigos 16 a 19 da presente Convenção.

- Art. 21 — As medidas de segurança e higiene do trabalho não deverão implicar nenhum ônus financeiro para os trabalhadores.

Em Portugal o relatório Garantir a Segurança e Saúde no Trabalho Durante a pandemia, Lisboa, 2020 explora medidas para prevenir e controlar o risco de contágio,

riscos psicossociais, riscos ergonómicos e outros riscos de segurança e saúde no trabalho associados à pandemia dada sua importância (OIT - Organização Internacional do Trabalho, 2020). O Sistema de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho (SGSST) introduzido tanto nos países industrializados como em países em desenvolvimento durante os anos de 2010 a 2020 e sua aplicação varia com os requisitos legais. Percebe-se que um SGSST é uma ferramenta lógica e vantajosa para a melhoria contínua do desempenho da SST a nível organizacional (OIT, 2011). Política, organização do planeamento e da implementação de medidas, avaliação e ações de melhoria são elementos-chave para a criação de um SGSST de acordo com as diretrizes da OIT (ILO-OSH 2001).

A Organização Internacional do Trabalho orienta a Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho que ao instituir medidas de prevenção e controlo de riscos, os procedimentos devem ser compreensíveis no que se refere ao planeamento e resposta de emergência para diferentes cenários, isso inclui um surto moderado ou uma pandemia grave (OIT, 2001). Prosseguir com um plano de continuidade das atividades auxiliará na identificação dos riscos que podem acometer uma empresa ou organização em tempos de crise e delinear estratégias de redução do seu impacto (OIT, 2009). O plano deve contemplar formas práticas para reduzir o risco de exposição dos trabalhadores, incluindo cuidados médicos, promoção de hábitos de higiene pessoal e alterações na organização do trabalho para minimizar o contacto pessoa-pessoa (Kawakami, 2009).

Consoante às orientações, o plano pode incorporar medidas sobre distanciamento físico, turnos de trabalho, operações de redução de funções, teletrabalho e outras medidas de redução da exposição ao risco (EU-OSHA, 2020). O documento também pode contemplar as potenciais consequências sociais incluindo a saúde mental, que uma epidemia pode ter nos trabalhadores e trabalhadoras (IOSH, 2020).

3.4 RISCOS PSICOSSOCIAIS

Riscos psicossociais são riscos que decorrem dos fatores que influenciam a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo de trabalho. Derivam da psicologia do indivíduo e da estrutura e da função da organização do trabalho. Incluem aspetos sociais, tais como as formas de interação no seio dos grupos; aspetos culturais, tais como os métodos tradicionais de resolução de conflitos; e aspetos psicológicos, tais como as atitudes, as crenças e os traços de personalidade (OMS, 1981)

Os riscos psicossociais são definidos como a relação entre o conteúdo e organização do trabalho, competências e necessidades dos trabalhadores e variáveis ambientais, assim como a gestão destes, e considera que tais interações influenciam de forma negativa à saúde dos trabalhadores através das suas vivências e apreensões (OIT, 1986). Existem diferentes tipos de riscos psicossociais, como o stresse, *burnout*, assédio sexual, assédio moral, discriminação no trabalho, precariedade, interferência do trabalho com a vida pessoa, entre outros (Neto, 2015).

O estudo desta temática desenvolveu-se significativamente após a década de 1950, quando os aspetos psicológicos e sociológicos do trabalho se consolidaram como objeto de pesquisa. A partir de 1960, a investigação nesta área foi altamente impulsionada, com o aumento das pesquisas na área da psicologia do trabalho e do ambiente psicossocial, desviando-se da perspetiva individual para perspetiva do ambiente de trabalho em saúde. A atenção a este fenómeno acentuou-se em 2000, depois de se constatar o aumento de acidentes graves no trabalho decorrente de condições psicossociais negativas (Leka & Jain, 2010).

O tema dos riscos psicossociais do trabalho tem assumido bastante enfoque na última década. Segundo (Neto, 2015, p.2):

“esta situação também é fruto do impacto suscitado por iniciativas como o Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST) em 2009; a campanha sobre os riscos psicossociais no trabalho do Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho em 2012; e a campanha europeia de 2014-2015 da AESST sobre gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho (designação: “Locais de trabalho saudáveis contribuem para a gestão do stresse”)”.

A avaliação e gestão dos riscos é uma abordagem central na intervenção e saúde do trabalho. Os princípios que lhe estão subjacentes também são aplicáveis no âmbito dos riscos psicossociais do trabalho, aliás devem ser a linha de orientação para qualquer diagnóstico e intervenção nesta área e devem obedecer os mesmos princípios de ação preventiva anunciados na diretiva-quadro e no regime jurídico da segurança e saúde no trabalho (Neto, 2015).

Diferentemente do que há anos atrás se acreditava, pois por muito tempo prevaleceu a ideia que não era possível determinar relações etiológicas tão claras e diretas dos riscos psicossociais como acontece com os demais riscos ocupacionais. Na medida em que os problemas de carácter psicossocial decorriam de variáveis de grandes instabilidades

como são as características do/a trabalhador/a, além de que esses fatores de risco poderiam manifestar-se diferidos no tempo (Neto, 2014b).

O Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes (ESENER) da EU-OSHA é um inquérito abrangente, que questiona e analisa a forma como os riscos de segurança e saúde são geridos na prática nos locais de trabalho europeus. As sínteses dos resultados serão demonstradas e discutidas posteriormente no texto, se atendo apenas aos riscos psicossociais.

A campanha sobre os riscos psicossociais no trabalho do Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho em 2012 teve como objetivo um enfoque especial aos riscos psicossociais no trabalho a fim de promover e manter o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, promover a realização da avaliação de riscos psicossociais nos locais de trabalho e incrementar a melhora da qualidade das avaliações de riscos existentes (ACT, 2012).

Outra campanha europeia foi em 2014-2015 da AESST sobre gestão do *stress* e dos riscos psicossociais no trabalho, designada “Locais de trabalho saudáveis contribuem para a gestão do stress”. Teve como principal objetivo contribuir com os gestores, empregadores, trabalhadores e representantes de SST reconhecer a importância e necessidade de se gerir riscos psicossociais no trabalho, nomeadamente o stress (AESST, 2015).

Cerca de metade dos trabalhadores europeus considera o stress uma situação comum no local de trabalho, o que contribui para cerca de 50% dos dias de trabalho perdidos. Nesta medida, ainda de acordo com estudo, o stress pode levar ao desgaste físico, mental e emocional dos trabalhadores, pelo que a abordagem que pretenda sanar este problema deverá ser transversal a toda a organização e não somente ao indivíduo (OSHA, 2012).

A carga mental, o stress, a insatisfação laboral, as dificuldades de relacionamento e a desmotivação, aliados a uma ineficiente comunicação, falta de apoio, sobrecarga de trabalho e práticas de assédio, são algumas das condições que podem levar aos riscos psicossociais. Podemos afirmar que existem vários tipos de riscos psicossociais dependendo do ambiente de trabalho e da exposição do trabalhador (Silva, 2014).

Os riscos psicossociais decorrem de deficiências na conceção, organização e gestão do trabalho, bem como de um contexto social de trabalho problemático, podendo ter

efeitos negativos a nível psicológico, físico e social tais como stresse relacionado com o trabalho, esgotamento ou depressão (OSHA,2012). Os fatores de risco psicossociais são definidos em termos de interações, por um lado entre conteúdo do trabalho, organização do trabalho e gestão, e outras condições ambientais e organizacionais. Por outro, as competências e necessidades das/os trabalhador/es que provam ter uma influência perigosa sobre a saúde das/os trabalhador/es através das suas perceções e experiências (OIT, 1986; Cox & Cox, 1993; AESST, 2015).

No presente trabalho são focalizados os riscos psicossociais de stresse e *burnout* (exaustão/esgotamento profissional).

3.4.1 Stresse

Na Europa, 25% dos trabalhadores afirmam que experimentam o stresse relacionado com o trabalho, e uma proporção semelhante relata que o trabalho afeta sua saúde negativamente (AESST, 2014). No ESENER, cerca de 8 em cada 10 dirigentes europeus manifestaram preocupação com o stresse nos respetivos locais de trabalho; todavia, menos de 30% admitiram ter implementado procedimentos para lidar com os riscos psicossociais (AESST, 2010).

O stresse associado ao trabalho é o segundo problema de saúde mais frequente na Europa, sendo a causa de entre 50% a 60% de dias de trabalho perdidos (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2017). De acordo com as estatísticas de 2008/09, o SafeWork Austrália (2012a) estimou que o stresse relacionado ao trabalho custa à sociedade australiana 5,3 biliões de dólares anualmente. Este valor inclui os custos resultantes da interrupção da produção e despesas médicas. Em 2009/10, foram pagos 6480 processos relacionados com o stresse no trabalho, como valor médio dos sinistros sendo de 12700 dólares (Safe Work Australia, 2012b, 2013).

Chandola (2010), no Reino Unido, utilizou dados de 2001/02 indicando que 35% das queixas de saúde auto relatadas eram devido ao stresse, ansiedade ou depressão. Essa percentagem foi aplicada aos dados da Health and Safety (HSE) sobre o custo da falta de saúde relacionado com o trabalho e os acidentes, levando o autor a concluir um custo relacionado com esse problema entre 7 e 10biliões de libras para 2001/02, o equivalente a 0,7-1,2% do PIB do país.

Apesar de alguns autores considerarem o stresse uma das palavras do século XX (Taché & Selye, 1979; Rafael & Lima, 2014) o tema vem sendo discutido há muitos anos e existem várias definições de stresse na literatura. Alguns autores relatam as primeiras referências ao stresse em 1910 por William Osler, referindo os doentes médicos, porém ainda muito incipiente (O'Driscoll & Cooper, 1966).

O conceito vem evoluindo ao longo dos anos e vários estudiosos contribuíram para conceituar tal fenômeno havendo até hoje muitas definições a respeito do tema. Chrousos e Gold (1992) referem que na era clássica, Heráclito muito incipiente no conceito de estado estático e a capacidade intrínseca de sofrer mudanças; posteriormente Empédocles sugerindo que o equilíbrio ou harmonia era condição necessária para a sobrevivência dos organismos vivos; Hipócrates, 100 anos mais tarde, comparou a saúde a um equilíbrio a doença a uma desarmonia, entretanto, Epicúro, incutiu a ideia de que a mente teria influência nas forças curativas (Chrousos, & Gold, 1992). Na era renascentista, o conceito foi sendo alargado por outros autores como Thomas Sydenham e Claude Bernard (Chrousos, & Gold, 1992).

Hans Selye (1956) nos anos trinta, foi investigar na física o termo Stresse e suscitou a hipótese de que uma sequência de eventos estereotipados, psicológicos e fisiológicos, advindos em doentes graves, representavam o efeito de severas e prolongadas respostas adaptativas. Esse estado foi referido como a Síndrome de Adaptação Geral ou Síndrome de Stress (SAG ou SS), associando-o a situações de alarme, resistência e exaustão (Selye, 1977) e reorientou o conceito de Sydenham sobre doenças de adaptação.

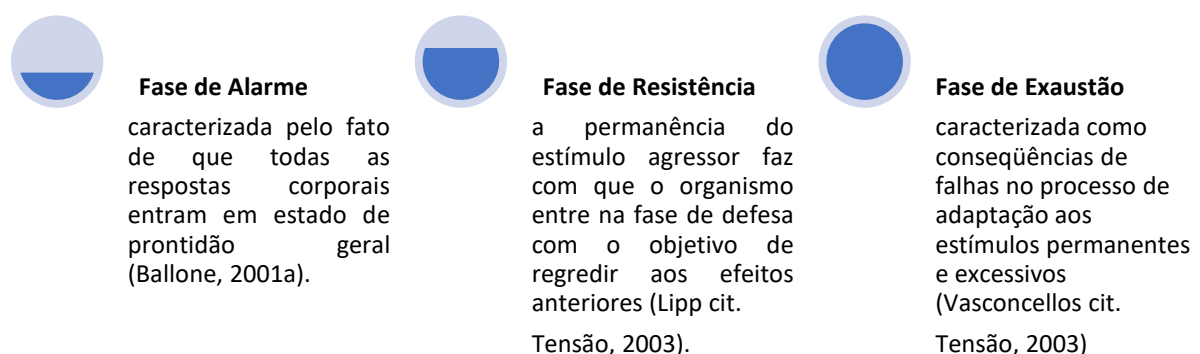
Pinheiro 2001 define stresse como: *“um conjunto de reações orgânicas e psíquicas de adaptações que o organismo emite quando é exposto a qualquer estímulo que excite, irrite, amedronte ou o faça muito feliz”* (Pinheiro 2000, p.1). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o stresse é definido como: *“a doença do século 20”*, correspondendo a maior epidemia mundial, sendo um dos maiores inimigos da saúde e da produtividade (Limongi, 1997; Masci, 1997).

No dicionário online de língua portuguesa, verificamos que o stresse tem as mesmas conotações citadas anteriormente como um conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas, instigadas por causas diversas que podem lesar ou impedir a realização normal do trabalho. Também está relacionado a tensão e pressão no e pelo trabalho (Infopedia, 2003).

O stresse no trabalho é definido, segundo o *National Institute of Occupational Safety and Health* (1999), como uma resposta nociva física e emocional que são geradas quando as exigências no trabalho são maiores que a capacidade de recursos que o trabalhador dispõe. Dessa forma, Santos e Santos 2005 concluiu que o stresse é o resultado da relação do homem com o seu meio ambiente. As influências externas de várias origens, assim como a própria percepção em relação a elas, a capacidade de adaptação e a vulnerabilidade são importantes para a ocorrência e a gravidade do processo de stresse, que sofre influência também da personalidade do indivíduo e do seu estado de saúde (equilíbrio mental, físico e emocional) naquele momento, considerando o stresse como não doença e sim uma disposição do organismo para lidar com os fatores estressores (Santos & Santos, 2005).

As reações dos indivíduos podem ser classificadas como de natureza positiva, sendo o *eustresse* e de natureza negativa que é o *distresse*. O *eustresse* pode mover a pessoa a um nível ideal de esforço, realimentando-se com os resultados obtidos, mesmo diante de pressão. De forma oposta o *distresse* pode levar ao adoecimento, relacionado a falta de estímulo, sobrecarga e monotonia (Fiori, 1997). Segundo o conceito de Seyle a Síndrome da Adaptação Geral ao stresse (SAG), apresenta três fases distintas conforme quadro abaixo.

Figura 2 - Fases da Síndrome Geral da Adaptação ao stresse



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Os estímulos capazes de provocar o aparecimento de respostas orgânicas, mentais, psicológicas e/ou comportamentais relacionadas com as mudanças fisiológicas estereotipadas, que resultam em hiperfunção da glândula supra-renal e do sistema nervoso

autônomo simpático são chamados *estressores*. Esses podem variar conforme sua natureza e classificados como internos (disposições pessoais e condições emocionais atuais) e externos (stress no trabalho; stress na sociedade e stress pessoal (Ballone, 2001a; Fiori, 1997).

A vulnerabilidade da pessoa está diretamente relacionada a manutenção e o desencadeamento do stress, isso faz com que as pessoas reajam diferente frente ao estímulo *estressor* e explica também a reação diferente da mesma pessoa sob a mesma situação em momentos distintos (Ballone, 2001a).

O stress ocupacional (no trabalho) foco deste estudo, é o produto da relação entre o indivíduo e seu ambiente de trabalho, quando as exigências do trabalho transpõem as habilidades do trabalhador. Isso poderá desencadear no trabalhador um desgaste do organismo que consequentemente vem interferir na sua produtividade (Siqueira, 1995). Miranda (2011) acrescenta a essa definição que indivíduos reagem diferente frente aos mesmos stressores, dessa forma pode-se relacionar a ocorrência do stress entre a interação entre as características do ambiente e a do sujeito.

Outra definição conhecida é do Trucco (1999) que definiu stress ocupacional como respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas mediante a situações que são apreendidas e interpretadas pelo indivíduo como perigo ou ameaça para sua integridade tanto física ou psicológica. O stress manifesta-se quando existe uma desarmonia entre as capacidades do indivíduo e as exigências do seu meio (Trucco, Valenzuela & Trucco, 1999).

A baixa autonomia na realização das atividades, chefias rígidas e autoritárias, conflitos com colegas e superiores, excesso de pressão e a, elevada carga de trabalho são exemplo de fatores *stressores* relacionados ao ambiente corporativo que podem produzir respostas ao stress, que eleva o potencial para o adoecimento. As respostas do organismo podem ser classificadas de acordo com sua origem: emocional (irritabilidade, angústia, insatisfação no trabalho), fisiológicas (aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, da tensão muscular) e comportamentais (absenteísmo, uso indevido da força, drogas, bebidas alcoólicas) (Moon, 2015).

Outros estímulos também podem ser caracterizados como estímulos capazes de provocar o stress nos trabalhadores interferindo na sua performance e rendimento tais como: barulho, calor, condições físicas e psicossociais intoleráveis (Ladeira, 1995).

3.4.1.1 Modelos de Stresse

Para compreender as variáveis subjacentes ao stresse ocupacional, citaremos de seguida, alguns modelos, nomeadamente: o Modelo de Avaliação Cognitiva de Lazarus & Folkman; Ajuste Pessoa-Meio de Harrison; Controlo/Exigência de Karasek & Theorell; Dinâmico de Cooper; Compreensivo de Beehr e o Modelo das exigências e dos recursos.

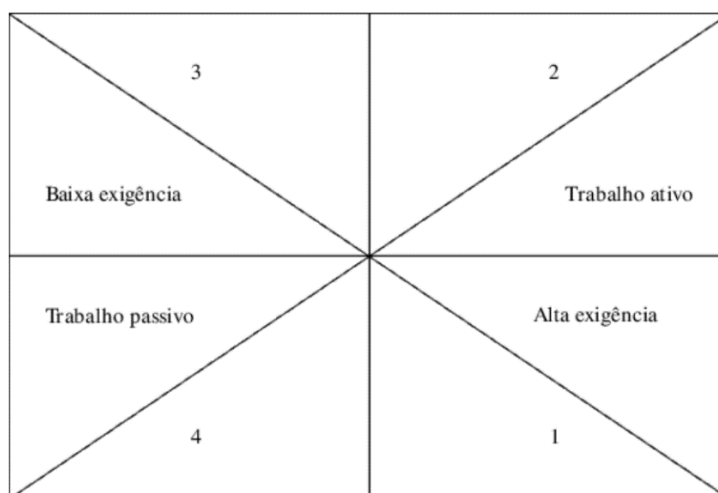
- Modelo de Avaliação Cognitiva de Lazarus e Folkman: neste modelo os autores focam a forma com que as condições potencialmente causadoras de stresse são percebidas, existe uma estreita relação entre o indivíduo e o meio, ou seja, ambos estão em constantes mudanças. A resposta de stresse tem origem quando um determinado acontecimento é avaliado como ameaçador ou quando o indivíduo considera que excedem os seus recursos para as enfrentar (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Dois tipos de avaliação são conceituados por Lazarus e Folkman (1984): avaliação primária, no que tange à primeira interpretação do sujeito face ao evento experienciado e a avaliação secundária, que manifesta quando o evento ou situação foi avaliada de modo negativo, remetendo para a análise dos recursos ou capacidades do sujeito para afrontar (capacidade de *coping*) essa situação (Lazarus & Folkman 1984). O processo compreende duas funções protetoras para o indivíduo: (i) *coping* focado no problema—desenvolvimento de estratégias com o objetivo de promover mudanças na situação que originou o stresse (Rafael & Lima, 2014); (ii) *coping* focado na emoção desenvolvimento de estratégias no sentido de regular as emoções (estados emocionais próprios) (Rafael & Lima, 2014). O modelo foi um contributo importante para entender o stresse no local de trabalho, porém criticado pela excessiva tónica colocada nos padrões de natureza individual (Rafael & Lima, 2014).

- Modelo de Ajuste Pessoa-Meio de Harrison: O stresse profissional é explicado a partir do ajustamento entre, por um lado, as exigências gerais do trabalho e, por outro, as competências e capacidades do trabalhador/a. A premissa fundamental de teoria do ajustamento pessoa-ambiente é que o stresse surge do desajustamento entre a pessoa e o ambiente. Há três distinções fundamentais centrais para esta teoria: (i) distinção entre a pessoa e o ambiente (características distintas); (ii) distinção entre as representações objetivas e subjetivas da pessoa e do ambiente; (iii) distinção nos tipos de ajustamento pessoa-ambiente (ajustamento entre exigências do ambiente e as capacidades da pessoa; correspondência entre as necessidades da pessoa e os suprimentos no ambiente que dizem respeito às necessidades da pessoa) (Rafael & Lima, 2014). Os suprimentos referem-se a

recursos e benefícios extrínsecos e intrínsecos, que possam satisfazer as necessidades da pessoa, tais como comida, abrigo, dinheiro, envolvimento social, realização ou sucesso (Rafael & Lima, 2014).

- Modelo de Controlo/Exigência de Karasek & Theorell: O modelo de Controlo/Exigência foi desenvolvido por Robert Karasek e Tores Theorell, em 1990, para explicar as relações entre os aspetos psicossociais do trabalho e a saúde física e mental, a satisfação no trabalho e a produtividade. Esses autores sustentam a existência de relação entre as exigências físicas e psicológicas do trabalho e a habilidade dos indivíduos para se controlar. Existem efeitos interativos das exigências e do controlo sobre os níveis de stresse (o controlo modera o impacto das exigências/pressões) (Rafael & Lima, 2014 & Almeida, De *et al.*, 2016). Combinando os níveis (altos ou baixos) das duas referidas dimensões (exigências e controlo) encontram-se quatro situações diferentes de trabalho conforme figura abaixo que têm efeitos diferenciais na saúde (Rafael & Lima, 2014).

Figura 3 - Modelo bidimensional Controlo-Exigência Karasek



Fonte: (Araújo, Graça e Araújo, 2003)

A conceção revista desta perspetiva (Johnson&Hall, 1988; Karasek &Theorell, 1990), acrescentou o apoio social ao conjunto de fatores que influenciam os níveis de tensão psicológica e, em última análise, o bem-estar psicossocial no trabalho. Propõe-se que efeitos benéficos do controlo serão ainda mais reforçados quando o indivíduo recebe apoio social (seja prático ou emocional) das/os colegas de trabalho e chefias (Rafael & Lima, 2014).

- Modelo Dinâmico de Cooper, Sloan, e Willians (1988) integra atributos organizacionais e individuais e percebe o stress como consequências negativas, físicas e mentais, da aplicação de estratégias inadequadas para lidar com as problemáticas relativas as estas características ou seja o stress ocorre quando a pessoa percebe que não pode confrontar adequadamente o problema, por ausência de estratégias de *coping*, quando o afrontamento é importante ou quando as dificuldades de afrontamento causam preocupação. Sendo assim, este modelo centraliza a ideia de que o stress poderá dar origem à doença e à disfunção ocupacional, sendo um processo que se desenvolve em quatro fases: *stressores*, diferenças individuais, efeitos individuais e efeitos organizacionais e doenças conforme figura.

Figura 4 - Modelo Dinâmico do stress ocupacional Cooper, Sloan, & Willians



Fonte: (Quintino, 2019)

- Modelo Compreensivo de Beehr (1985), vislumbra o stress no local de trabalho compreende um conjunto de fatores (o meio laboral social e físico, a natureza do trabalho, as características situacionais e individuais e a duração dos stressores) que interagem entre si na origem de uma resposta de stress. A tensão originada pelo stress, de acordo com Hart e Cooper (2001), poderá aparecer no indivíduo em três formas complementares: (i) a tensão psicológica (*psychological strain*), que engloba a ansiedade e depressão;

(ii) a tensão física e fisiológica (*physical and physiological strains*), que envolve conjuntos de respostas fisiológicas como o aumento da tensão cardiovascular, aumento da secreção de cortisol, etc.; (iii) a tensão comportamental, que inclui um conjunto de respostas ao stressor, caracterizadas por um aumento de comportamentos de risco para a saúde como, por exemplo, o aumento no consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e consumo de drogas. Todos estes fatores relacionados entre si, desencadeiam um conjunto de respostas de stresse que têm influência na saúde física e mental e no rendimento e bem-estar ocupacional, com graves repercussões na qualidade de vida do trabalhador (Almeida, De *et al.*, 2016).

- O Modelo das exigências e dos recursos, este modelo (*Job Demands-Resources Model, JD-R*) classifica os fatores psicossociais nas categorias globais de exigências de trabalho e recursos de trabalho como objetivo de ver como estes podem influenciar a doença e o empenho organizacional (Rafael & Lima, 2014). As exigências são aspetos físicos e sociais de um trabalho que requerem esforços (implica custos físicos e psicológicos), enquanto os recursos são aspetos como o local de trabalho ou características organizacionais que ajudam ao cumprimento de metas de trabalho, a reduzir exigências, ou a estimular o crescimento e o desenvolvimento das/os trabalhadoras/es (Rafael & Lima, 2014). O *burnout* (*exaustão profissional*) e o *engagement* (envolvimento) são propostos como estados psicológicos opostos que têm efeitos na saúde. Refere-se que as exigências e recursos profissionais são os fatores que levam aos dois estados independentes. As exigências profissionais são geralmente os principais preditores de variáveis como o *burnout* ou os problemas de saúde psicossomáticos, os recursos são, em geral, os preditores mais importantes da satisfação no trabalho, da motivação e do *engagement* (Fernandes, 2016).

3.4.1.2 Fontes e Moderados de Stresse

O ambiente de trabalho expõe o indivíduo aos vários potenciais stressores, como por exemplo: prazos para a realização de tarefas, desentendimentos com os colegas e ameaças de desemprego e podem levar ao stresse (Ladeira, 1996). Tais situações, ao serem percebidas pelo indivíduo como uma ameaça às suas necessidades de realização tanto do quesito pessoal como profissional, podem vir a prejudicar a sua relação com as suas funções e o ambiente de trabalho, na medida em que este ambiente contém exigências

excessivas, ou a própria pessoa não possui recursos adequados para enfrentar tais situações (Martins *et al.*, 2000; Santos *et al.*, 2008).

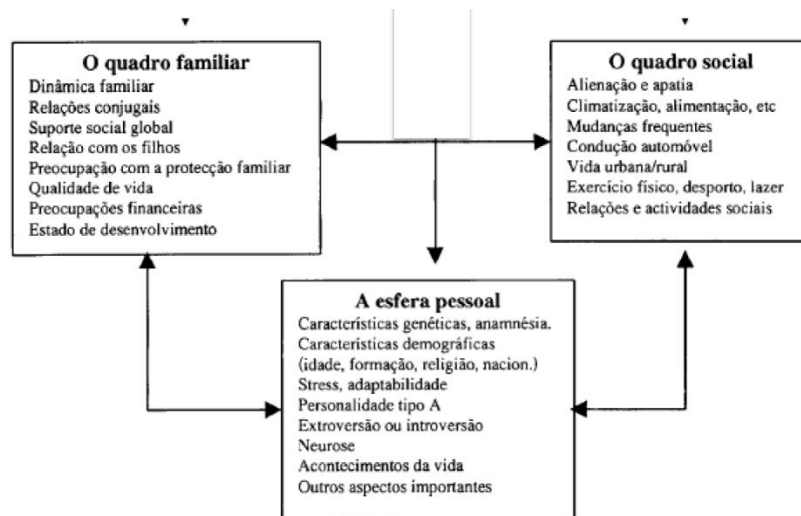
Uma pesquisa sobre as origens de stresse para enfermeiras de unidades de emergência no Canadá, identificou como agentes *stressores* o desenvolvimento de recursos humanos, as recompensas, as urgências, a comunicação e o estilo de supervisão, demais fatores de stresse encontrados neste estudo foram a baixa média de idade da equipe de enfermagem e médicos, o uso inadequado do departamento de emergência, treinamento dos médicos que não gostam de receber conselhos de enfermeiras experientes em emergência, longa espera de especialista durante o plantão, dificuldade de comunicação entre médico e paciente, demora na transferência de pacientes, inefetividade para melhorar o ambiente de trabalho, dificuldade de comunicação e entendimento, incompetência, inexperiência, condições deficientes de trabalho e planta física inadequada (Hawley, 1992).

Outro estudo com enfermeiros pós-graduados no Brasil revelou as origens dos agentes *stressores* organizacionais como: sobrecarga de trabalho; relacionamento e comunicação; características da instituição; - poluição ambiental (Martins *et al.*, 2000). Segundo Mc Grath (1976); Miranda, 2011:10-11), existem seis fontes de stresse no âmbito organizacional, tendo em conta as relações entre stresse e o comportamento nas organizações:

1. Stresse baseado na tarefa (ex: sobre carga de trabalho, e o grau de dificuldade);
2. Stress e baseado no papel (ex: conflito de papéis, ambiguidade)
3. Stresse intrínseco ao contexto do comportamento (clima e cultura organizacional)
4. Stresse proveniente do próprio meio ambiente físico (ex: temperatura ambiente);
5. Stresse proveniente do ambiente social (ex: conflitos interpessoais);
6. Stresse pessoal (ex: características pessoais-sintomatologia depressiva).

Alguns dos principais *stressores* extra-organizacionais (relativos às características e vida pessoal e social do/a trabalhador/a) presentes na literatura são (Cooper & Davidson, 1988; Santiago, 2004):

Figura 5 - Stressores extras-organizacionais



Fonte: Neto, 2018

Os principais moderadores do impacto dos *stressores* no indivíduo são (Cooper et al., 2001; Huczynski & Buchanan, 2007):

- ✓ Condição física: lida-se melhor com o stress se estiver de boa saúde (relacionado com hábitos alimentares, exercício físico, tempos de repouso, padrões de relaxamento);
- ✓ Aspectos demográficos e profissionais: idade, sexo, raça, estatuto socioeconómico, ocupações, apoio social de suporte;
- ✓ Aspectos psicológicos: traços de personalidade (ex: extroversão ou introversão, personalidade tipo A - ambiciosa e competitiva que está sempre em busca do sucesso, estados de humor, autoconceito, autoestima, estabilidade emocional);
- ✓ Apreciação cognitiva das situações (ex: crenças negativas; excesso de otimismo; *locus* de controle, estilos pessoais e grupais de *coping*);
- ✓ Resistência: uma visão da vida caracterizada por uma perspetiva inovadora e de desenvolvimento (valorização da mudança, adaptabilidade, etc.), pode ser a combinação ideal para se aumentar a resistência a acontecimentos stressantes.

As organizações, conforme já citado anteriormente, relacionam diretamente o stress aos aspetos financeiros da empresa, visto que a presença de fadiga, ansiedade, insatisfação e baixa motivação, podem impactar na produtividade e no número de acidentes de trabalho (Ladeira, 1995).

Segundo a AESST (2012), tanto as organizações quanto o indivíduo sofrem consequências do stresse profissional. A nível organizacional podemos citar: *absentismo*, *presentismo*, elevada rotatividade do pessoal, incumprimento de horários, problemas disciplinares, produtividade reduzida, acidentes, incidentes, custos de compensação, subida de prémios de seguro entre outros.

A nível do indivíduo podemos nomear importantes reações tais como:

- ✓ reações emocionais (irritabilidade, ansiedade, perturbações do sono, depressão, hipocondria, alienação, esgotamento, problemas ao nível das relações familiares);
- ✓ reações cognitivas (dificuldades de concentração, de memória, de aprendizagem e de decisão);
- ✓ reações comportamentais (abuso de drogas, álcool e tabaco; comportamento destrutivo);
- ✓ reações fisiológicas (perturbações lombares, défic e imunitário, úlceras, problemas cardíacos, hipertensão).

O stresse organizacional conforme demonstrado, revela-se um importante risco psicossocial que deve ser dado atenção conforme os demais riscos no trabalho, fazendo sua identificação, avaliação e integração no mapa geral de riscos. Sendo assim, existem atualmente muitos instrumentos devidamente validados para avaliar o stresse ocupacional que devem ser utilizados o que melhor adapta para organização (Neto, 2018).

Os principais instrumentos são: Escala do Stresse Percecionado (PSS) - Cohen, Kamarcke e Mermelstein, 1983; Escala de Estresse no Trabalho -Paschoal eTamayo,2004; Inventário sobre o Stresse Profissional - Spielberger e Reheiser, 1994; Spielberger e Vaag, 1999; Rafael e Lima, 2014; Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde - Cruz e Melo, 1996; Escala Portuguesa de Stress Ocupacional versão para a Docência - Cardoso et al., 2002; Coping Inventory for Stressful Situations - Endler e Parker, 1990a.

3.4.2 Burnout

O stresse no ambiente laboral também está relacionado à Síndrome de *Burnout*, sendo descrita como um estado de esgotamento (Léon & Iguti, 1999). A Síndrome de *Burnout* é considerada uma das consequências mais marcantes do stresse ocupacional, caracterizando-se por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação a tudo e a todos (Ballone, 2001b). A primeira reação ao stresse

provocado pelas exigências do trabalho é a exaustão e refere-se a sentimentos de sobrecarga e de ausência de recursos emocionais e físicos (Maslach *et al.*, 2008).

Os primeiros relatos dos sintomas relativos ao *burnout* foram descritos em 1953 por Schawartz e Will, entretanto o autor mais associado a esse tema é o psiquiatra americano Hebert Freudenberger 1974, que usou para o definir a seguinte expressão: “*to fail, wear out or become exhausted by making excessive demands of energy, strength or resources*” ou seja: falhar, desgastar-se ou esgotar-se fazendo demandas excessivas de energia, força ou recursos (Freudenberger, 1974, p 159-165).

O *burnout* decorre de um contexto onde os recursos dos trabalhadores não são suficientes para as exigências, sobretudo se estas implicam cuidar de outras pessoas, sendo inicialmente associado a profissões que implicam prestação de serviços humanos (bombeiros, enfermeiros, policiais, professores, psicólogos), posteriormente alargado a outras profissões (Maslach & Jackson 1981a, 1981b; Maslach, Schaufeti & Leiter, 2001).

Sendo o *burnout* definido também como sendo uma condição de exaustão tanto física, emocional e mental desencadeado por um extenso envolvimento em situações emocionalmente exigentes, salientando que sua origem parte de uma exposição crónica ao stresse, não sendo consequência de um único evento de pressão e mal-estar (Pines e Aronson 1988; Teixeira, 2014; Miranda, 2011).

Alguns modelos surgiram para melhorar a compreensão do processo de *burnout*, são eles: o modelo progressivo de Edlwich e Brodsky; síndrome de burnout de Cherniss; síndrome de burnout de Golembiewski, Munzenrider e Carter e o modelo de Maslach, Jackson e Leiter (Benevides-Pereira, 2002). Dado a existências de vários modelos explicativos da síndrome de *burnout*, no presente trabalho optou-se pelo modelo multidimensional de Maslach e Jackson (1981), dominante nos estudos dessa temática.

Maslach e Jackson (1981) definem o *burnout* como um cansaço emocional, que leva a uma perda de motivação profissional que pode resultar em sentimentos de desconexão e fracasso. Para tais autores, a síndrome é multidimensional que associam fatores como experiência prévia, predisposição individual e fatores culturais. Existem três dimensões fundamentais no *burnout*: esgotamento (exaustão) emocional, despersonalização (cinismo) e baixa realização pessoal. As três dimensões estão interrelacionadas entre si, dessa forma, o *burnout* manifesta-se por estas dimensões.

A exaustão (ou esgotamento) refere-se à tensão individual e à diminuição do enfrentamento diante dos *estressores*. Os sentimentos de exaustão dos recursos emocionais e físicos são as manifestações mais evidentes desta complexa síndrome (Maslach & Jackson, 1981a, 1981b), tornando essa a dimensão central do *burnout*, entretanto, a comprovação de que a exaustão corresponde a uma condição necessária para o *burnout* não significa que, por si só, seja suficiente para explicar esta síndrome (Maslach *et al.*, 2001).

A despersonalização (ou cinismo) é o resultado da falta da motivação, do aumento da irritabilidade e da ansiedade e revela o descompromisso com os relacionamentos interpessoais, falta de crença e indiferença com as pessoas (Maslach & Jackson, 1981a, 1981b; Mills & Huebner, 1998; Constantini, *et al.*, 1999). Tornar as pessoas objetos impessoais do trabalho, torna-se as exigências mais fáceis de serem geridas, essa situação ocorre quando o profissional está exausto e/ou desanimado, pois o distanciamento é uma reação imediata a exaustão, revelando uma forte relação da exaustão com a despersonalização (Maslach *et al.*, 2001).

O elemento despersonalização refere-se a uma resposta negativa, insensível ou demasiada desprendida à várias questões do trabalho, constantemente incluindo uma perda de idealismo e representa a dimensão interpessoal do *burnout* (Maslach *et al.*, 2008). A despersonalização normalmente desenvolve-se como resposta a sobrecarga de exaustão emocional e, a princípio é auto protetora; contudo, o risco consiste na transformação do distanciamento em desumanização (Leiter *et al.*, 2000).

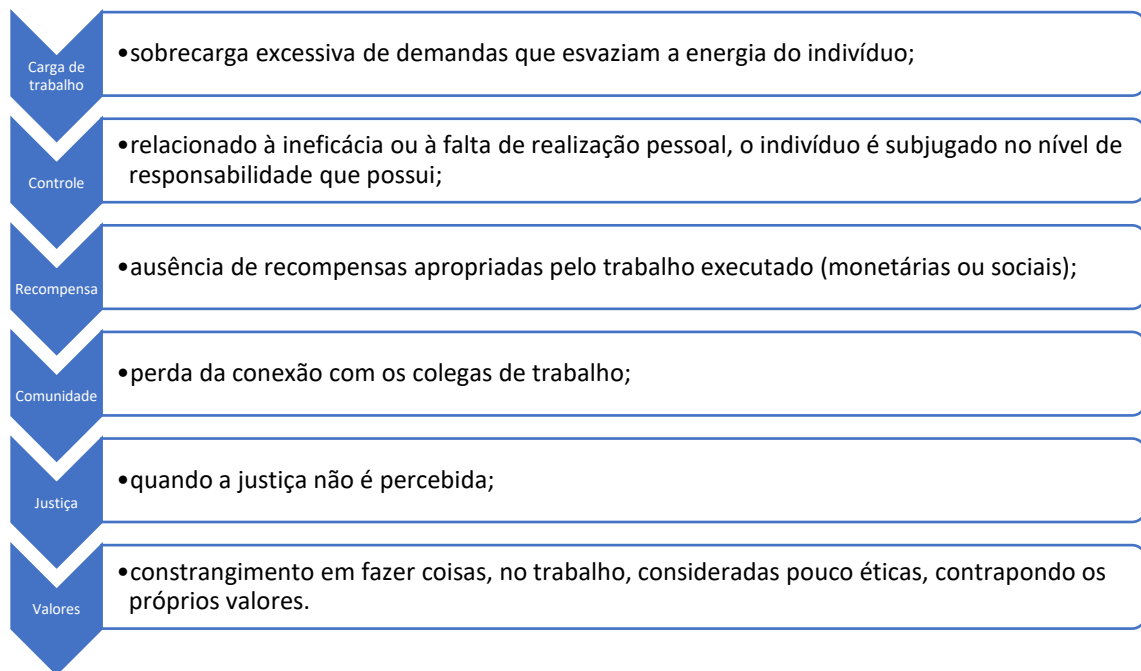
A última dimensão do *burnout* é falta de realização pessoal que representa a dimensão de autoavaliação desta síndrome, e refere-se a sentimentos de incompetência, falta de realização e produtividade no trabalho. Sendo a relação desta dimensão com as outras dimensões já mencionadas, complexa, pois a falta de realização pessoal pode surgir como consequência de uma das outras duas dimensões ou da combinação das duas (Maslach *et al.*, 2001 e 2008). A falta de envolvimento no trabalho, que revela baixo investimento em desenvolvimento pessoal, resulta de sentimentos desequilibrados que vão desde a autoimagem negativa e a inabilidade até a falta de interesse diante à produtividade no trabalho e a impotência (Codo & Vasques-Menezes, 1999; Farber & Heifetz, 1982a, 1982b).

Devido ao interesse da comunidade científica em investigar melhor a síndrome de *burnout*, na década de 80, foi desenvolvida a escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI) sendo uma medida definida e padronizada de *burnout* como uma ferramenta precisa para investigações da síndrome, amplamente aceita e utilizada pelos investigadores (Maslach et. al., 1993).

A versão original do MBI (atualmente titulado por *MBI – Human Services Survey* ou MBI-HSS) foi concebida a fim de ser aplicada em investigações com profissionais que trabalham nos serviços humanos, incluindo prestadores de cuidados de saúde, inicialmente esse público era o foco da investigação e preocupação referente ao *burnout*. O MBI – Educators Survey ou MBI - ES corresponde a segunda versão do instrumento e foi desenvolvido para ser aplicada em profissionais que exercem funções em ambientes educacionais e na área da educação (Maslach et al., 1996), ainda direcionadas a profissionais que se relacionam muito com outras pessoas (Maslach et al., 2001). Diante do aumento do interesse no *burnout* dentro de profissões que não são tão nitidamente orientadas para as pessoas, surge uma terceira versão do MBI, o MBI – General Survey ou MBI-GS, esta versão avalia as três dimensões do *burnout* tal como na medida inicial, porém, as variáveis são levemente arranjadas referentes a termos mais amplos ao trabalho em geral e não apenas para as relações interpessoais que podem representar somente uma parte desse trabalho (Maslach et al., 1996).

O Burnout está incluído na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como um fenômeno ocupacional, não é classificada como uma condição médica (WHO, 2019). Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) propõem um modelo que relaciona seis áreas de vida no trabalho com *burnout*:

Figura 05- Modelo de seis áreas de vida no trabalho com burnout



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Benevides-Pereira (2002) refere-se ao *burnout* como uma metáfora para indicar aquilo, ou aquele, que atingiu o seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições físicas ou mentais para desempenhar funções. O *burnout* está relacionado com o mundo do trabalho e com o tipo de atividades laborais do indivíduo. Além disso, comporta uma dimensão social e inter-relacional, através da despersonalização.

A síndrome de *burnout* foi também conceituada como uma resposta ao stresse crónico no trabalho, qualificado pela diminuição do entusiasmo, desgaste mental, culpa e inatividade pelo trabalho que pode comprometer o desempenho do indivíduo na medida que o trabalho já não representa uma fonte de prazer pessoal (Gil-Monte, 2002). Também, está fortemente relacionada ao *presentismo*, que foi definido por Hemp (2004) pela presença física do trabalhador no local de trabalho, porém, devido a um problema de saúde, não consegue desempenhar na totalidade as suas funções. Apesar dos problemas de saúde serem uma forte causa deste fenómeno, encontram-se outros fatores associados, quer de aspeto pessoal, quer organizacional (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010).

Relacionado com o stresse e o *burnout* está o conceito de *coping*, que pode ser definido como o conjunto das estratégias utilizadas das pelas pessoas para se adaptarem às circunstâncias adversas que enfrentam (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998).

Segundo Lazarus (1993) o *coping* pode ser definido como “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir situações específicas, externas ou internas, que são percebidas como colocando à prova ou sobrecarregando os recursos de um indivíduo”.

3.4.3 Coping

Feldman (2001, p.513) entende o *coping* como os esforços e estratégias utilizadas pelas pessoas “para controlar, reduzir ou aprender a tolerar as ameaças que conduzem ao stress”, isto é, de forma consciente ou inconsciente, a pessoa procura mecanismos de defesa diante de situações stressantes, sendo esse fator importante na maior ou menor probabilidade de experiência de *burnout*.

Para uma melhor compreensão do conceito, mesmo sem ser consensual, é importante distinguir entre estratégias e estilos de *coping*. De forma geral, as estratégias se referem a ações cognitivas ou de comportamento tomadas no curso de um episódio particular de stresse, enquanto os estilos de *coping* têm sido mais relacionados a características de personalidade ou a resultado (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

As estratégias de *coping* e as emoções têm grande relevância na gestão do stresse. Existe na literatura referência para a ligação entre emoções no trabalho e a ponderação de acontecimentos relacionados com o bem-estar, a continuação de objetivos, os interesses pessoais, as características do posto de trabalho e da tarefa, o sistema de recompensas, o *feedback* sobre o desempenho e a conduta do superior e dos colegas de trabalho (Marques-Pinto & Chambel, 2008; Zapf & Holz, 2006).

Dessa forma, as estratégias de *coping* são esforços pessoais para administrar as exigências externas/internas de uma situação (Lazarus & Folkman, 1984b). Sendo essas adequadas/eficientes ao permitir o equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a administração do problema que provoca o desconforto, tendo que ser coerentes com os valores/convicções, objetivos e estilos de *coping* de cada pessoa (Kertz et al., 2015; Lazarus & Folkman, 1984b).

Inúmeros instrumentos para análise de *coping* foram desenvolvidos desde os meados dos anos 80. Os questionários mais utilizados são: COPE, WCQ, CSQ, CISS, RCOPE e CRI e estão organizados em diferentes fatores, dimensões, estilos ou estratégias de

coping (Kato 2015). O *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) utilizado nessa investigação foi desenvolvido por Endler e Parker (1990a) e a porção da abordagem disposicional, isto é, a preferência por uma determinada estratégia de *coping*, tentando identificar estilos de *coping* utilizados por diferentes indivíduos em diferentes situações stressantes (Brands et al., 2014). O questionário está disponível em duas versões (de 21 e 48 itens), sendo frequentemente utilizado em diferentes populações, pois apresenta boas propriedades psicométricas (Alpha = 0,76 a 0,88) (Brands et al., 2014). Tem três subdomínios, que podem também ser designados por dimensões, estilos ou estratégias de *coping*: orientado para a tarefa, gestão das emoções e *coping* por evitamento afastamento da situação (Parker & Endler, 1992).

3.5 STRESSE, EXAUSTÃO PROFISSIONAL E *COPING* NA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Ao longo dos tempos com a investigação da saúde dos trabalhadores da enfermagem no contexto hospitalar, é possível certificar que estes trabalhadores estão expostos a várias atividades que comprometem a saúde, gerando índices elevados de acidentes de trabalho e doenças relacionadas (Souza et al., 2017). A identificação precoce dos riscos ocupacionais a que uma equipe de enfermagem está exposta, contribui efetivamente na prevenção e no controle dos riscos e dos acidentes de trabalho, reduzindo os danos à saúde do trabalhador e os prejuízos à instituição (Souza et al., 2017).

O enfermeiro português é o profissional habilitado com um curso de licenciatura em Enfermagem (240 créditos / 4 anos) concluídos numa escola superior de enfermagem ou numa escola superior de saúde e inscrito na Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Assim, é atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (REPE, 1996):

“A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 1996; p. 99).

A enfermagem é reconhecida como uma das áreas profissionais a qual se registam elevados níveis de stresse associados ao ambiente laboral. Essa classe, está sujeita a diversos riscos psicossociais com efeitos a nível psicológico, físico e social, decorrentes de

fatores como a interação e conflitos com uma diversidade de outros profissionais, sobrecarga de trabalho, horários por turnos e exigências emocionais que se exige pelo contato direto com pacientes e seus familiares (Hermansyah & Riyadi, 2019; McVitar, 2003; Tao et al., 2018; Waddill-Goad, 2019).

Para que os profissionais da saúde possam garantir um atendimento de excelência, eles também necessitam sentir seguros e saudáveis no local de trabalho. A OMS (1948) expressa, tal como a Carta de Ottawa (1986), a saúde como bem-estar físico, mental e social (Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986). Porém, um estudo NEXT 2005 (*nurses' early exit* – saída precoce dos enfermeiros) concluiu que os enfermeiros não estão satisfeitos com o seu local de trabalho, e que 15,6% dos enfermeiros europeus ponderam com frequência abandonar a profissão antes da idade da reforma. Ainda, segundo a pesquisa, além da insatisfação com o local de trabalho, existem poucas perspectivas de progressão na carreira, os horários de trabalho difíceis, os salários baixos e o esforço e o desgaste físicos e mentais elevados, são algumas das razões que atualmente impedem a profissão de ser atrativa (Meißner *et al.*, 2007)

São diversos os fatores de risco psicossocial que os profissionais de enfermagem podem enfrentar na sua atividade, tais como: a pressão do tempo; estruturas hierárquicas rígidas; falta de gratificação e recompensa; liderança pessoal inadequada; falta de informações relevantes; falta de apoio dos quadros de gestão; esforços relacionados com o trabalho (trabalho por turnos, trabalho noturno, horários irregulares); conflitos sociais, assédio, coação, violência e discriminação; dificuldades no domínio da comunicação e da interação, incluindo a incapacidade de compreender a linguagem corporal e uma organização do trabalho que não é ideal (disposições relativas ao horário de trabalho) (ACT, 2012).

Portanto, este estudo se ancora na análise do Stresse, Exaustão profissional e *Coping* dos enfermeiros de uma unidade específica, caracterizada como unidade stressora por lidar com pacientes com grande instabilidade hemodinâmica e diante de um contexto nunca vivido (pandemia Covid-19). Neste sentido, exigem da equipe de enfermagem competências, habilidades e conhecimento científico aprimorado para a oferta do cuidado.

Os profissionais que atuam em unidades de Cuidados Intensivos, têm alto índice de desgaste no trabalho e enfrentam elevados níveis de stresse. O ambiente, como também as condições instáveis dos doentes por si só já denotam grande stresse, acrescido do fato

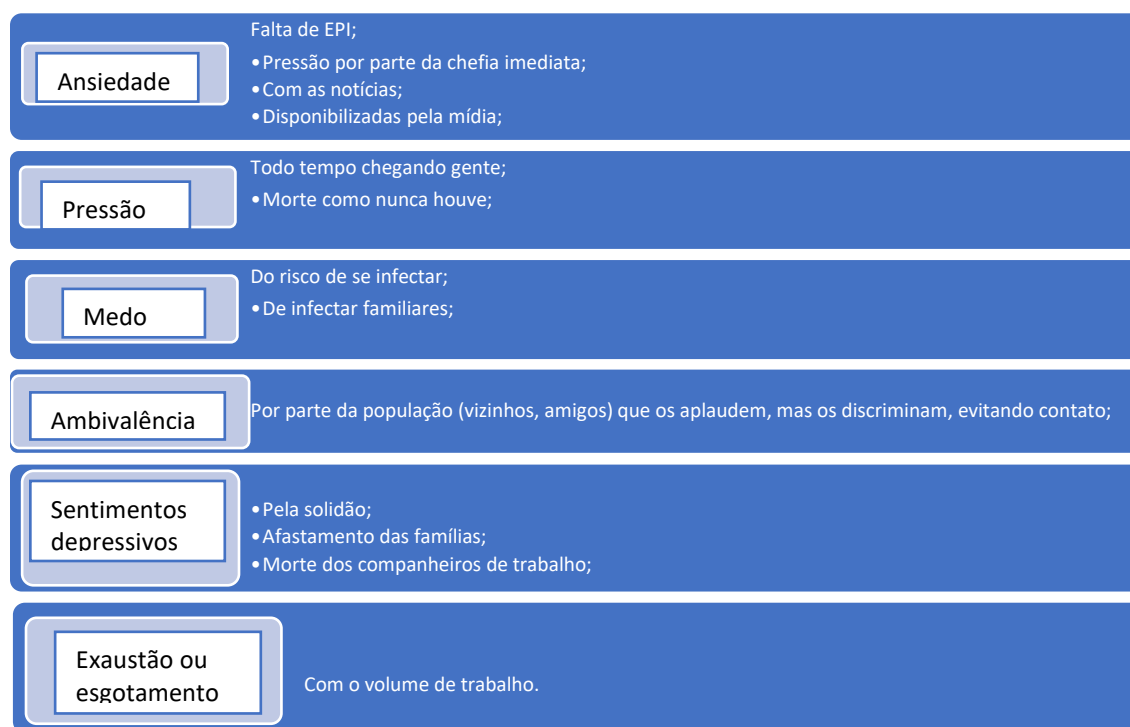
que as tomadas de decisões rápidas podem ser fator decisivo para a sobrevivência do doente (Mokhtar *et al.*, 2016; Batista, 2008).

Trabalhadores que desempenham diferentes papéis consoantes, sua posição na estrutura organizacional e, que ocupam vários estratos sociais e culturais, exercem pressões diárias sob os enfermeiros e tais pressões a longo prazo têm gerado consequências e provocado alterações no comportamento da pessoa. Efetivamente, o trabalho diário dos enfermeiros exige uma série de ações que necessitam de um controle mental e emocional bastante significativo. Situações que representam uma ameaça podem ser causadoras de stresse, culminando em *burnout* (Neto, 2018).

A OMS observa que os trabalhadores da enfermagem pressionados com essa situação atual, apresentam altos níveis de ansiedade, acrescidos do risco de adoecerem por angústia e depressão, provocando severos problemas de saúde mental e aumentando os casos da Síndrome de *Burnout* (World, 2020).

Estudo publicado pelo conselho federal de enfermagem no Brasil mostra os dados referentes aos atendimentos realizados aos profissionais de enfermagem que se encontram na linha de frente na atuação da pandemia Covid-19, dados esses que revelam os sentimentos mais expostos no primeiro mês de atendimentos. Destacam-se aspectos como:

Figura 6 - Sentimentos dos Enfermeiros



Fonte: Humerez, Ohl & Silva, 2020.

O mundo do trabalho se tornou de forma rápida e surpreendente, um complexo monstruoso que gera muito sofrimento e sensação de esvaziamento, significando uma negatividade em sua existência, revelado nos depoimentos dos profissionais. Uma estratégia para cuidar da saúde mental é o ouvir empático, planejado. Diante da pandemia Covid-19, os profissionais da enfermagem fazem parte de um dos grupos mais afetados, expostos ao risco de contágio e da dor emocional que afeta consideravelmente a sua saúde mental (Humerez, Ohl e Silva, 2020).

Entendemos ser de extrema relevância investigar o grau de exposição aos níveis de stresse, burnout e coping dos enfermeiros, principalmente em setores de grande demanda e complexidade como as UCI, mediante de um cenário novo e incerto para todos como a pandemia Covid-19. Após evidenciado, tem-se o potencial de sugerir medidas de prevenção/controlado das mesmas.

4.METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional, transversal, com abordagem quantitativa . A estrutura de um estudo transversal é semelhante à de um estudo de coorte, todavia, nos estudos transversais todas as medições são feitas num único "momento", não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos. Para realizar um estudo transversal, o investigador tem que primeiramente definir a questão a responder, posteriormente definir a população a estudar e um método de escolha da amostra e, por último, definir os fenómenos a estudar e os métodos de medição das variáveis de interesse (Rodrigues, 2007).

Este modelo de estudo é apropriado para descrever características das populações no que se refere a determinadas variáveis assim como os padrões de distribuição. Configura-se como a abordagem mais adequada para o estudo que pretende desenvolver numa unidade de cuidados intensivos e intermédios de um hospital da região de Lisboa.

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para enquadrar a pertinência da temática e compreender as exigências da segurança e saúde no trabalho, nomeadamente em termos psicossociais, da profissão de enfermagem, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que é um método que proporciona uma vasta abordagem metodológica referente as revisões, permite uma compreensão integral do fenómeno analisado, com inclusão de estudos experimentais e não experimentais. É conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto. Todo o processo de produção da revisão integrativa é composto de seis fases: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (Souza et,al 2010); utilizando as bases de dados de referência na produção científica (Ex: Repositórios nacionais, como o RCAAP; B-On; Scopus; Web of Science; PubMed; LILACS -Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE-MEDlars on LINE; Scielo; PSICDOC - Base de Dados Bibliográfica de Psicologia PsycINFO -Psychological Literature Information; ESBCOM).

Para a recolha de testemunhos de profissionais de enfermagem da unidade de cuidados intensivos e intermédios, foi utilizado um questionário sobre exposição a

situações de stresse e exaustão profissional em atividades de saúde (Neto, 2016). Foi aplicado em formato de autopreenchimento, anónimo e confidencial, sendo distribuído através da plataforma Google Forms.

A utilização do Questionário sobre Stresse e Exaustão Profissional em Atividades de Saúde (Neto, 2016) aos enfermeiros da unidade referida, teve sua aplicação devidamente autorizada pelo autor. O questionário é composto por cinco blocos de questões. O primeiro bloco, teve 34 itens referentes à escala de stresse em atividades de enfermagem, dividida em sete fatores de stresse que estão inseridos em três ambientes. Foi desenvolvida por Gray-Toft e Anderson (1981) e validado para Portugal por Santos (2010) (Neto, 2016a). No ambiente físico, insere-se o fator carga de trabalho (itens 1, 25, 27, 28, 30 e 34); ambiente psicológico, a morte e o morrer (3, 4, 6, 8, 12, 13 e 21), preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares (15, 18 e 23), falta de apoio dos colegas (7, 11 e 16) e incerteza quanto aos tratamentos (17, 26, 31, 32 e 33); ambiente social, conflitos com os médicos (2, 9, 10, 14 e 19) e conflitos com outros enfermeiros e com os chefes (5, 20, 22, 24 e 29).

O segundo bloco considerou 21 itens relativos ao inventário de *coping* em situações stressantes, que avaliam, para uma situação stressante, de 1 (de modo algum) a 5 (bastante), o uso de estratégias de *coping* direcionadas para a tarefa, para a gestão das emoções ou para o evitamento/afastamento da fonte de stresse. Foi desenvolvida por Endler e Parker (1994) e validado para Portugal por Pereira e Queirós (2016) (Neto, 2016).

No terceiro bloco, foi utilizado o MBI - Maslach Burnout Inventory, desenvolvido por Maslach & Jackson (1981) e adaptado e validado para Portugal por Marques-Pinto (2009) e Marques-Pinto e Picado (2011) (Neto, 2016a). É constituído por 22 itens numa escala de Likert de 7 pontos que variam de 0 (nunca) a 6 (todos os dias) e estão organizados em três dimensões: exaustão emocional (e.g. "Sinto-me emocionalmente esgotado pelo meu trabalho"), despersonalização (e.g. "Sinto que trato alguns utentes como se fossem objetos impessoais") e realização pessoal (e.g. "Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho").

O quarto bloco teve por base o Inventário Sueco de Fadiga Ocupacional (SOFI), elaborado e validado por Åhsberg (1998), é constituído por 22 itens numa escala de Likert de 6 frequências que variam de nunca até sempre, indicando a frequência com a situação

indicada aconteceu, tendo por base a atividade laboral e o nível de cansaço dos últimos 3 meses (Neto, 2016b).

O quinto bloco utilizou questões de índole socioprofissional, cruzando características do/a trabalhador/a e as funções que desempenha, considerando também o Índice de Fadiga Percebida (Neto, 2016) e foram acrescentadas 8 questões relacionadas a nível geral preocupação considerando a pandemia Covid-19 numa escala do tipo likert (discordo totalmente, discordo, concordo, concordo totalmente) para contextualizar o momento de pandemia vivido e suas reflexões a níveis de stresse e exaustão profissional.

Este questionário teve por base várias escalas que serão abordadas. A escala integrou um conjunto de símbolos ou números, construído com base numa regra, e aplica-se a indivíduos ou aos seus comportamentos ou atitudes. A posição de um indivíduo na escala foi baseada na posse pelo indivíduo do atributo que a escala deve medir. Existe a escala de medida, sendo constituída pelas nominais, ordinais, intervalares e proporcionais (ou de razão). Dentro destas, as mais utilizadas são as comparativas e não comparativas (inclui a escala de Likert)(Reis *et al.*, 1999).

Primeiramente temos a escala numérica, em que os inquiridos terão de atribuir a uma dada questão um valor entre 0 a 10. Neste caso, será utilizada para dar a conhecer o nível de cansaço dos trabalhadores antes e depois de um dia de trabalho.

A maioria das questões apresentadas no questionário acima descrito tem por base a Escala *Likert*, que é uma escala de resposta psicométrica utilizada na maioria das vezes em pesquisas de opinião. Assim, pretende registar o nível de concordância ou discordância com uma declaração dada. Ao contrário das perguntas sim/não, a escala de *Likert* permite-nos medir as atitudes e conhecer o grau de conformidade dos inquiridos (Santos, 2018).

É apresentado um conjunto de dimensões de atitudes para os quais os participantes têm de indicar o grau de concordância com a afirmação, assinalando uma das posições numa escala de 4, em raras exceções 5, para o caso de estudo.

Esta escala apresenta algumas vantagens como:

- ✓ Do ponto de vista do desenho do questionário, é uma escala fácil de se construir;
- ✓ Do ponto de vista do participante, oferece a possibilidade da intensidade da sua opinião em perguntas complexas.

A aplicação do questionário foi útil para analisar o grau de exposição aos riscos citados, porém o mesmo não permite avaliar riscos, pois os inquéritos por si só, não fazem avaliação de riscos (Américo & Neto, 2019).

A investigação analisa desde o início da pandemia até meados de setembro do ano de 2020. Não existiram problemas e/ou impedimentos para realização desta etapa da pesquisa.

4.2.1 Análise da Fiabilidade das Escalas

A ferramenta utilizada está validada, pelo que foi, apenas, realizada a verificação da consistência interna das escalas. Esta análise foi efetuada com recurso ao software de tratamento estatístico de dados SPSS versão 23. O quadro seguinte, apresenta os vários componentes fatoriais e a avaliação da fiabilidade das suas escalas, recorrendo ao teste do *Alfa de Cronbach*. O valor do Alfa deve ser positivo, variando entre 0 e 1, sendo que apenas valores iguais ou superiores a 0,600 representam uma fiabilidade aceitável (Neto, 2013).

“O Alfa de Cronbach é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica” (Neto, 2013). A qualidade da consistência interna pode ser classificada da seguinte forma: (i) Muito boa, quando alfa for superior a 0,9; (ii) Boa, quando alfa se situa entre 0,8 e 0,9; (iii) Razoável, quando alfa se situa entre 0,7 e 0,8; (iv) Fraca, quando alfa se situa entre 0,6 e 0,7; (v) Inadmissível, quando alfa for inferior a 0,6. (Neto, 2013).

Tabela 3 - Análise de fiabilidade do NSS

Fator	Alpha de Cronbach	Número de itens
Fator 1 – A morte o morrer	0,681	7
Fator 2 - Conflitos com os médicos	0,714	5
Fator 3 - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	0,809	3
Fator 4 - Falta de apoio dos colegas	0,75	3
Fator 5 - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	0,712	5
Fator 6 - Carga de Trabalho	0,830	6
Fator 7 - Incerteza quanto aos tratamentos	0,756	5

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

O fator 1 possui uma fraca consistência, os fatores 2, 4, 5 e 7 tem consistência razoável e os fatores 3 e 6 tem consistência boa.

Tabela 4 - Análise de fiabilidade do MBI

Fator	Alpha de Cronbach	Número de itens
Exaustão Profissional	0,887	9
Despersonalização	0,753	5
Realização Pessoal	0,661	8

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Exaustão profissional tem consistência boa, despersonalização consistência razoável e realização pessoa tem consistência fraca.

Tabela 5 - Análise de fiabilidade do CISS

Fator	Alpha de Cronbach	Número de itens
Foco na tarefa	0,809	8
Foco na gestão de emoções	0,676	7
Foco no evitamento	0,644	6

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Foco no evitamento e foco na gestão de emoções tem consistência fraca e foco na tarefa tem consistência boa.

Tabela 6 - Análise de fiabilidade do SOFI

Fator	Alpha de Cronbach	Número de itens
S1 – Falta de Energia	0,853	4
S2 - - Esforço Físico	0,834	4
S3 - Desconforto Físico	0,859	4
S4 - Falta de motivação	0,838	4
S5 - Sonolência	0,789	4

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

S5 (Sonolência) possui consistência razoável e os demais fatores possuem consistência boa.

4.3 CONTEXTO ONDE FOI DESENVOLVIDO A INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada em um Hospital geral situado na região de Lisboa, inaugurado em abril de 2013. É um hospital público, integrado no Sistema Nacional de Saúde e gerido através de um modelo de parceria entre o Estado Português e a uma instituição privada. Presta cuidados de saúde a cerca de 250 mil pessoas dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira e possui valências básicas, intermédias e diferenciadas (Dados disponíveis no site do Hospital XX, 2019).

Segundo os dados do hospital (2019), o número total dos trabalhadores são 1466 trabalhadores, sendo desses 407 enfermeiros e o restante compõem-se desde médicos, assistentes técnicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde. No caso da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios, de acordo com os dados da responsável do setor, o serviço é composto por duas áreas distintas, a área de prestação de cuidados, onde se encontram os doentes críticos internados, e a área de apoio, que é externa e separada por portas. A Medicina Intensiva divide-se em 2 unidades, com total de 20 camas, sendo 8 camas de Cuidados Intensivos em quartos individuais, 1 dos quais dispõe de condições de isolamento, com adufa, e 12 camas de Cuidados Intermédios, sendo 10 em sala aberta e 2 em quarto individual com condições de isolamento, com adufa.

A missão e as atribuições da unidade são o de dedicar à prestação de cuidados médicos diferenciados às pessoas doentes em situação crítica, com o objetivo de promover a sua recuperação global (*restitutio ad integrum*), ou a minorar o impacto da doença crítica na sua vida e função (Pereira & Mendes, 2019). Da mesma forma, promove cuidados paliativos destinados a minorar o sofrimento do doente crítico. A Medicina Intensiva é uma área transversal das ciências médicas, centrada no doente crítico, nomeadamente no seu diagnóstico, na identificação das alterações fisiopatológicas, no suporte de órgãos e sistemas em sofrimento ou falência, assim como na prevenção da deterioração clínica (Pereira & Mendes, 2019). São centrais a abordagem e estabilização hemodinâmica, bem como o suporte ou substituição das diferentes funções fisiológicas com qualidade técnica e científica, de acordo com a *legis artis*, sem perder de vista a promoção do conforto e da segurança (Pereira & Mendes, 2019).

Em relação aos trabalhadores dessa unidade, 5 são Médicos Intensivistas e 4 Internos; 40 enfermeiros; 12 Assistentes Operacionais; 1 Assistente Técnica e 1 Técnico de

Reabilitação. A equipa de saúde que assegura os cuidados aos doentes é comum às duas unidades, pelo que todos os profissionais têm treino adequado ao acompanhamento de todos os doentes que podem aí ser admitidos (Pereira & Mendes, 2019).

A UCI/UCIP encontra-se localizada no piso 2, entre o Hospital dia e o bloco operatório.

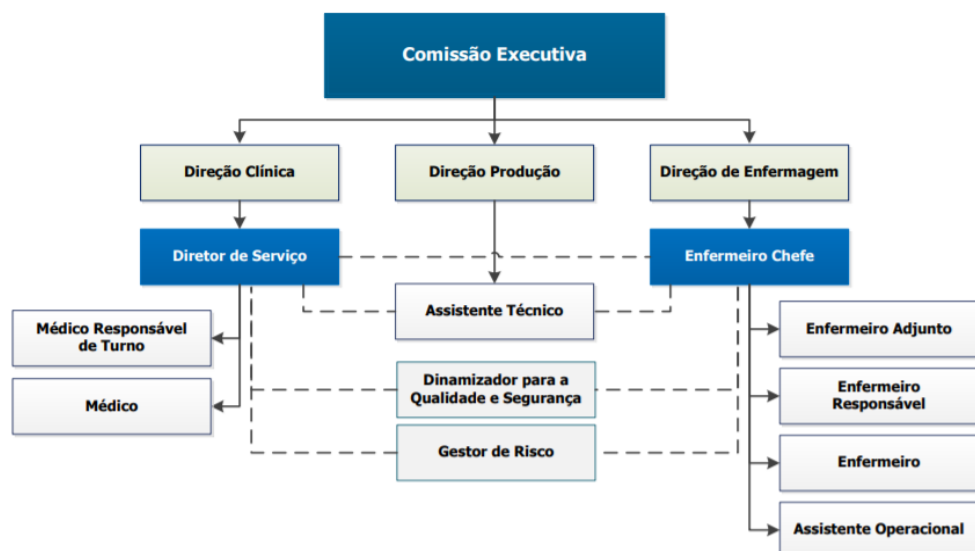
Figura 7- Planta física localização UCI



Fonte: Pereira e Mendes, 2019

4.3.1 Organograma geral do serviço

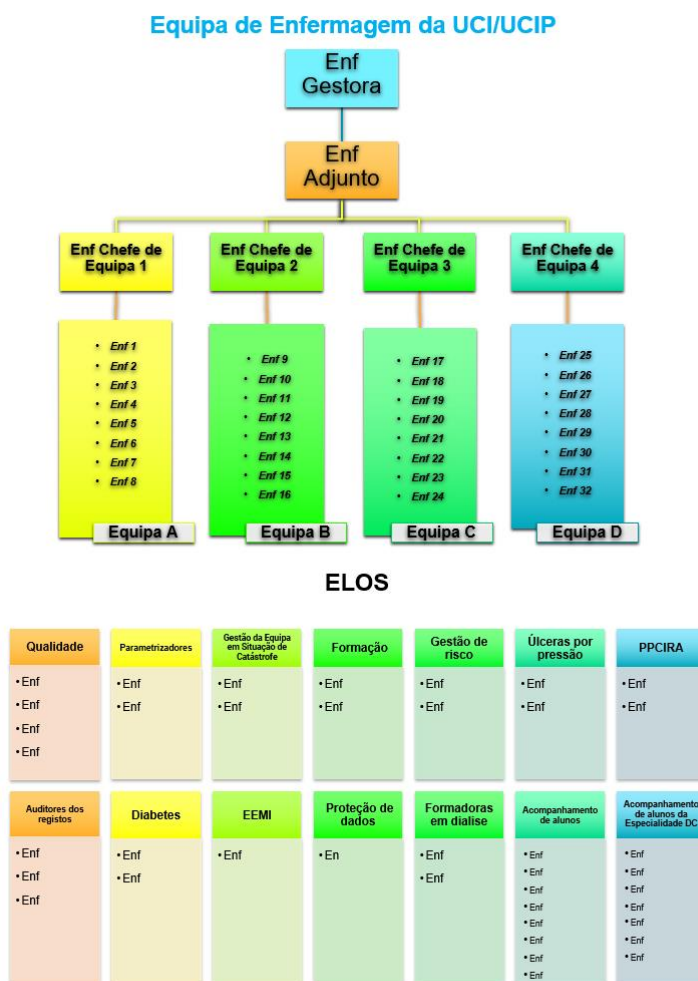
Figura 8- Organograma Geral do Serviço



Fonte: Pereira e Mendes, 2019

4.3.2 Organograma da Equipe de Enfermagem

Figura 9- Organograma da Equipe de Enfermagem



Fonte: Pereira e Mendes, 2019

A equipa de Enfermagem é coordenada pelo Enfermeiro Gestor e, na sua ausência, pela Enfermeiro Adjunto - ou pelo Enfermeiro Responsável de Equipa, os Enfermeiros estão agrupados em quatro equipas praticando horário rotativo (regulamentado pelo Hospital).

Os enfermeiros são distribuídos pelas duas áreas (UCI/UCIP) através do documento de distribuição diária, elaborado pelo Enfermeiro Gestor ou seu Adjunto que segundo informações da coordenadora geral deverá levar em conta as competências e fazer rotatividade entre a UCI e a UCIP de 2 em 2 turnos se possível seguindo os critérios de rodízio.

O rácio mínimo de enfermeiros por doente é de 1:2 na Unidade de Cuidados Intensivos e de 1:4 na Unidade de Cuidados Intermédios. Sempre que possível, particularmente nos dias úteis, deverá haver um enfermeiro extra durante o período da manhã, para possibilitar as atividades de coordenação do trabalho de enfermagem, gestão de equipamentos e do armazenamento de produtos clínicos, formação e relação com outros serviços (em particular a Farmácia e o Serviço de aprovisionamento). No início de cada turno, o enfermeiro responsável procede à distribuição dos doentes tendo em consideração as diferentes situações clínicas e os graus de dependência (Pereira & Mendes, 2019).

A equipa de Assistentes Operacionais é coordenada pelo Enfermeiro Gestor. Os assistentes operacionais são divididos pelas duas unidades (UCI/UCIP) através do documento de distribuição diária, elaborado pelo Enfermeiro Gestor. O número mínimo de assistentes operacionais é de 1 por cada unidade (1 para a UCI e 1 para a UCIP) (Pereira & Mendes, 2019).

Na tabela abaixo estão descritas as funções dos enfermeiros nas diferentes áreas funcionais e funções gerais dos assistentes operacionais nas diferentes áreas funcionais:

Tabela 7 - Funções dos Enfermeiros e assistentes operacionais

Funções dos Enfermeiros nas diferentes áreas funcionais	Funções gerais dos Assistentes operacionais nas diferentes áreas funcionais
Identificar as necessidades do utente/família e formular diagnósticos de enfermagem;	Colaborar, sob supervisão do enfermeiro, na prestação de cuidados ao utente/família;
Planear as intervenções de enfermagem;	Proceder ao acompanhamento e ao transporte de doentes em cama ou em cadeira de rodas aos exames complementares de diagnóstico;
Prestar cuidados de enfermagem ao utente/família em situação de doença aguda, agravamento de doença crónica ou em risco de vida;	Distribuir a alimentação e colaborar na administração da alimentação, sob supervisão do enfermeiro;
Estabelecer prioridades de intervenção no atendimento do utente/família em situação de urgência;	Preparar o material para a esterilização;
Avaliar a evolução da situação face aos cuidados prestados;	Transportar espécimes para análise, quando estes não podem ser enviados pelo sistema de vácuo;

Alertar a equipa médica para a existência de situações de risco potencial;	Repór em cada turno, e sempre que necessário, o material nos diferentes sectores;
Colaborar com a equipa médica na realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos de acordo com as normas de boas práticas em vigor;	Assegurar a manutenção das condições de higiene nos respetivos postos de trabalho;
Proceder aos registos; Promover a relação terapêutica;	Desinfetar e arrumar todo o material utilizado de acordo com as normas implementadas na UCI/UCIP;
Manter um ambiente de cuidados seguro;	Informar o enfermeiro responsável, sempre que identifique falta ou avaria de qualquer material;
Integrar a equipa multidisciplinar;	Alertar o enfermeiro ou o médico sempre que identifique alguma situação anómala ou de risco para os doentes;
Atender aos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão;	Proceder à realização do espólio de bens e valores da pessoa, de acordo com a norma instituída no serviço;
Prestar informação ao utente/família, na medida dos seus conhecimentos e competências;	Colaborar nos cuidados post-mortem e efetuar o transporte de cadáveres para a morgue.
Colaborar no processo de ensino- aprendizagem do estudante em ensino clínico	

Fonte: Pereira & Mendes, 2019

4.4 POPULAÇÃO ALVO E RECOLHA DE DADOS

A população do estudo foi constituída de todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios em um hospital geral da grande Lisboa e a amostra foi composta por todos os enfermeiros dessa unidade, respeitando os critérios de inclusão que foram: os enfermeiros com um mínimo seis meses de atividade profissional na unidade selecionada para o estudo e que estejam em situação de exercício efetivo das suas funções. Como critérios de exclusão foram considerados os profissionais em licenças por motivos de saúde/gestação, férias, e opção por não participar da pesquisa. Diante dos critérios apresentados foram excluídos da pesquisa 1 enfermeiro por Licença maternidade, 4 por contrato temporário de trabalho. O universo constituiu-se de 35 enfermeiros, tendo sido obtidas 34 respostas ao questionário, totalizando um percentual de 97% de participação.

Para análise dos fatores de riscos e respectivos graus de exposição, foi utilizado pela investigadora o instrumento de recolha de dados já mencionado, o Questionário sobre Stresse e Exaustão Profissional em Atividades de Saúde. A recolha de dados ocorreu no período de 07/08/2020 à 15/09/2020, através do questionário *online* enviado por email aos participantes.

A investigação teve um atraso de 03 (três) meses devido à pandemia Covid-19, pois a unidade escolhida – hospital e nomeadamente unidade de cuidados intensivos e intermédios – foram as mais afetadas desde início da pandemia. Após devidamente aprovada pela comissão de ética para a saúde e comissão executiva do Hospital escolhido, foi agendada previamente uma reunião com a Enfermeira gestora da unidade de cuidados intensivos e intermédios. Essa, se mostrou interessada na investigação devido a sua pertinência do tema e colaborou de forma proativa todo o tempo, demonstrando total disponibilidade para esclarecer dúvidas e questões pertinentes ao funcionamento da unidade durante toda a investigação e envio de documentação adicional quando solicitada.

A gestora apresentou toda área física da unidade explicando o funcionamento da mesma e apresentou os enfermeiros que estavam de plantão. Foram apresentados os objetivos, metodologia, contribuições para a mesma e entregue impresso os Termos de Consentimento Voluntário e Informado (TCVI) para a gestora da Unidade, pois devido a pandemia o acesso a unidade estava restrito. Foi enviado email a todos os enfermeiros esclarecendo os objetivos e importância da investigação e feito o convite para participação voluntária da mesma, esclarecido que o questionário seria online, porém os que aceitassem participar da investigação teriam que assinar o TCVI físico deixado previamente na sala da gestora. Colocada toda a equipe de investigação disponível com contato telefônico e email para eventuais dúvidas e sugestões. Semanalmente, a investigadora enviava email aos enfermeiros lembrando da importância da investigação e prazo para preenchimento do questionário. No total foram 40 dias corridos de prazo para preenchimento do questionário online, ao final tivemos um percentual de 97% de participação. Não foram recebidos nenhum tipo de questionamento e/ou sugestões por parte dos participantes. Os 34 TCVI foram recolhidos devidamente assinados e ficarão armazenados em arquivo digital por 5 anos, logo após serão eliminados. Importante reafirmar que não existiram problemas e/ou impedimentos para realização desta etapa da pesquisa.

4.5 ASPETOS ÉTICOS

A investigação foi realizada no referido Hospital após autorização da Comissão de ética (ANEXO I). O pedido de autorização de investigação foi enviado em 11 de fevereiro de 2020 cujo primeiro parecer foi dia 05 de março de 2020, condicional. Em 12 de maio foi enviado a investigação com alterações dos objetivos devido a pandemia Covid-19 (os investigadores acharam pertinente contextualizar o momento vivido mundialmente) e, por isso, precisou-se rever todo percurso anterior de aprovação, sendo a mesma aprovada condicionalmente em 04 de junho de 2020 e 100% aprovado em 23 de julho de 2020. A recolha de dados teve início em 07 de agosto de 2020, tendo sido realizada por meio da aplicação de um questionário via online, após a autorização do participante através do Termo de Consentimento Voluntário e Informado (TCVI) (APENDICE I).

Salienta-se que foi preservado o sigilo quanto à identidade dos participantes. Além disso, a participação dos entrevistados foi voluntária, sendo respeitado o direito e a liberdade, se caso quiserem, recusar ou desistir em qualquer momento de participar da pesquisa, sem prejuízo aos que o fizerem. Os dados estão armazenados em arquivo digital em local seguro por 5 anos e estarão sob a guarda do investigador responsável pelo estudo. Após este período, todo o material será eliminado.

Uma vez que nenhuma investigação é isenta de riscos, existe sempre um discreto risco de constrangimento por parte dos inquiridos. No entanto, a investigadora comprometeu-se a esclarecer o participante que todas as questões são relacionadas com a sua profissão/atuação, e seriam tratadas com todo o cuidado, profissionalismo, ética e sigilo sendo garantida a privacidade dos dados registados.

4.6 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em ficheiro *Excel* e posteriormente foi efetuada a análise e tratamento dos dados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0, com cálculo das frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e variabilidade, teste de fiabilidade, testes de associação e testes de correção.

Para dar resposta à pergunta de partida e cumprir com os objetivos da investigação foram elaboradas um conjunto de hipóteses de investigação. As hipóteses formuladas foram as seguintes:

1ª) O nível de fadiga laboral reportado pelos enfermeiros inquiridos está relacionado com o sentimento de segurança e exigência do trabalho em contexto de pandemia.

2ª) O nível de stresse laboral reportado pelos enfermeiros inquiridos está relacionado com o sentimento de segurança e exigência do trabalho em contexto de pandemia.

3ª) O nível de *burnout* reportado pelos enfermeiros inquiridos está relacionado com o sentimento de segurança e exigência do trabalho em contexto de pandemia.

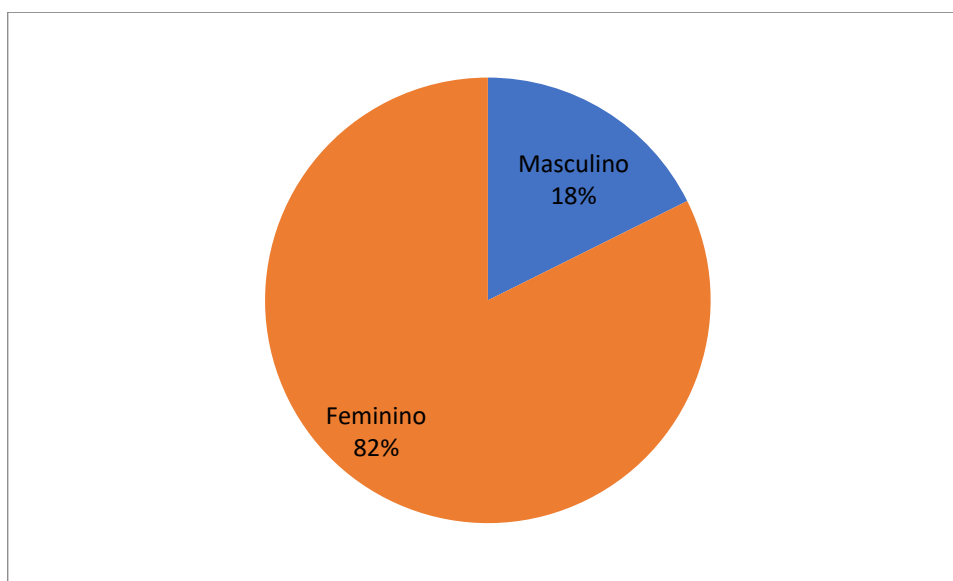
4ª) A capacidade de *coping* reportado pelos enfermeiros inquiridos está relacionada com o sentimento de segurança e exigência do trabalho em contexto de pandemia.

5.RESULTADOS

5.1 DADOS SOCIOPROFISSIONAIS

No que diz respeito à variável sexo, a amostra é maioritariamente feminina, representando 82,4% da amostra total. Em referência ao estado civil, o percentual da população da nossa amostra foi bem próximo em duas variáveis sendo 55,9% são solteiros e 41,2% casados ou vivem em união de facto, 2,9% são divorciados.

Gráfico 1- Dados Socioprofissionais - Género



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Tabela 8 - *Dados socioprofissionais*

Descritiva de dados socioprofissionais		
Estado Civil (n = 34)		
Solteiro	19	55,9
Casado	12	35,3
União de facto	2	5,9
Divorciado	1	2,9
Atividades domésticas (n = 34)		
Diariamente	22	64,7
Em alguns dias da semana	11	32,4
Semanalmente	1	2,9
Atividade física regular (n = 34)		
Não	25	73,5
Sim	9	26,5
Faz turnos (n = 34)		

Não faço	2	5,9
Faço e estou satisfeito com sistema de turnos	10	29,4
Faço e estou insatisfeito com sistema de turnos	19	55,9
Faço e estou muito insatisfeito com sistema de turnos	3	8,8
Tem problemas para dormir (n = 34)		
Não	19	55,9
Sim	15	44,1

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Relativo a atividades domésticas 64,7% fazem diariamente, 32,4% fazem em alguns dias da semana e apenas 2,9% fazem semanalmente.

Tabela 9 - Continuação dos dados socioprofissionais

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	34	35,7	8,40	23	58
Número de filhos	34	0,6	0,81	0	2
Horas de atividades domésticas	31	24,3	19,57	3	90
Horas de trabalho diária	29	11,0	2,10	6	13

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

As idades dos profissionais participantes variaram entre os 23 anos (idade mínima) e os 58 anos (idade máxima), com uma média de 35,7.

No que se refere ao número de filhos, 56% dos enfermeiros inquiridos não tem filhos, dos 44% que possuem, sendo a média de 0,6, e o número máximo de 2 filhos.

Sobre as horas de trabalho diário, a amostra inquirida apresentou uma variação entre as 6 horas de trabalho diário (mínima) e às 13 horas (máxima), sendo a média de 11 horas diárias.

5.2 INDICADORES PSICOSSOCIAIS

A escala NSS indica a distribuição da incidência por nível *stressor*, sendo que, com exceção da falta de apoio dos colegas, que chega um nível de stresse baixo, todos os demais fatores geram um nível de stresse moderado, ou seja, os enfermeiros apresentam um nível moderado de exposição de stresse. O fator *stressor* com valor mais alto é a carga de trabalho, e o com valor mais baixo é a falta de apoio dos colegas.

Tabela 10- Descritiva das categorias da escala NSS

Fatores	Valor médio	Desvio Padrão	Distribuição percentual da incidência por nível stressor (%)			Nível de stresse*
			Baixo	Moderado	Alto	
Fator 1 - A morte o morrer	2,5	0,47	11,8	73,5	14,7	Moderado
Fator 2 - Conflitos com os médicos	2,5	0,53	29,4	52,9	17,6	Moderado
Fator 3 - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	2,4	0,66	52,9	35,3	11,8	Moderado
Fator 4 - Falta de apoio dos colegas	2,0	0,67	67,6	26,5	5,9	Baixo
Fator 5 - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	2,6	0,55	17,6	61,8	20,6	Moderado
Fator 6 - Carga de Trabalho	2,8	0,63	8,8	64,7	26,5	Moderado
Fator 7 - Incerteza quanto aos tratamentos	2,6	0,63	20,6	58,8	20,6	Moderado
Resultado Geral	2,5	0,65	29,8	53,4	16,8	Moderado

*De acordo com o valor médio obtido: entre 1 e 2 (nível baixo de stresse), entre 2,01 e 3 (nível moderado de stresse), entre 3,01 e 4 (nível elevado de stresse)

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Em termos de *burnout*, o nível de exaustão emocional evidenciado foi moderado, tendo a despersonalização apresentado uma baixa incidência. O nível de realização pessoal também foi moderado. Em geral, um nível baixo de *burnout* reflete-se com valores baixos ou médios nas dimensões “exaustão emocional” e “despersonalização”, e valores elevados na “realização pessoal”; um nível moderado de *burnout* com valores médios nas três dimensões; um nível elevado de *burnout* com valores elevados para as dimensões de “exaustão profissional” e “despersonalização” e baixos na “realização pessoal” (Maslach & Jackson, 1981; Marques-Pinto & Picado, 2011).

Tabela 11- Descritiva das categorias da escala MBI

Dimensões	Valor médio	Desvio-Padrão	Distribuição percentual da incidência (%)			Nível*
			Tercil baixo	Tercil médio	Tercil elevado	
Exaustão Profissional	3,1	1,08	14,7	70,6	14,7	Exaustão moderada
Despersonalização	1,5	0,96	76,5	23,5	0,0	Baixa despersonalização
Realização Pessoal	3,9	0,74	0	55,9	44,1	Moderada realização pessoal
Resultado Geral	2,8	1,40	30,4	50	19,6	Moderado

*Exaustão Profissional: baixa (0-2), moderada (2,01-4), elevada (4,01 -6). Despersonalização: baixa (0 -2), moderada (2,01-4), elevada (4,01 – 6). Realização: baixa (0-2), moderada (2,01-4) e elevada (4,01-6).
Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Para a escala *coping*, observa-se que o grupo tem um foco elevado na tarefa (resolução da fonte de stresse) com valor médio 4,1 e desvio-padrão 0,50; moderado na gestão das situações de stresse por via das emoções valor médio 2,7 e desvio-padrão 0,53 ou do evitamento, valor médio 2,8 e desvio-padrão 0,52.

Geralmente, as pessoas revelam excelente capacidade de *coping* quando o foco das tarefas estiver no tercil superior, e o das emoções e evitamento no inferior; uma média capacidade de *coping*, quando a componente tarefas estiver no tercil médio/elevado e as emoções no inferior ou médio e evitamento no inferior; uma baixa capacidade quando o foco nas tarefas estiver no tercil inferior e as emoções e evitamento no inferior ou médio; e uma incapacidade de *coping* quando as tarefas estiver no tercil inferior, e as emoções e evitamento no superior (ou pelo menos um deles no superior) (NETO, 2016).

Tabela 12 - Descritiva das categorias da escala Coping

Dimensões	Valor médio	Desvio-Padrão	Distribuição percentual da incidência (%)			Nível
			Tercil inferior	Tercil médio	Tercil superior	
Foco na tarefa	4,1	0,50	0,0	20,6	79,4	Elevado
Foco na gestão de emoções	2,7	0,53	32,4	64,7	2,9	Moderado
Foco no evitamento	2,8	0,52	12,5	81,3	6,3	Moderado
Resultado Geral	3,2	0,8	15,0	55,5	29,5	Moderado

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

A escala de SOFI para esse estudo apresenta baixa fadiga laboral para a maioria das dimensões. Em suma os enfermeiros inquiridos revelaram um baixo nível de esforço físico (S2) e de falta de motivação (S4). Um nível entre baixo e moderado de desconforto físico (S3) e sonolência (S5), assim como uma moderada falta de energia (S1).

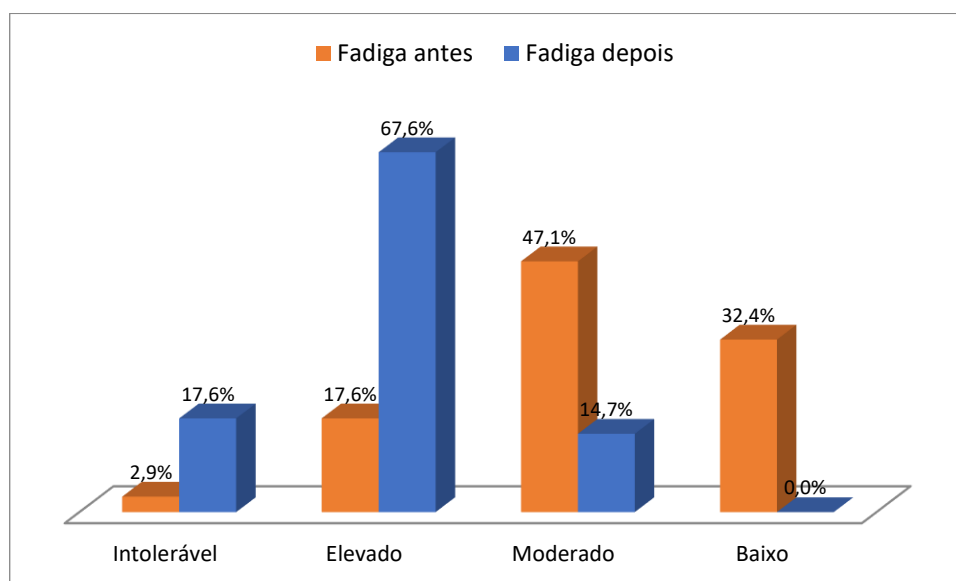
Tabela 13 - Escala Fadiga laboral (SOFI)

	S1	S2	S3	S4	S5
Média	3,15	2,11	2,65	1,81	2,68
Desvio-Padrão	1,01	0,96	1,06	0,81	0,90
Mínimo	1,50	1,00	1,00	1,00	1,00
Máximo	6,00	5,00	5,50	3,50	5,00
Baixa (< 2,5) %	35,3	70,6	61,8	79,4	52,9
Moderada (2,6 - 4,5) %	55,9	26,5	32,4	20,6	44,1
Elevada (> 4,6) %	8,8	2,9	5,9	0,0	2,9

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Com o indicador Bipolar de fadiga laboral, pode-se observar diferenças relevantes no antes e depois do turno de trabalho. Dos 34 enfermeiros participantes, 23 desses indicam um nível elevado de desgaste (8-9) após seu turno e 6 enfermeiros indicaram nível intolerável de desgaste nesse mesmo período (10). Chama-se atenção para tal indicador, pois 29 enfermeiros fazem percepção do nível de desgaste acima de 8 (elevado e intolerável) após seu turno de trabalho. Também, é de destacar que cerca de 20% dos inquiridos já revela um nível elevado ou muito elevado antes de iniciar a jornada de trabalho.

Gráfico 2 - Indicador Bipolar de Fadiga Laboral Percebida (IBFLP) Antes e depois do turno de trabalho



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Tabela 14 - Indicador Bipolar de Fadiga Laboral Percebida (IBFLP)

	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Nível de cansaço antes	34	4,4	1,70	1	9
Nível de cansaço depois	34	8,4	1,02	6	10

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

No que tange às questões baseadas no contexto de pandemia, 61,7% dos enfermeiros sentem-se seguros ou totalmente seguros para realizações das suas atividades nesse período de pandemia; 52,9% percebem que a instituição a qual trabalham está preocupada com a segurança e saúde dos profissionais. Porém, 55,9% desses profissionais acreditam (concordam ou concordam totalmente) não receber informações suficientes por parte da instituição quanto aos fluxos internos nesse período de pandemia Covid-19.

Quanto ao uso dos EPI 88,3% (concordam ou concordam totalmente) dos enfermeiros sentem-se seguros quanto as técnicas corretas para o uso dos mesmos, no entanto, 94,1% afirmam (concordam ou concordam totalmente) que se sentem mais cansados no final do plantão com o uso desses equipamentos. Assim como 64,7% (concordam ou concordam totalmente) sentem-se sobrecarregados de trabalho após o início da pandemia Covid-19.

Em relação a afirmativa “Sinto-me impotente diante do cenário incerto e demasiada demanda”, 94,1% dos participantes concordam ou concordam totalmente com a mesma.

Também 94,1% afirmam (concordam ou concordam totalmente) que se sentem com medo de voltar para casa e contaminar sua família.

Tabela 15 - Descritiva de questões sobre a Covid-19 (n=34)

Descritiva de questões sobre a Covid 19 (n = 34)		
<i>Sinto-me seguro na realização das minhas atividades nesse período de pandemia</i>	n	%
Discordo totalmente	1	2,9
Discordo	12	35,3
Concordo	20	58,8
Concordo totalmente	1	2,9
<i>Percebo que a instituição a qual trabalho está preocupada com a segurança e saúde dos profissionais</i>		
Discordo totalmente	5	14,7
Discordo	11	32,4
Concordo	18	52,9
<i>Recebo informações suficientes por parte da instituição quanto aos fluxos internos nesse período de pandemia Covid-19</i>		
Discordo totalmente	4	11,8
Discordo	15	44,1
Concordo	13	38,2
Concordo totalmente	2	5,9
<i>Sinto-me seguro quanto as técnicas corretas para o uso dos EPI</i>		
Discordo	4	11,8
Concordo	19	55,9
Concordo totalmente	11	32,4
<i>Sinto-me sobrecarregado de trabalho após o início da pandemia Covid-19</i>		
Discordo totalmente	1	2,9
Discordo	11	32,4
Concordo	18	52,9
Concordo totalmente	4	11,8
<i>Sinto-me mais cansado ao final do plantão com o uso de todos os EPI</i>		
Discordo	2	5,9
Concordo	6	17,6
Concordo totalmente	26	76,5
<i>Sinto-me impotente diante do cenário incerto e demasiada demanda</i>		
Discordo	2	5,9
Concordo	24	70,6
Concordo totalmente	8	23,5

Sinto medo ao voltar para casa e contaminar minha família

Discordo	2	5,9
Concordo	15	44,1
Concordo totalmente	17	50,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

5.3 TESTE DE HIPÓTESES DE PESQUISA

Tendo por base a questão de partida, foram formuladas quatro hipóteses de investigação, onde se procurou correlações entre os parâmetros indicativos do sentimento de segurança e exigências do trabalho em contexto de pandemia e os níveis de fadiga, stresse, coping e burnout reportados pelos enfermeiros inquiridos.

A correlação linear de Spearman é adequada para averiguar a correlação entre duas variáveis, onde pelos menos uma delas é categórica ou variáveis contínuas não normais. Primeiramente, é necessário avaliar se a correlação é significativa ($p \leq 0,05$). Em caso positivo, avaliar o sinal da correlação. Se o sinal for positivo, indica que as variáveis variam no mesmo sentido (ambas aumentam ou diminuem), caso o sinal da correlação seja negativo, implica que variam em sentido diferente (uma aumenta e a outra diminui). As correlações significativas estão destacadas em negrito nas tabelas abaixo.

A hipótese 1 relaciona o nível de fadiga laboral reportado pelos enfermeiros inquiridos com o sentimento de segurança e exigência do trabalho em contexto de pandemia.

As correlações significativas estão destacadas em negrito na Tabela 16, a questão 1 sobre sentir-se seguro na realização das atividades, tem correlação negativa com o desconforto físico e com a falta de motivação. Isso significa que, quanto maior o sentimento de segurança, menor o desconforto físico e a falta de motivação. Com isso, também se pode concluir que quanto mais inseguros os enfermeiros se sentem, maior o desconforto físico e a falta de motivação que revelam. A questão 2 sobre perceber que a instituição está preocupada com a segurança dos profissionais se correlaciona de forma negativa com esforço físico e desconforto físico. Quanto menor a percepção de preocupação, maior o esforço físico e desconforto físico. A questão 3 sobre receber informações sobre fluxos internos, se correlaciona negativamente com a falta de energia, ou seja, quanto menos informação, maior a falta de energia. A questão 6, sobre sentir-se

mais cansado ao fim do plantão, tem a correlação positiva com esforço físico e desconforto físico, ou seja, quanto maior esforço físico e desconforto físico, mais cansado o profissional chega ao fim do plantão.

Estes resultados permitem confirmar parcialmente a hipótese 1 formulada. Pode-se evidenciar uma interrelação parcial entre o nível de fadiga laboral reportado pelos enfermeiros inquiridos, e o sentimento de segurança e exigência do trabalho no atual contexto de pandemia.

Tabela 16 - Resultados dos testes de correlação para a hipótese 1 (n = 34)

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
S1_cat	rho	-,303	-,280	<u>-,393*</u>	,039	,303	,062	,060	-,013
	valor p	,082	,108	<u>,021</u>	,826	,082	,729	,735	,943
S2_cat	rho	-,181	<u>-,359*</u>	-,296	,146	,030	<u>,354*</u>	,160	,248
	valor p	,307	<u>,037</u>	,089	,409	,865	<u>,040</u>	,366	,157
S3_cat	rho	<u>-,383*</u>	<u>-,479**</u>	-,282	-,046	,176	<u>,427*</u>	,298	,260
	valor p	<u>,025</u>	<u>,004</u>	,107	,796	,319	<u>,012</u>	,087	,137
S4_cat	rho	<u>-,380*</u>	-,320	-,100	,075	,172	,120	,251	,096
	valor p	<u>,027</u>	,065	,573	,673	,330	,498	,152	,589
S5_cat	rho	-,017	-,103	,086	-,139	-,007	-,016	,011	-,075
	valor p	,923	,563	,630	,434	,969	,928	,950	,672

Legenda:

Q1 - Sinto-me seguro na realização das minhas atividades nesse período de pandemia

Q2 - Percebo que a instituição a qual trabalho está preocupada com a segurança e saúde dos profissionais
Q3 - Recebo informações suficientes por parte da instituição quanto aos fluxos internos nesse período de pandemia Covid-19

Q4 - Sinto-me seguro quanto as técnicas corretas para o uso dos EPI

Q5 - Sinto-me sobrecarregado de trabalho após o início da pandemia Covid-19

Q6 - Sinto-me mais cansado ao final do plantão com o uso de todos os EPI

Q7 - Sinto-me impotente diante do cenário incerto e demasiada demanda

Q8 - Sinto medo ao voltar para casa e contaminar minha família

Dimensões de fadiga: S1 - Falta de Energia; S2 - Esforço Físico; S3 - Desconforto Físico; S4 - Falta de motivação; S5 – Sonolência

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

A hipótese 2 Tabela 17, relaciona o nível de stresse laboral reportado pelos enfermeiros inquiridos com o sentimento de segurança e exigência do trabalho em contexto de pandemia.

A questão 1 sobre sentir-se seguro na realização das atividades tem correlação negativa com a incerteza quanto aos tratamentos, ou seja, quanto mais seguro na realização das atividades, menor a incerteza quanto aos tratamentos. A questão 4 sobre

sentir-se seguro quanto às técnicas corretas para o uso dos EPI tem correlação negativa com os conflitos com os médicos. Isso significa que quanto mais seguro se sente em relação às técnicas, menores são os conflitos com os médicos. A questão 5, sobre sentir-se sobrecarregado de trabalho durante a pandemia, tem correlação positiva com a incerteza quanto aos tratamentos, ou seja, quanto maior a incerteza, mais sobrecarregados ficam os profissionais. A questão 6, sobre sentirem-se mais cansados ao fim do plantão, tem a correlação positiva com conflitos com os médicos, ou seja, quanto maior o conflito com os médicos mais cansado o profissional chega ao fim do plantão.

Estes resultados, permitem confirmar parcialmente a hipótese 2 formulada. Pode-se evidenciar uma interrelação parcial entre o nível de stresse laboral reportado pelos enfermeiros inquiridos e o sentimento de segurança e exigência do trabalho no atual contexto de pandemia.

Tabela 17 - Resultados dos testes de correlação para a hipótese 2 (n = 34)

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Fator1_cat	rho	-,172	-,091	,017	,197	-,167	0,000	,120	-,103
	valor p	,330	,607	,924	,265	,346	1,000	,499	,563
Fator2_cat	rho	-,247	-,024	-,017	<u>-,369*</u>	,037	<u>,412*</u>	,070	-,080
	valor p	,158	,893	,923	<u>,032</u>	,836	<u>,016</u>	,693	,651
Fator3_cat	rho	-,007	,170	,279	-,121	-,127	,068	-,114	,052
	valor p	,968	,337	,109	,495	,473	,702	,521	,770
Fator4_cat	rho	,054	-,244	-,252	-,058	,231	-,042	,041	,200
	valor p	,761	,164	,150	,746	,188	,812	,819	,256
Fator5_cat	rho	-,053	,080	-,110	,002	-,157	-,109	-,294	-,217
	valor p	,767	,652	,535	,992	,376	,541	,091	,217
Fator6_cat	rho	,028	,013	-,267	-,007	,171	-,006	-,097	-,043
	valor p	,873	,943	,126	,971	,333	,974	,586	,810
Fator7_cat	rho	<u>-,350*</u>	0,000	-,260	-,181	<u>,352*</u>	,227	0,000	,045
	valor p	<u>,042</u>	1,000	,138	,305	<u>,041</u>	,196	1,000	,802

Q1 - Sinto-me seguro na realização das minhas atividades nesse período de pandemia

Q2 - Percebo que a instituição a qual trabalho está preocupada com a segurança e saúde dos profissionais

Q3 - Recebo informações suficientes por parte da instituição quanto aos fluxos internos nesse período de pandemia Covid-19

Q4 - Sinto-me seguro quanto as técnicas corretas para o uso dos EPI

Q5 - Sinto-me sobrecarregado de trabalho após o início da pandemia Covid-19

Q6 - Sinto-me mais cansado ao final do plantão com o uso de todos os EPI

Q7 - Sinto-me impotente diante do cenário incerto e demasiada demanda

Q8 - Sinto medo ao voltar para casa e contaminar minha família

Dimensões de stresse: Fator 1 - A morte e o morrer; Fator 2 - Conflitos com os médicos; Fator 3 - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares; Fator 4 - Falta de apoio dos colegas; Fator 5 - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes; Fator 6 - Carga de trabalho; Fator 7 - Incerteza quanto aos tratamentos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

A hipótese 3, Tabela 18, relaciona o nível de *burnout* reportado pelos enfermeiros inquiridos com o sentimento de segurança e exigência do trabalho em contexto de pandemia.

As correlações significativas evidenciadas foram todas positivas. A questão 4 sobre sentir-se seguro quanto às técnicas corretas para o uso dos EPI e a questão 6 sobre sentir-se mais cansado ao final do plantão tem correlação com a Realização Pessoal. Quanto mais seguro, maior a realização pessoal.

Quanto mais cansado do plantão, maior a realização pessoal. A questão 5 sobre sentir-se sobrecarregado de trabalho durante a pandemia tem correlação positiva com Exaustão Profissional. Quanto mais sobrecarregados mais exausto profissionalmente estavam os enfermeiros.

Estes resultados permitem confirmar parcialmente a hipótese 3 formulada. Pode-se evidenciar uma interrelação parcial entre o nível de *burnout* reportado pelos enfermeiros inquiridos e o sentimento de segurança e exigência do trabalho no atual contexto de pandemia.

Tabela 18 - Resultados dos testes de correlação para a hipótese 3 (n = 34)

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
EP_cat	rho	-,143	-,138	-,236	,187	<u>,401*</u>	-,030	0,000	-,199
	valor p	,419	,437	,179	,291	<u>,019</u>	,867	1,000	,259
DP_cat	rho	-,314	-,305	-,267	-,167	,196	0,000	,213	,032
	valor p	,071	,079	,127	,345	,268	1,000	,227	,858
RP_cat	rho	-,125	,167	,075	<u>,380*</u>	,023	<u>,359*</u>	-,220	-,279
	valor p	,480	,345	,673	<u>,027</u>	,896	<u>,037</u>	,212	,111

Legenda:

Q1 - Sinto-me seguro na realização das minhas atividades nesse período de pandemia

Q2 - Percebo que a instituição a qual trabalho está preocupada com a segurança e saúde dos profissionais

Q3 - Recebo informações suficientes por parte da instituição quanto aos fluxos internos nesse período de pandemia Covid-19

Q4 - Sinto-me seguro quanto as técnicas corretas para o uso dos EPI

Q5 - Sinto-me sobrecarregado de trabalho após o início da pandemia Covid-19

Q6 - Sinto-me mais cansado ao final do plantão com o uso de todos os EPI

Q7 - Sinto-me impotente diante do cenário incerto e demasiada demanda

Q8 - Sinto medo ao voltar para casa e contaminar minha família

Dimensões: EP - Exaustão Profissional; DP - Despersonalização; RP - Realização Pessoal

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

A hipótese 4 Tabela 19, relaciona a capacidade de coping reportado pelos enfermeiros inquiridos com o sentimento de segurança e exigência do trabalho em contexto de pandemia.

Existe correlação entre o sentir-se sobrecarregado de trabalho durante a pandemia e o foco na gestão das emoções. Quanto mais sobrecarregado, maior o foco na gestão a emoções. Estes resultados não permitem confirmar a hipótese 4 formulada. A capacidade de *coping* dos enfermeiros inquiridos não parece influenciar o seu sentimento de segurança e a exigência percebida do trabalho no atual contexto de pandemia.

Tabela 19 – Resultados dos testes de correlação para a hipótese 4 (n = 34)

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Foco na tarefa	rho	,051	-,222	-,064	,300	-,111	,040	,046	-,096
	valor p	,773	,208	,719	,085	,533	,822	,794	,589
Foco na Gestão das Emoções	rho	-,208	-,011	-,116	-,013	,209	,350*	,022	,173
	valor p	,239	,952	,512	,941	,235	,043	,904	,328
Foco no Evitamento	rho	,144	-,314	,284	,150	-,206	,069	,064	0,000
	valor p	,433	,080	,115	,413	,258	,707	,729	1,000

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

6 INTEGRAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nesta investigação, a amostra é majoritariamente feminina, estando esta predominância relacionada com a característica das profissões da área de saúde, em especial a enfermagem, onde o número de mulheres a desempenhar funções é significativamente superior ao de homens (Gil-Monte 2002; Makino *et al.*, 2020). No Japão, são 92% de mulheres nos trabalhadores da saúde (Ministry of Health, Labor, and Welfare, 2019).

Esse dado vem carregado de marcas do passado, onde as ordens religiosas impunham a enfermagem seu exercício institucional exclusivo ou majoritariamente feminino e caritativo (Lopes *et al.*, 2005). Zangari e Bergara (2010) presumem que, por meio desse argumento, pode-se perceber que a enfermagem por muito tempo, foi tida como caridade, compaixão aos pobres e enfermos e, principalmente, como um serviço a Deus. Sendo assim, até hoje a figura da enfermeira é ligada ao estereótipo angelical.

Um estudo recente diante do cenário atual da pandemia Covid-19, afirma que as mulheres que trabalham na área da saúde são as mais acometidas mentalmente, porque além de comporem a maior parte do pessoal na área da saúde, são muitas vezes as principais responsáveis pelo serviço doméstico e criação de filhos, havendo maiores chances de, quando associada as demais circunstâncias as quais estão inseridas, terem sua saúde mental afetada (Makino *et al.*, 2020). Na investigação realizada, não foi possível confirmar a associação do sexo com os níveis de stress e exaustão e capacidade de *coping*, ou seja, não importa se homem ou mulher, esse status não interfere nos índices conforme tabela abaixo.

Tabela 20 - Associação entre sexo, stresse, exaustão e Coping

Sexo					
<i>Fator 1 - A morte o morrer</i>	Homem	Mulher	Qui Quadrado	gl	valor p
Stressor baixo	16,7%	10,7%	1,315	2	0,518
Stressor moderado	83,3%	71,4%			
Stressor alto	0,0%	17,9%			
<i>Fator 2 - Conflitos com os médicos</i>					
Stressor baixo	33,3%	28,6%	1,583	2	0,453
Stressor moderado	66,7%	50,0%			
Stressor alto	0,0%	21,4%			
<i>Fator 3 - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares</i>					

Stressor baixo	83,3%	46,4%	2,845	2	0,241
Stressor moderado	16,7%	39,3%			
Stressor alto	0,0%	14,3%			
<i>Fator 4 - Falta de apoio dos colegas</i>					
Stressor baixo	100,0%	60,7%	3,484	2	0,175
Stressor moderado	0,0%	32,1%			
Stressor alto	0,0%	7,1%			
<i>Fator 5 - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes</i>					
Stressor baixo	33,3%	14,3%	2,544	2	0,280
Stressor moderado	66,7%	60,7%			
Stressor alto	0,0%	25,0%			
<i>Fator 6 - Carga de Trabalho</i>					
Stressor baixo	16,7%	7,1%	0,777	2	0,678
Stressor moderado	66,7%	64,3%			
Stressor alto	16,7%	28,6%			
<i>Fator 7 - Incerteza quanto aos tratamentos</i>					
Stressor baixo	0,0%	25,0%	2,298	2	0,317
Stressor moderado	83,3%	53,6%			
Stressor alto	16,7%	21,4%			
<i>Foco na tarefa</i>					
Tercil inferior	0,0%	25,0%	1,889	1	0,169
Tercil superior	100,0%	75,0%			
<i>Foco na Gestão das Emoções</i>					
Tercil inferior	33,3%	32,1%	0,221	2	0,895
Tercil médio	66,7%	64,3%			
Tercil superior	0,0%	3,6%			
<i>Foco no Evitamento</i>					
Tercil inferior	20,0%	11,1%	0,638	2	0,727
Tercil médio	80,0%	81,5%			
Tercil superior	0,0%	7,4%			

Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Além do sexo, o estado civil dos enfermeiros inquiridos nesta investigação vai de encontro à pesquisa sobre satisfação profissional dos enfermeiros feito em Porto no ano de 2016 (Correia, 2016) e uma pesquisa feita sobre o perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil (Viana *et al.*, 2014). Ou seja, não foi possível confirmar uma associação de estado civil com níveis de fadiga laboral, stresse e Burnout, ou seja, não importa se o profissional é solteiro ou casado, esse status não se apresentou com interferência nos índices apurados.

Tabela 21 - Associação entre Estado Civil com níveis de fadiga, stresse e Burnout

Estado Civil					
<i>Fadiga antes</i>	Solteiro	Casado	Qui Quadrado	gl	valor p
Intolerável	0,0%	7,1%	1,816	3	,611
Elevado	15,0%	21,4%			
Moderado	50,0%	42,9%			
Baixo	35,0%	28,6%			
<i>Fadiga depois</i>					
Intolerável	25,0%	7,1%	2,270	2	,321
Elevado	65,0%	71,4%			
Moderado	10,0%	21,4%			
<i>S1 - Falta de Energia</i>					
Baixo	45,0%	21,4%	2,402	2	,301
Moderada	45,0%	71,4%			
Elevada	10,0%	7,1%			
<i>S2 - Esforço Físico</i>					
Baixo	65,0%	78,6%	2,978	2	,226
Moderada	35,0%	14,3%			
Elevada	0,0%	7,1%			
<i>S3 - Desconforto Físico</i>					
Baixo	60,0%	64,3%	0,194	2	,908
Moderada	35,0%	28,6%			
Elevada	5,0%	7,1%			
<i>S4 - Falta de motivação</i>					
Baixo	85,0%	71,4%	0,928	1	,335
Moderada	15,0%	28,6%			
<i>S5 – Sonolência</i>					
Baixo	55,0%	50,0%	1,476	2	,478
Moderada	45,0%	42,9%			
Elevada	0,0%	7,1%			
<i>Exaustão Profissional</i>					
Tercil baixo	15,0%	14,3%	1,143	2	,565
Tercil médio	65,0%	78,6%			
Tercil elevado	20,0%	7,1%			
<i>Despersonalização</i>					
Tercil baixo	70,0%	85,7%	1,13	1	,288
Tercil médio	30,0%	14,3%			
<i>Realização Pessoal</i>					
Tercil médio	60,0%	50,0%	0,334	1	,563
Tercil elevado	40,0%	50,0%			
<i>Fator 1 - A morte o morrer</i>					
Stressor baixo	10,0%	14,3%	0,146	2	,930
Stressor moderado	75,0%	71,4%			
Stressor alto	15,0%	14,3%			

<i>Fator 2 - Conflitos com os médicos</i>					
Stressor baixo	25,0%	35,7%	3,265	2	,195
Stressor moderado	65,0%	35,7%			
Stressor alto	10,0%	28,6%			
<i>Fator 3 - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares</i>					
Stressor baixo	40,0%	71,4%	3,265	2	,195
Stressor moderado	45,0%	21,4%			
Stressor alto	15,0%	7,1%			
<i>Fator 4 - Falta de apoio dos colegas</i>					
Stressor baixo	70,0%	64,3%	0,144	2	,931
Stressor moderado	25,0%	28,6%			
Stressor alto	5,0%	7,1%			
<i>Fator 5 - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes</i>					
Stressor baixo	10,0%	28,6%	2,151	2	,341
Stressor moderado	70,0%	50,0%			
Stressor alto	20,0%	21,4%			
<i>Fator 6 - Carga de Trabalho</i>					
Stressor baixo	10,0%	7,1%	1,055	2	,590
Stressor moderado	70,0%	57,1%			
Stressor alto	20,0%	35,7%			
<i>Fator 7 - Incerteza quanto aos tratamentos</i>					
Stressor baixo	25,0%	14,3%	0,588	2	,745
Stressor moderado	55,0%	64,3%			
Stressor alto	20,0%	21,4%			

Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Versa *et al.* (2012) relaciona o nível de stresse dos enfermeiros a condensação de atividade extra como afazeres domésticos, educação dos filhos. No presente estudo, a maioria dos enfermeiros (64,7%) realizam atividades domésticas diariamente, o que pode ter favorecido ao nível moderado de stress apresentado.

A atividade física regular revela-se um percentual alto para inatividade, sendo 73,5% não fazem atividade regularmente. Um estudo realizado com 547 participantes da comunidade da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) mostraram que a falta de atividade física tem contribuído para o aumento do sedentarismo e seus danos associados à saúde e ao bem-estar do indivíduo (Samulski e Noce, 2000).

A inatividade (sedentarismo) pode causar sérios prejuízos, acelerando o decréscimo da sua capacidade funcional e tornando-o mais dependente, incapacitando-o para as tarefas do dia a dia (Pasa, 2000)

Uma estudo sobre sedentarismo baseado na revisão de literatura concluiu que a inatividade pode acarretar sérias consequências para a saúde da população em todas as faixas etárias. Tanto em países desenvolvidos e subdesenvolvidos a prevalência é alta (Andrade e Horizonte, 2010).

Mas, nesta investigação, não se verificou uma associação de atividade física com stresse, exaustão e *coping*, ou seja, essa ausência não interferiu com os valores dos índices.

Tabela 22 - Associação entre atividade física com stresse, exaustão profissional e coping

	Atividade Física		Qui Quadrado	gl	valor p
	Não	Sim			
<i>Fator 1 - A morte o morrer</i>					
Stressor baixo	12,0%	11,1%	2,197	2	0,333
Stressor moderado	68,0%	88,9%			
Stressor alto	20,0%	0,0%			
<i>Fator 2 - Conflitos com os médicos</i>					
Stressor baixo	32,0%	22,2%	0,376	2	0,829
Stressor moderado	52,0%	55,6%			
Stressor alto	16,0%	22,2%			
<i>Fator 3 - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares</i>					
Stressor baixo	56,0%	44,4%	0,462	2	0,794
Stressor moderado	32,0%	44,4%			
Stressor alto	12,0%	11,1%			
<i>Fator 4 - Falta de apoio dos colegas</i>					
Stressor baixo	68,0%	66,7%	0,94	2	0,625
Stressor moderado	24,0%	33,3%			
Stressor alto	8,0%				
<i>Fator 5 - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes</i>					
Stressor baixo	16,0%	22,2%	0,727	2	0,695
Stressor moderado	60,0%	66,7%			
Stressor alto	24,0%	11,1%			
<i>Fator 6 - Carga de Trabalho</i>					
Stressor baixo	8,0%	11,1%	0,449	2	0,799
Stressor moderado	68,0%	55,6%			
Stressor alto	24,0%	33,3%			
<i>Fator 7 - Incerteza quanto aos tratamentos</i>					
Stressor baixo	24,0%	11,1%	1,522	2	0,467
Stressor moderado	60,0%	55,6%			
Stressor alto	16,0%	33,3%			
<i>Foco na tarefa</i>					
Tercil médio	24,0%	11,1%	0,672	1	0,412

Tercil superior	76,0%	88,9%			
Foco na Gestão das Emoções					
Tercil inferior	36,0%	22,2%	3,173	2	0,205
Tercil médio	64,0%	66,7%			
Tercil superior	0,0%	11,1%			
Foco no Evitamento					
Tercil inferior	17,4%	0,0%	2,129	2	0,345
Tercil médio	78,3%	88,9%			
Tercil superior	4,3%	11,1%			

Fonte: Elaborado pela autora, 2021

As idades dos profissionais participantes variaram entre os 23 anos (idade mínima) e os 58 anos (idade máxima), com uma média de 35,7. Estes dados convergem com outras pesquisas com dados sobre a faixa etária de enfermeiros em Portugal e Brasil (Correia, 2016; Viana *et al.*, 2014), assim como o anuário estatístico de 2019 da Ordem dos enfermeiros de Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Para a correlação de idade com os instrumentos, houve correlação positiva com a falta de energia (S1), esforço físico (S2) e realização pessoal (RP). Isso significa que, quanto maior a idade, maiores são os indicadores de falta de energia, esforço físico e realização pessoal (maior tendência para o tercil superior).

Tabela 23 - Correlação de Spearman de Idade com níveis de fadiga laboral, estresses e burnout

		Idade
Fadiga_antes	Coeficiente de Correlação	-,211
	valor p	,231
Fadiga_depois	Coeficiente de Correlação	-,093
	valor p	,599
S1 - Falta de energia	Coeficiente de Correlação	,434*
	valor p	,010
S2 - Esforço físico	Coeficiente de Correlação	,414*
	valor p	,015
S3- Desconforto físico	Coeficiente de Correlação	,159
	valor p	,369
S4 - Falta de motivação	Coeficiente de Correlação	,201
	valor p	,255
S5 - Sonolência	Coeficiente de Correlação	,035
	valor p	,846
Fator 1 - A morte o morrer	Coeficiente de Correlação	,050
	valor p	,779
Fator 2 - Conflitos com os médicos	Coeficiente de Correlação	-,140

	valor p	,429
Fator 3 - Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Coeficiente de Correlação	-,339*
	valor p	,050
Fator 4 - Falta de apoio dos colegas	Coeficiente de Correlação	-,099
	valor p	,578
Fator 5 - Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Coeficiente de Correlação	-,054
	valor p	,763
Fator 6 - Carga de Trabalho	Coeficiente de Correlação	-,010
	valor p	,954
Fator 7 - Incerteza quanto aos tratamentos	Coeficiente de Correlação	,063
	valor p	,723
Exaustão Profissional	Coeficiente de Correlação	,174
	valor p	,324
Despersonalização	Coeficiente de Correlação	,042
	valor p	,811
Realização Pessoal	Coeficiente de Correlação	,360*
	valor p	,037

*Correlação significativa ao nível de 5%

Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Houve uma correlação negativa com a preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares, ou seja, quanto maior a idade, maior a tendência ao quartil inferior. No que se refere ao número de filhos, em relação ao percentual que não possuem/possuem filhos, esse resultado converge com perfil dos enfermeiros apresentados por Viana *et al.* (2014).

Relativamente ao número de horas de trabalho diário, a média da amostra inquirida apresentou valores acima do recomendado em Portugal (média de 11h). A Circular Normativa 18/92, relativa aos horários dos enfermeiros, aconselha-se a não se ultrapassar às 10 horas de trabalho diário, com a justificativa de que a duração de cada turno deverá preservar a qualidade dos cuidados e a prevenção dos riscos que as cargas elevadas ocasionam, quer aos enfermeiros quer aos utentes (CN nº 18/92, de 30/7).

A maioria dos enfermeiros desta investigação fazem trabalho por turnos (85,3%). Esta acaba por ser uma variável importante, visto que a variável trabalho por turnos está diretamente relacionado à maior exaustão emocional do que os indivíduos que têm horário fixo (Santos & Correia, 2015).

A análise descritiva das dimensões da escala de stresse revelou que o nível geral de incidência nos enfermeiros é moderado, com destaque para o fator Carga de trabalho, o qual 91,2% dos enfermeiros consideram estressante. Cerca de 88,2% também consideram stressante a gestão da morte e morrer, seguindo-se os conflitos com outros enfermeiros e com os chefes (82,4%) e a incerteza quanto aos tratamentos (79,4%). O fator falta de apoio dos colegas apresentou nível de stress baixo (67,6%).

A investigação intitulada Saúde dos Enfermeiros: presentismo e stress no trabalho, realizado pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal em 2019, apresentou resultado semelhante referente ao nível de stresse no trabalho, com médias moderadas na sobrecarga de trabalho, a gestão da morte e a incerteza quanto aos tratamentos a predominarem (Lima *et al.*, 2019).

Face aos dados apresentados na Tabela 11, pode-se concluir que os enfermeiros inquiridos apresentam um nível moderado-baixo de *burnout*. Cerca de 50% dos enfermeiros apresentaram níveis moderados, 30,4% baixo e 19,6% alto. Os resultados apresentados nessa investigação são diferentes dos resultados encontrados na pesquisa “Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional”, realizada no ano de 2016, que revela um nível nacional, entre 2011 e 2013, os quais 21,6% dos profissionais de saúde amostrados apresentaram um nível moderado e 47,8% elevado (Marôco *et al.*, 2016).

Porém, outra investigação realizada com enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal, em 2012, constatou-se que há uma existência de níveis médios de burnout, sustentado pelos valores obtidos na exaustão emocional, no terço inferior, e valores no terço inferior na realização pessoal e nível baixo na despersonalização (Simões, 2012), sendo esses dados mais próximos do revelado na investigação que se realizou. Embora o resultado obtido na exaustão emocional se situar no nível médio, a maioria das respostas situa-se dentro do score baixo dessa dimensão. Relativamente à baixa realização pessoal, verificou-se que o maior número de respostas se situa no score baixo. Apesar do resultado apresentado aparentar não ser de relevância, vale aqui ressaltar que o mesmo é multidimensional que associam fatores como experiência prévia, predisposição individual e fatores culturais, além de ser o estado de esgotamento e conceituada como uma resposta ao stresse crônico no trabalho (Gil-Monte, 2005).

De acordo com um estudo realizado em um hospital geral na região metropolitana da Grande Houston, Texas, revelou que a pandemia de Covid-19 causou um aumento geral de novos casos de depressão e ansiedade, e um agravamento dos problemas de saúde mental existentes, com um impacto emocional e físico particular sobre os profissionais de saúde. Os recursos limitados, turnos mais alargados, interrupções no sono e no equilíbrio entre trabalho e vida pessoal e riscos ocupacionais associados à exposição ao Covid-19 colaboraram para a fadiga física e mental, stresse e ansiedade, e esgotamento (Sasangohar *et al.*, 2020). No presente estudo, as questões relacionadas com o Covid-19 demonstraram um maior desgaste após o início da pandemia, um nível de cansaço maior com o incremento dos EPI e o medo de voltar para casa e contaminar sua família.

Esse cenário está consoante com a literatura, mas não se configurou tão grave como retratado noutras investigações. Por exemplo, Areosa e Queirós (2020) referem que a pandemia reforçou o cansaço e o “desgaste físico e psicológico dos diferentes grupos de trabalhadores, nomeadamente com a sobrecarga contínua de mortos, internados e infetados” (p.81). As implicações psicológicas do contexto pandêmico prejudicaram, ainda mais, “a saúde mental, configurando quase uma situação de sobrevivência e adaptação súbita típica do stress pós-traumático ou de perturbações agudas de stress” (Areosa & Queirós, 2020, p.83).

Em termos de *coping*, observa-se que o grupo tem um foco elevado na tarefa (resolução da fonte de stresse) e moderado na gestão das situações de stresse por via das emoções ou do evitamento. Tendo em conta a conjugação de resultados presente na Tabela 12, pode concluir-se por uma capacidade média de *coping* para os enfermeiros inquiridos.

Os enfermeiros inquiridos afirmaram sentirem-se seguros para realizações das suas atividades nesse período de pandemia, fator importante que vêm sendo discutidos pelas autoridades, além de ser considerado um dos princípios básicos relacionados ao bem-estar do trabalhador. Garantir a segurança e saúde do trabalhador é uma meta internacional e foi reafirmada nesse contexto da Covid-19 (Eurofound & EU-OSHA, 2014; OIT, 2020).

As hipóteses que se testou estão relacionadas com o sentimento de segurança no contexto pandêmico. Foram evidenciadas relações parciais apenas em três delas. Tendo-se registado uma inter-relação parcial entre o nível de fadiga laboral, de stresse laboral e de *burnout* reportado pelos enfermeiros com o sentimento de segurança e exigência do

trabalho no atual contexto de pandemia. Já a capacidade de *coping* dos enfermeiros inquiridos não parece influenciar o seu sentimento de segurança e a exigência percebida do trabalho no atual contexto de pandemia.

A comunicação sempre foi um desafio nas organizações, porém atualmente, a mesma tem importante papel na estratégia das organizações (Veiga, 2019). Em termos históricos, Yaxley e Ruck (2015) exibem quatro eras de desenvolvimento da comunicação interna: paternalismo, apresentação, persuasão e participação. A era atual caracteriza-se pela participação, associado ao surgimento do conceito *engagement*, de forma a transformar o modo de comunicar das organizações (Veiga, 2019).

Essa nova era da comunicação interna não permite mais que os profissionais sejam vistos como meros comunicadores que cumprem instruções, mas como contadores de histórias e impulsionadores da autenticidade, desempenhando um papel ativo no alcance dos objetivos de negócio (O'Murchú, 2015). Diante do exposto vale ressaltar que em nossa investigação, mais de 50% dos profissionais inquiridos acreditam não receber informações suficientes por parte da instituição quanto aos fluxos internos nesse período de pandemia Covid-19. Fator importante para aumentar a segurança, *engagement* e respostas corretas em tempo de pandemia/crise.

O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) por profissionais é de extrema importância e relevância como já mencionado anteriormente, mas vale ressaltar que nesse período de pandemia, há um aumento das barreiras de proteção, que ao mesmo tempo vêm proporcionar mais segurança, mas traz também mais cansaço, aumentando o sentimento de sobrecarga ao fim da jornada de trabalho (Koh 2010). A prevalência de lesões cutâneas relacionadas aos equipamentos de proteção foi de 97% (526/542) entre profissionais de saúde da linha de frente e incluíram lesões cutâneas que afetavam a ponte nasal, as mãos, a bochecha e a testa. Além disso, a frequente higiene das mãos foi associada a uma maior incidência de dermatite nessa região (Koh, 2020).

Um outro estudo, realizado na China, indica a propensão de lesões na pele e mucosa, oriundo do uso inadequado dos EPI na prevenção e no controle do COVID 19. Destacam ainda que os profissionais de saúde podem desenvolver dermatite aguda ou crônica, infecções secundárias e outras doenças de pele. Sugerem seguir rigorosamente as recomendações de uso do EPI e as especificações de esterilização e limpeza, para evitar a ocorrência de efeitos adversos (Yan *et al.*, 2020).

De forma quase unânime (94,1%), os enfermeiros participantes dessa investigação científica sentem-se impotentes diante do cenário incerto e demanda excessiva, além de referirem medo de voltar para casa e contaminar sua família. Tais condições vão de encontro ao cenário mundial enfrentado com a pandemia de Covid-19. Os profissionais que estão no enfrentamento dessa pandemia estão mais inclinados a desenvolver problemas psíquicos como a depressão. Os mesmos encontram-se em exaustão física, estão lidando com ansiedade, insônia, angústia e o medo de ao retornarem aos seus lares prejudicarem os seus familiares. Um estudo com a população geral da China, 75,2% dos respondentes referiram medo de que seus familiares contraíssem a doença (Wang *et al.*, 2020).

O medo que a princípio é um mecanismo de defesa fundamental para sobrevivência e envolve processos biológicos para uma resposta aos eventos ameaçadores, o mesmo quando crônico ou desproporcional pode-se tornar prejudicial e pode ser um dos fatores para desenvolver vários transtornos psiquiátricos (Garcia, 2017; Shin & Liberzon, 2010). Em um contexto de pandemia, o medo intensifica os níveis de ansiedade e stresse em pessoas saudáveis e exacerba os sintomas daqueles com transtornos psiquiátricos pré-existent (Shigemura *et al.*, 2020)

Pode-se concluir que, os profissionais da saúde que estão na linha de frente ao enfrentamento da Pandemia merecem atenção para sua saúde mental e física, mesmo o presente estudo revelando um nível moderado de stresse e burnout. Merecem destaque aspectos como: o fator sobrecarga de trabalho mediante a tal cenário, falta de realização pessoal, assim como sentimento de insegurança que leva a ansiedade e outros fatores importantes para a saúde mental desses profissionais.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÕES SOBRE RISCOS PSICOSSOCIAIS IDENTIFICADOS

De acordo com os resultados apresentados, segue um plano de ação com algumas propostas para os principais fatores de riscos que podem está a influenciar nos níveis de stresse, burnout e coping identificado. Medidas para manter os profissionais saudáveis devem ser realizadas, desde a melhoria das condições de trabalho até obter recursos para prestação da assistência, treinamentos adequados, otimização das exaustivas jornadas de trabalho e meio propício ao descanso dos profissionais.

A SST representa direitos e deveres socialmente construídos. A responsabilidade social de SST efetiva-se em quatro níveis (Quintas, P., (2011)

- Nas condições de trabalho oferecidas às/aos trabalhadoras/es;
- Na consonância das condições existentes com as exigências normativas nacionais e internacionais;
- Nas condições de segurança para quem visita as instalações (clientes, fornecedores, acionistas, sindicatos, etc.);
- Na salva guarda que as famílias, as comunidades locais e os sistemas de segurança social e saúde não são afetados pelos efeitos negativos da existência de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

O plano de ação usando a técnica 5W2H é uma ferramenta que permite identificar as informações mais importantes de um projeto e possibilita identificar dentro da organização os principais atores que realizarão as atividades propostas (Sebrae, 2008). Esse método utiliza-se de perguntas para implementar soluções, tais como:

- I. **What? (O quê?/Qual?)** Qual a atividade? Qual é o assunto? O que deve ser medido? Quais os resultados dessa atividade? Quais atividades são dependentes dela? Quais atividades são necessárias para o início da tarefa? Quais os insumos necessários?
- II. **Who? (Quem?)** Quem conduz a operação? Quem é o responsável na equipa? quem executará determinada atividade? quem depende da execução da atividade? A atividade depende de quem para ser iniciada?
- III. **Where? (Onde?)** Onde a operação será conduzida? Em que lugar? Onde a atividade será executada? Onde serão feitas as reuniões presenciais da equipe?

- IV. **Why? (Por que?)** Por que a operação é necessária? Ela pode ser omitida? Por que a atividade é necessária? Por que a atividade não pode fundir-se com outra atividade? Por que A, B e C foram escolhidos para executar esta atividade?
- V. **When? (Quando?)** Quando será feito? Quando será o início da atividade? Quando será o término? Quando serão as reuniões presenciais?
- VI. **How? (Como?)** Como conduzir a operação? De que maneira? Como a atividade será executada? Como acompanhar o desenvolvimento dessa atividade? Como A, B e C vão interagir para executar esta atividade?
- VII. **How much? (Quanto custa?)** Quanto custa a operação atual? Qual é a relação custo / benefício?

No modelo proposto contemplamos apenas o 5W, pois entendemos que os 2H podem ser melhor determinados pelos gestores.

Tabela 24 - Plano de Ação

PLANO DE AÇÃO					
Principais Fatores de Riscos					
Fator de Risco	O que? (What)	Porque (Why)	Onde? (Where)	Quem? (Who)	Quando? (When)
Inatividade Física	Estimular Prática de Atividade Física Regular	Melhora qualidade de vida; produção de hormônios como Dopamina e Serotonina auxiliam o organismo a gerar sensação de bem-estar, satisfação e prazer	Via intranet; email, local de trabalho	Gestores e Equipa SST	De forma contínua
Nível de cansaço antes e depois da jornada de trabalho. Exaustão Profissional	Programas de Ginástica Laboral	Potenciam o alívio do cansaço e do stresse, a prevenção da fadiga física e mental, a prevenção de lesões músculo-esqueléticas, a educação postural, o aumento da força e resistência muscular, a redução da sonolência e monotonia, o relacionamento interpessoal, a integração grupal e o espírito de grupo	No Local de Trabalho	Gestores e Equipa SST	*Ginástica Laboral de Preparatória (antes da jornada de trabalho) *Ginástica Laboral de Manutenção ou de Conservação (antes, durante e final) *Ginástica Laboral de Relaxamento ou de Descontração (durante ou final)
Realização Pessoal	Promover a participação em projetos, incentivar tomada de decisão operacionais nos processos	O enriquecimento de funções é outra estratégia relevante a estenível, podendo contribuir para a prevenção e controlo de muito dos fatores de risco associados à forma como a organização do trabalho e o conteúdo funcional é definido	No Local de Trabalho	Gestores	De forma contínua

Conflitos com colegas, chefias e médicos. Sentimento de medo e Coping focado na tarefa	Incluir formações nas áreas: *Riscos Psicossociais: *Estratégias pessoais e organizacionais de prevenção de riscos psicossociais; *Gestão de conflitos; *Relacionamentos interpessoais; *Gestão do trabalho emocional; *Gestão de contextos e fatores de stresse; *Estratégias de conciliação da vida profissional e pessoal/familiar.	A formação apresenta-se como uma necessidade incondicional para a sobrevivência das organizações. No quadro dos riscos psicossociais, assume-se que um mecanismo muito relevante	No Local de Trabalho / Online	Gestores e Equipa SST	Distribuir as formações juntos as outras já programadas de forma gradual e que não fique cansativa
A morte e morrer. Foco no evitamento	Acompanhamento psicossocial (profissional)	Desenvolvimento de competências na compreensão e resolução de problemas e nos processos de tomada de decisão	No Local de Trabalho / Online	Gestores e Equipa SST	De forma contínua e Principalmente em momentos de Epidemias/Surtos
Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares. Gestão das emoções	Criação de Grupos de reflexão de desenvolvimento pessoal e/ou organizacional, como: *Grupos de autoajuda ou de partilha de experiências (ou similares); *Círculos da qualidade; *Grupos ou círculos de segurança	Aprofundar o bem-estar das pessoas (gestão de conflitos, gestão das emoções e ansiedades), o entendimento da relação com as outras pessoas e as exigências da interpessoalidade e da vida em comum	No Local de Trabalho / Online	Gestores e Equipa SST	De forma contínua e Principalmente em momentos de Epidemias/Surtos.
Comunicação, Satisfação Profissional	Criação de um espaço de diálogo	Favorece a partilha de preocupações e opiniões, a discussão de problemas em tempo oportuno, o respeito mútuo e a tomada de decisão deliberativa	No local de trabalho	Gestores e Equipa SST	De forma contínua e Principalmente em momentos de Epidemias/Surtos.
Comunicação	Criar mini reuniões diárias (Dayle meeting); estimular acesso intranet.	Criar os hábitos de se informar, melhorar as respostas frente aos eventos, evitar retrabalho; diminuir a	No Local de Trabalho / Online	Gestores	De forma contínua e Principalmente em momentos de Epidemias/Surtos.

		comunicação errôneas, ansiedade e melhorar a confiança			
Trabalho por turnos	Estudar outras formas de trabalho que causem menor insatisfação (diaristas, turnos fixos)	Promover a satisfação profissional, diminuir os agravos a saúde devido a troca de turnos que pode prejudicar o sono, a saúde e a vida social	No local de trabalho	Gestores	Imediatamente
Foco na Tarefa	Apoiar a resolução dos problemas	Promover rodas de conversas a respeito dos principais problemas enfrentados no trabalho durante a pandemia.	No local de trabalho	Gestores e Equipe SST	Imediatamente
Gestão das emoções	Promover um ambiente seguro para realização das tarefas e melhorar a informação	Identificar, prevenir e corrigir os possíveis riscos e problemas.	No local de trabalho	Gestores e Equipe SST	Imediatamente
Gestão das emoções	Incentivar o bom convívio familiar e a crença e a prática da fé.	Lidar com as transformações e repercussões ocasionadas pela pandemia.	Local de trabalho	Gestores e Colegas de trabalho	Imediatamente
Foco no evitamento	Incentivar a autorreflexão e autoconhecimento	Entender o momento vivido e estimular o enfrentamento dos problemas	Local de trabalho	Gestores e Equipe SST	Imediatamente
Foco no evitamento e Gestão das emoções	Incentivar a externalização dos sentimentos negativos	Promover respostas positivas após enfrentamento dos sentimentos	Local de trabalho e em casa	Equipa SST	Imediatamente

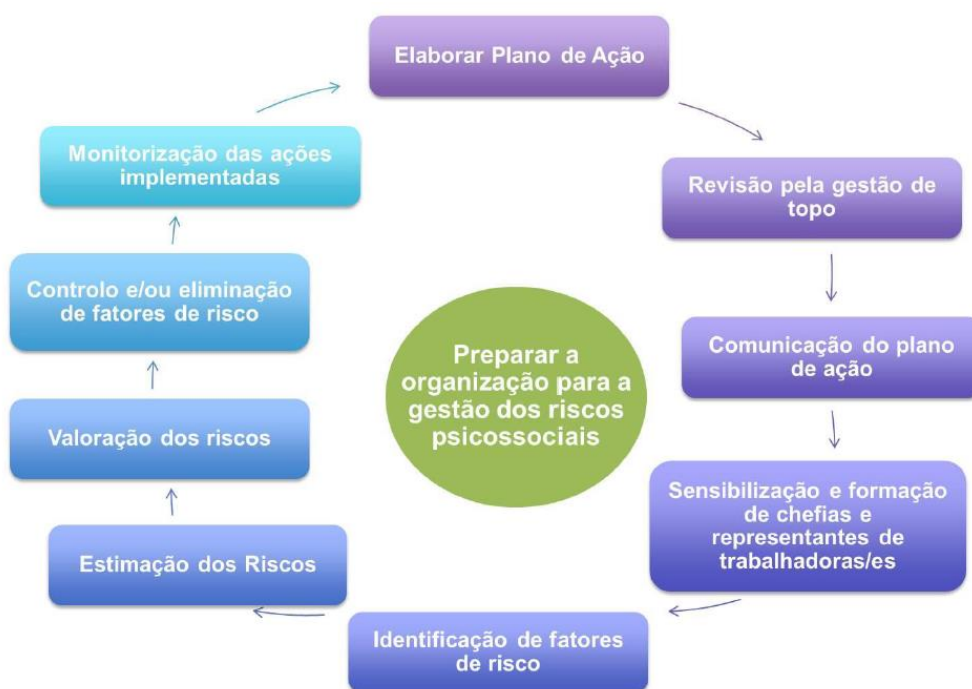
Fonte: Elaborado pela autora, 2021

Para além destas medidas mais específicas, convém não esquecer que fazer um estudo do ambiente psicossocial de uma organização e/ou fazer a identificação de fatores psicossociais de risco com a implementação de algumas medidas avulsas (geralmente, de natureza formativa e informativa), não é a mesma coisa que fazer avaliação de riscos psicossociais ou que implementar uma estratégia integrada de gestão e avaliação de riscos psicossociais no trabalho (Neto, 2019). O plano de ação apresentado é uma contribuição à instituição, decorrente desta caracterização das condições psicossociais do trabalho que se

efetuou. Mas como mencionado, é importante que as organizações correspondam ao desafio legal e ético de disporem de uma estratégia integrada para avaliar e gerir estes tipos de riscos (Neto, 2015).

Na Figura 10 - Estratégia de avaliação de riscos psicossociais do trabalho. Não se acredita que a proposta seja muito diferenciadora da abordagem que deve ser preconizada nos demais tipos de riscos, acredita-se mesmo que este deve ser o modelo base de gestão de riscos profissionais em contexto organizacional (Neto, 2015).

Figura 10 - Estratégia de avaliação de riscos psicossociais do trabalho



Fonte: Neto, 2015

Enfatiza-se a premissa que todo o processo deve ser participativo, transparente, responsivo para as partes envolvidas e favorecer a melhoria contínua (Neto, 2015). O autor defende a contemplação de nove etapas base. Deve-se começar por elaborar um plano de ação que contemple os objetivos, o cronograma e as pessoas responsáveis pelas distintas fases. Para evidenciar a importância do mesmo, potencializando o envolvimento e comprometimento de todos, esse plano deve ser validado pela gestão de topo. Para fomentar a mobilização interna, faz-se indispensável uma comunicação ampla dos objetivos do plano e ações de sensibilização / formação direcionadas para chefias e

representantes de trabalhadoras/es, no sentido de lhes elucidar os propósitos e fases da intervenção e o papel que se deseja que desempenhem em todo o processo. Com estes quatro primeiros procedimentos conclui-se a primeira fase de planeamento da estratégia, mais relacionada com a conceção, comunicação e explicação do plano de ação.

A segunda fase está relacionada com a componente de análise, avaliação e controlo das exposições aos riscos psicossociais do trabalho. Importante ressaltar que esta perspetiva representa uma análise sistemática de todos os aspetos relacionados com o trabalho suscetíveis de causar danos, concretizada através da identificação dos fatores de risco e estimação e valoração dos riscos, tendo em vista a definição de medidas preventivas e/ou corretivas, consoante for possível eliminar os perigos ou reduzir os riscos (Freitas, 2008). Essa fase constitui-se de quatro etapas:

(i) caracterização das atividades e identificação de fatores de risco – tenciona essencialmente, a compilação de informação relativa às componentes materiais e ambientais de trabalho, a lista dos perigos inerentes às condições normais de laboração e a identificação das pessoas potencialmente expostas a riscos resultantes dos perigos detetados;

(ii) estimação dos riscos - objetiva a aferição de forma mais objetiva possível das exposições e potencial de gravidade suscitado por esses mesmos contactos com os perigos;

(iii) valoração dos riscos – considera um processo de determinação do nível de risco, bem como a comparação dos riscos estimados com indicadores/resultados de referência, obtidos tanto no histórico da organização como na legislação, estatísticas oficiais ou modelos teóricos com validade científica, com o intuito de determinar a aceitabilidade do risco e as prioridades de intervenção;

(iv) controlo e/ou eliminação de fatores de risco – visa o desenvolvimento de estratégias de gestão das exposições ao risco, tendo por base as prioridades determinadas no procedimento de valoração dos riscos. O princípio básico da intervenção é a eliminação dos riscos, caso não seja possível, o foco direciona-se para a minimização do efeito dos riscos nas/os trabalhadoras/es, por via da implementação de medidas que salvaguardem o controlo dos riscos evidenciados.

A aplicação do questionário é útil para analisar o grau de exposição aos riscos citados, porém o mesmo não permite avaliar riscos. Os inquéritos não fazem avaliação de riscos (Américo & Neto, 2019), contudo, continua-se a evidenciar essa situação, a qual

diversos estudos empíricos a indicam que foram realizadas avaliações de riscos psicossociais, enquanto os procedimentos efetuados apenas possibilitam que se identifiquem determinados fatores de risco psicossocial e, em alguns casos, que se estime a incidência dos riscos em análise. Necessita-se que verifique alguma evolução a este nível, sendo necessário reforçar a formação das/os profissionais da área para uma apropriada operacionalização do método de avaliação de riscos psicossociais do trabalho (Neto, 2015).

Mediante uma efetiva concretização deste conjunto de procedimentos, torna-se mais profícua a definição e implementação de medidas de intervenção. Com essas medidas concretizadas, pode-se entrar na última fase da estratégia representada na figura anterior, que contempla a monitorização das ações implementadas e a definição de ajustamentos ao plano de ação, quando aplicável. Só assim, se fecha um ciclo de atuação e se salvaguarda a premissa da melhoria contínua que deve estar subjacente a este tipo de intervenção (Neto, 2015).

8 CONCLUSÃO

Os níveis de stresse, burnout (exaustão profissional) foram moderados e a capacidade de coping baixa-moderada para esse grupo de enfermeiros investigados no contexto da pandemia Covid-19. Tendo em vista os principais fatores que influenciaram de forma negativa tais resultados, pode-se destacar o nível de cansaço antes e após a jornada de trabalho, a realização de trabalho por turnos, conflitos com colegas/chefias, falta de informação clara e consistente mediante ao cenário de pandemia e o medo.

Apesar da presente investigação ter confirmado parcialmente as hipóteses, mostra-se relevante, pois, conforme já demonstrado anteriormente, a identificação precoce dos riscos é de suma importância para evitar maiores complicações na saúde física e mental dos profissionais e, sendo ainda mais importante em um período de pandemia.

A limitação da investigação refere-se ao cenário de um único hospital e um período curto e inicial da pandemia, o que também pode ter influenciado nos resultados, sendo recomendado outras investigações científicas sobre a temática. Entretanto, os resultados aqui dispostos são relevantes e apontam para essa necessidade de implementar ações que fortaleçam a saúde mental e o processo de trabalho dos enfermeiros investigados.

A valorização recente da problemática representa mais um despertar para a sua existência do que, propriamente, o seu efetivo aparecimento. A atualidade começa a evidenciar sinais diferentes, mas os problemas da conceptualização dos riscos psicossociais e da avaliação dos riscos psicossociais persistem, sendo necessário maior atenção e conhecimento sobre esta realidade.

A avaliação de riscos psicossociais tem que ser, progressivamente, pensada como parte integrante da prática profissional de avaliação de riscos. Ainda assim, continua ser necessário aprofundar a esfera da sensibilização e formação para que os fatores psicossociais de risco passem a ser considerados como quaisquer outros fatores de risco e sejam passíveis de identificação, avaliação e integração no mapa geral de riscos dos serviços de saúde.

Diante do exposto o presente trabalho vem contribuir para o conhecimento dos trabalhadores, gestores e comunidade acadêmica a respeito da importância dos riscos psicossociais e suas consequências para saúde física e mental, nas esferas profissional e pessoal dos trabalhadores, agravados pela pandemia Covid-19. A investigação coopera

nesse período de incertezas e mediante as lacunas existentes na literatura a respeito da Covid-19, despertando um olhar diferenciado a respeito do stresse, burnout e coping dos enfermeiros que estão na linha de frente no combate a pandemia. Para além, vêm conscientizar as instituições e contribuir para gestão organizacional a respeito da importante articulação entre segurança e saúde no trabalho nos serviços de prestação de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS

- AESST. (2012a). *Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)*. Retirado de <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/management-psychosocial-risks-esener>.
- AESST (2012b). *Participação dos Trabalhadores na Segurança e Saúde no Trabalho. Guia prático*. Bilbao: AESST.
- AESST. (2015). *Locais de Trabalho Seguro e Saudáveis (2014-2015). Gestão do stresse*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. doi: 10.2802/723763.
- Almeida, H. et al. (2016). Modelos de stress ocupacional: sistematização, análise e descrição. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1:2 309. Doi: 10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.309. [acedido em 15 Outubro 2020.]
- Américo, S. & Neto, H.(2019). Exposição a riscos psicossociais numa amostra de trabalhadores de um Município. *International Journal on Working Conditions*. Instituto Politécnico de Gestão e Tecnologia, Vila Nova Gaia: Portugal. 17: 43-68. DOI: <https://doi.org/10.25762/8nyh-7z03>.
- Andrade, A. G. & Horizonte, B.(2010). *Sedentarismo x atividade física*. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. 1–37.
- Antoniazzi, A. S., Dell’aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*. 3:2, 273–294. doi: 10.1590/s1413-294x1998000200006.
- Araújo, T. M., Graça, C. C. & Araújo, E.(2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8:4, 991–1003. doi: 10.1590/s1413-81232003000400021.
- Areosa, J. (2009). Riscos de uma actividade de risco: um estudo de caso em contexto hospitalar. *Revues.Org*. 5/6. DOI : 10.4000/configuracoes.461.

- Areosa, J. (2010). O risco nas ciências sociais: uma visão crítica ao paradigma dominante. *Revista Angolana de Sociologia*. 5/6 11–33.
- Areosa, J. (2012). As perceções de riscos dos trabalhadores: qual a sua importância para a prevenção de acidentes de trabalho. *Impacto Social dos Acidentes de Trabalho?*, In H. V. Neto; J. Areosa; P. Arezes (Eds)- *Impacto social dos acidentes de trabalho*, Vila do Conde: Civeri Publishing, pp.66-97.
- Areosa, J. & Neto, H. V. (2014). Sociedade dos riscos emergentes, In H. V. Neto; J. Areosa; P. Arezes (Eds.), *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*, Porto: Civeri Publishing, pp. 5- 23.
- Areosa, J., & Queirós, C. (2020). Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? *International Journal on Working Conditions*, 20, 71-90. <https://doi.org/10.25762/abh3-qh73>.
- Aronsson, G. & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for re-search. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. [Em linha]. Vol. 47, n.º 9, p. 958-966. [Consult. 05 Jan. 2021]. DOI:10.1097/01.jom.0000177219.75677.17.
- Arrabaço, F.(2008). *Acidentes de serviço em profissionais de saúde: identificação, representações e comportamentos face à exposição microbiológica accidental*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa.
- Åhsberg, E. (1998). *Perceived fatigue related to work*. Disponível em <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.460.228&rep=rep1&type=pdf>. [acedido em 15 Outubro 2020.]
- Ballone, G.J. (2001a). Stresse: conceitos. nº01. *Curso de Psicopatologia*. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.Br/cursos/stress3.html>>[acedido em 15 Outubro 2020.]
- Ballone, G.J. (2001b). Stresse: o que fazer. nº05. *Curso de Psicopatologia*. Disponível em <http://www.psiqweb.med.Br/cursos/stress3.html>. [acedido em 15 Outubro 2020.]

- Barth, A. A., Weigel, B.D., Dummer, C.D., Machado, K.C. & Tisott, T.M. (2016). Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 28(3):323-329.
- Batista, P.M.P.M.M. (2008). *Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia*, dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Benevides-Pereira, A.M.T & Moreno-Jiménez, B. (2002). *O burnout em um grupo de psicólogos*. In: A.M.T. Benevides-Pereira (org.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 157-185). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bogaert, P.V. et al. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International Journal Nurse Studies*, Amsterdam, v. 2.231, p. 1-11. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010.
- Brands, I.H. et al. (2014). Psychometric properties of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) in patients with acquired brain injury. *Psychological Assessment*, 26(3), 848-856.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes E Poderes no Hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Ed. Afrontamentos.
- Carvalho, D. T. & Neto, H. V. (2018). Fadiga, stresse, burnout e estratégias de coping num serviço social de uma IPSS Fatigue, stress, burnout and coping strategies in a Social Service of an IPSS. *International Journal on Working Conditions*. 15, 114–129.
- Chandola, T. (2010). *Stress at work*. London: British Academy Policy Centre. 100p.
- Chrousos, G., & Gold, P. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. *JAMA*, 267, 1244-1252.
- Codo, W., & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é Burnout. In: W. Codo (Org.), *Educação: carinho e trabalho* (pp. 237-254). Petrópolis (RJ): Vozes.
- Coelho, A. M. (2020). O combate à CoviD-19 no Conceito Estratégico de Defesa Nacional-2013. *Revista Militar* n.º 6/7. Disponível em <http://www.revistamilitar.pt>

/recursos/files/2020/Revista_Militar_Jun-Jul_2020.pdf#page=17 [acedido em 10 Novembro 2020]

Comissão das Comunidades Europeias (2007). *Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu que transmite o acordo-quadro europeu sobre assédio e violência no trabalho*. Bruxelas: CEE.

Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa, Promoção da saúde nos países industrializados*. Ottawa, Canadá: OMS. Disponível em: <https://www.omscanada.org>. [acedido em 10 Novembro 2020].

Constantini, A. et al. (1999). Fase iniziale di aziendalizzazione e stress lavorativo nell'assistenza psiquiatrica pubblica. *Rivista di psichiatria*. 34,32-41.

Cooper, C. L. et al. (2001). *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Correia, M. (2016). *Satisfação profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Cox, T. & Cox, S. (1993). Psychosocial and Organizational Hazards at Work- Control and Monitoring. *European Occupational Health Series*, 5.

Cox, T. & Griffiths, A. (1996). Assessment of psychosocial hazards at work. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst and C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology* (pp.127-143). Chichester: John Wiley and Sons.

Cruz, A., & Melo, B. (1997). Stresse ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 239-248.

Dalri, R. C. M. B. et al. (2014a). Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 959-965, nov./dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf>. [acedido em 22 Julho 2020].

- Dalri, Rita C. M. B. et al. (2014b). Carga horária dos enfermeiros de emergência e sua relação com estresse e cortisol salivar. *Revista de Enfermagem UFPE (online)*, Recife, v. 8, n. 10, p. 3.358-3.368. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10067/0> acedido em 22 Julho 2020].
- Direção Geral da Saúde (2020). *Infeção por novo coronavírus (COVID-19) em Portugal*. Boletim Epidemiológico, n.1.
- Direção Geral Saúde (2020). Plano nacional de preparação e respostas a doença causada por novo coronavírus (COVID19). DGS: Portugal.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990a). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990b). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. & Rolland, J.P. (1998). *Manuel de l'inventaire CISS*. Paris: E.C.P.A.
- Eurofound., EU-OSHA. (2014). *Psychosocial risks in Europa: Prevalence and strategies for prevention*. Publications Office of the European Union. Luxembourg. http://eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1443ee_0.pdf (26 Fev. 2015).
- EUROPEIAS - Confederação Europeia de Sindicatos e Associações Patronais (2004). Acordo-Quadro sobre o stress no trabalho. Confederação Europeia de Sindicatos e as Associações Patronais Europeias. Bruxelas, 5.
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982a). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology*, 13(2), 293-301.

- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982b). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist*, 38, 10-13.
- Feldman, S. (2001). *Psicologia da saúde: stress, coping e saúde. Compreender a psicologia*. 5ª ed. Lisboa: McGraw-Hill.
- Fernandes, M. A. M. (2016). O Burnout e o Engagement na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira. *ESS - DM - Gestão de Organizações - Gestão de Unidades de Saúde*, 1–84.
- Ferreira, P. A., Machado, J. P. & Narita, F. Z. (2020). Pandemia da COVID-19 e políticas públicas de saúde em Portugal: entrevista com Paulo Alexandre Ferreira *Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação*, v. 1 n.1 , disponível em <https://periodicos.baraodemaua.br/index.php/cse/article/view/29> [acedido em 15 Outubro 2020.]
- Ferreira, A.S.A. & Neto, H.V. (2019). Risco psicossociais na atividade de formador de uma escola profissional. *Cesqua*, 2: 66-89.
- Freitas, Luís Conceição, 2008. *Manual de Segurança e Saúde no Trabalho*, Lisboa, Edições Sílabo, Lda. ISBN 978-972-618-512-3
- Fiori, A M. (1997). Stress Ocupacional. *Revista CIPA*. São Paulo, p.40-49.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Garcia, R. (2017). Neurobiology of fear and specific phobias. *Learn Mem.* 24:462-71.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 3-10. [acedido em 10 Março 2020].

- Graça, M., (2020). COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO-Uso de Máscaras na Comunidade Covid 19 -Direcção Geral da Saúde. Março. 1-05.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. (1981). The Nursing Stress Scale: development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11-23. doi:10.1007/bf01321348.
- Gray-Stanley, J. A. & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in Developmental Disabilities*, Chicago, v. 32, n. 3, p. 1.065-1.074.
- Hämäläinen, P.; Takala, J.; & Boon Kiat, T. (2017). *Global Estimates of Occupational Accidents and Work-related Illnesses 2017*. XXI World Congress on Safety and Health at Work. Singapore: Workplace Safety and Health Institute.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: At work – but out of it. *Harvard Business Review*. [Em linha]. Vol. 82, n.º 10, (2004), p. 49-58.
- Hermansyah & Riyadi, A. (2019). Meta-Analysis Study on Correlation of Workloads and Work Stress Among Nurses in Hospital. *Research on Humanities and Social Sciences*, 9(6), 16-23. doi:10.7176/rhss/9-6-04
- Hospital Vila Franca de Xira (2019). Informações gerais. Disponível em <http://www.hospitalvilafrancadexira.pt>. Portugal: Autor [acedido em 20 Novembro 2020].
- Huczynski, A.A. & Buchanan, D.A. (2007). *Organizational Behaviour. An Introductory*. Text. 6th Edition, Prentice Hall, Pearson Education, UK.
- Humerez, D.C., Ohl, R.I.B. & Silva, M.C.N. (2020). Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contextoda pandemia Covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. Cogitare enfermagem.[http:// dx.doi. org /10.5380/ce.v25i0.74115](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115)
- IGAS/GDF (2018). Manual de Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em http://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/04/Manual_Seguranca_e_saude_no_trabalho.pdf>[acedido em 20 Agosto 2020]

- Izquierdo, F. M. (s.d.). Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. Disponível em <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/> [acedido em 20 Outubro 2020.]
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31 (4), p. 519–542. Doi: <https://doi.org/10.1002/job.630>.
- Johnson, J.V. & Hall, E.M. (1988). Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342. Doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1336.
- Karasek Jr., R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kato, T. (2015). Frequently Used Coping Scales: A Meta-Analysis. *Stress & Health*, 31(4),315-323.
- Kawakami, T. (2009). Protecting your employees and business from pandemic human influenza: action manual for small and medium-sized enterprises. Bangkok: ILO Subregional Office for East Asia and Department of Labour Protection and Welfare, Ministry of Labour (Thailand). Disponível em: https://www.ilo.org/asia/publications/WCMS_101422/lang--en/index.Htm [acedido em 20 Outubro 2020.]
- Kawohl, W., & Nordt, C. (2020). COVID-19, unemployment, and suicide. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 389- 390. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3).
- Kertz, S. J., Stevens, K.T., McHugh, R.K. & Bjorgvinsson, T. (2015). Distress intolerance and worry: the mediating role of cognitive variables. *Anxiety, Stress & Coping*, 28(4),408-424.
- Koh, D. (2020). Occupational risks for COVID-19 infection. *Occupational Medicine*. 70:1, 3–5. doi: 10.1093/occmed/kqaa036.
- Khorol, Ivan S. Stress: as tensões e os desgastes da vida moderna In: O Correio da Unesco, Ed.brasileira. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, ano 3, no.12, dez.1975, p.4-9.

- La Cruz, S. P. & Abellan, M.V. (2019). Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23:3,543–552. doi: 10.1590/0104-1169.0284.2586.
- Ladeira, M.B. (1995). O que é Stress Ocupacional?. *Estudos Avançados em Administração*. V.3, n.01, p.379-397.
- Lala, A. I. et al. (2016). Coping behavior and risk and resilience stress factors in French regional emergency medicine unit workers: a cross-sectional survey. *Journal Medical and Life*, Amsterdam, v. 9, n. 4, p. 363-368, out.-dez. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5141395/>>. [acedido em 4 Outubro 2020].
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Lazarus, R. S. (1993). Why We Should Think of Stress as a Subset of Emotion. In Goldberg, L. & Brednitz, S. (Eds), *Handbook of Stress, Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 21-39). New York: Free Press.
- Leka, S. & Jain, A. (2010). *Zagrożenia Psychospołeczne w Środowisku pracy i ich wpływ na zdrowie*. World Health Organization. Disponível em https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/73444/Stres_Zagrozenia_psychospo%C5%82eczne.pdf. ISBN 9788578110796.
- Leon, L. M. & Iguti, A. M. (1999). Saúde em tempos de desempregos. In: Guimarães, L. A M. & Grubitz, S. *Série saúde mental e trabalho* (p.239-258). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Li, Q. et al. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*. 38(2):13, 1199–1207. doi: 10.1056/nejmoa2001316.
- Lima, J. et al. (2019). Saúde dos enfermeiros: presentismo e stress no trabalho. *International Journal on Working Conditions*. 17. Doi: <https://doi.org/10.25762/5y9p-fj60>.

- Limongi, A. C. (1997). Medidas simples e práticas para combater esse inimigo- stress. *SOS* 64,n. 191.
- Makino, M. et al. (2020). Mental Health Crisis of Japanese Health Care Workers Under COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 12:136–137. doi: 10.1037/tra0000819.
- Malagris, L.E.N.; Fiorito, A.C.C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estud. psicol.* (Campinas).Dez. , vol.23, no.4, p.391-398. Disponível em <http://pepsic.bvs-166X2006000400007&lng=pt&nrm=iso>. [acedido em 10 Novembro 2020].
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2005). *Fundamentos de metodologia científica*. 6.ed.São Paulo: Atlas.
- Marôco, J. et al. (2016). Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Medica Portuguesa*. 29:1, 24–30. doi: 10.20344/acta%20med%20port.v29i1.6460.
- Marques-Pinto, A. & Chambel, M.J. (2008). *Burnout e engagement em contexto organizacional: estudos com amostras portuguesas*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Marques-Pinto, A., & Picado, L. (2011). *Bem Estar e Adaptação nas Escolas Portuguesas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Martins, L.M. M. et al. (2000). Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 34:1 52–58. doi: 10.1590/s0080-62342000000100007.
- Masci, A C. (1997). *Fatos sobre o estresse*. Disponível em <[http://www.regra.com.Br/cyromasci/fatos .htm](http://www.regra.com.Br/cyromasci/fatos.htm)>.[acedido em 17 Outubro 2020].
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California: Consulting Psychologist Press, Inc.

Maslach, C., Shaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.

McGrath, J.E. (1976). Stress and behavior in organizations. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally.

McVitar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633–642. doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02853.

Meissner, A. et al. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe - Results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*. 57:5, 535–542. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04144.x.

Mendes, T. & Areosa, J. (2016). Quando o lugar da cura também causa danos: riscos e acidentes de trabalho num hospital de Lisboa. *International Journal on Working Conditions*. 12:134-153.

Mills, L. B., & Huebner, E. S. (1998). A prospective study of personality characteristics, occupational stressors, and *burnout* among school psychology practitioners. *Journal of School Psychology*, 36, 103-120.

Miranda, S.C.C. (2011). *Stress Ocupacional, Burnout e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8796/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Susana%20Miranda.pdf>. [acedido em 17 Outubro 2020].

Mokhtar, K. et al. (2016). The Relationship between Occupational Stressors and Performance amongst Nurses Working in Pediatric and Intensive Care Units. *American Journal of Nursing Research*. 4:2.34–40. doi: 10.12691/ajnr-4-2-2.

Morgado, P.(2020). *Saúde mental em tempos de pandemia COVID-19: uma perspetiva da Medicina*.8–22. doi: 10.21814/uminho.ed.24.1.

Moura, R. de J. (2019). *Fatores psicossociais relacionados aos DORT (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho)*.Disponível m:<http://www.uol.com.Br

/prevler/artigos/fatores_psicossociais-relacionad.htm>. [acedido em 17 Outubro 2020].

Nascimento, M. J. (2020). *Estilos de humor em gestores Portugueses em situação de crise COVID-19: um diagnóstico de marketing interno*. Dissertação de Mestrado em Marketing. Onstituto Português de Administração e Marketing-IPAM: Lisboa. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33376>. [acedido em 17 Outubro 2020].

Nascimento, S. et al. (2020). Pandemia COVID - 19 e Perturbação Mental: Breve Revisão da Literatura. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. 6 (2): 67–76.

Neto, H. V. (2013). *Construção social do risco e da segurança no trabalho em contexto organizacional*. Porto: Civeri Publishing.

Neto, H. V., Areosa, J. & Arezes, P. (2014). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*, Porto: Civeri Publishing.

Neto, H.V. (2015). Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. *International Journal on Working Conditions*. Instituto de Sociologia da Universidade do Porto: Portugal. 9:1-21.

Neto, H.V. (2016a). Questionário sobre Stresse e Exaustão Profissional em Atividades de Docência. *V.N. Gaia: ISLA*.

Neto, H.V. (2016b). *Sebenta Pedagógica de Anatomofisiologia Dinâmica*. V. N. Gaia: ISLA.

Neto, H. V. (2018). *Sebenta Pedagógica de Psicossociologia do Trabalho*. V. N. Gaia: ISLA; Perrenoud.

Neto, H. V. (2019). *Sebenta pedagógica da unidade curricular de avaliação de riscos psicossociais*. Mestrado em Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho, ISEC Lisboa.

Noronha, K., Guedes, G.R., Turra, C.M., Andrade, M.V., Botega, L. & Nogueira, D., et al. (2020). Análise de demanda e oferta de leitos hospitalares gerais, UTI e

equipamentos de ventilação assistida no Brasil em função da pandemia do Covid-19: impactos microrregionais ponderados. Cedeplar: UFMG, 1-87.

O'Driscoll, M., Biron, C., & Cooper, C. (2009). Work-related technological change and psychological well-being. In Y. Amichai-Hamburger (Ed.), *Technology and psychological wellbeing* (pp.106-130). Cambridge: Cambridge University Press.

Office of the United Nations - High Commissioner for Human Rights. (2020). *COVID-19 and the Human Rights of LGBTI People*. Disponível em <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/LGBT/LGBTipeople.pdf>. [acedido em 4 de Outubro 2020]

Oliveira, B.L. C.A. et al. (2018). Carga semanal de trabalho para enfermeiros no brasil: desafios ao exercício da profissão. *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 16, núm. 3, 1221-1236.

O'Murchú, L. (2015). *Set yourself up for success, four steps to effective internal communication*. in K. Ruck (Ed.), *Exploring internal communication towards informed employee voice* (pp. 95-105). Farnham, England: Gower.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf. [acedido em 15 Janeiro de 2020].

Ordem dos Enfermeiros (2020). Membros activos em 31-12-2019. Ordem dos Enfermeiros. Nacional: Autor, 1-4. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/> [acedido em 16 de Janeiro de 2020]

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2017). *Stress no trabalho: dados e números*. Disponível em <http://www.rhonline.pt/ordem-dos-psicologos/2017/11/20/stress-no-trabalho-dados-e-numeros/>. [acedido em 15 Janeiro de 2020].

Organização Internacional do Trabalho (2019). *Segurança e Saúde no Centro do Futuro do Trabalho*. Disponível em <http://dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/relatorio-oit-abril-2019-pt-pdf.aspx>.

Organização Internacional Trabalho (2020). *Garantir a Segurança e Saúde no Trabalho Durante a pandemia*. Disponível em <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups>

/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/ publication/wcms_744845.pdf>. [acedido em 4 de Junho 2020)

Paiva, J. et al. (2016). Rede de referência de medicina intensiva. *Redes de Referência Hospitalar*. 1–87.

Parker, J.D.A. & Endler, N.S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality*, 6,321-344.

Pasa, P. (2000). *Os benefícios na saúde com atividades físicas: uma revisão literária*. Revista Biodiversidade 16: (1), 121–127.

Penedo, J. M.V.S et al. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos relatório final*. Ministério da Saúde, Governo de Portugal.

Pereira, I. & Queirós, C. (2016). Coping em trabalhadores e estudantes: análise fatorial exploratória do Coping Inventory for Stressful Situations. *International Journal on Working Conditions*, 11, 68-88.

Pereira, J. G. & Mendes, O. (2019). *Regulamento Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios*. DRE: Portugal.

Peres D, et al.(2020). Proteção respiratória na pandemia por COVID-19, *Acta Med Port*, 33 (AOP), disponível em <https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/2421>[acedido em 10 Agosto 2020].

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the COVID-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, Aug 6;383(6):510-512, Doi: doi.org/10.1056/NEJMp2008017

Pines, A.M. & Aronson, E. (1988). *Career Burnout*. New York: Free Press.

Pinheiro, M. & Estarque, M. (2000). *Estresse*. Disponível em: <http://www.geocities.com/hotsrings/oasis/9478/estrse.html>. [acedido em 19 Dezembro 2020].

- Pires, D. et al. (2010). Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 1, n. 3, p. 114-118. Disponível em <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/182/119>>. [acedido em 10 Agosto 2020].
- Quintas, P. (2011). Manual de Direito da Segurança e Saúde no Trabalho, 2ª edição, Almedina.
- Quintino, J. C. (2019). Estresse ocupacional e inteligência emocional: um estudo na área de atendimento de uma empresa de jayne. Brasília : Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
- Rafael, M. & Lima, R. (2014). Stresse profissional: Conceptualizações, causas, consequências, e medida. In H.V. Neto, J. Areosa & P. Arezes (Eds), *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho* (p.193-212), Porto: Civeri Publishing.
- República de Portugal (2020). Declaração de Situação de Alerta até 9 de abril de 2020 (2020). Disponível em <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/comunicado?i=declaracao-de-situacao-de-alerta-ate-9-de-abril-de-2020#:~:text=Face%20%C3%A0%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Emerg%C3%Aancia,de%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Alerta%20que>. [acedido em 4 Maio 2020].
- República de Portugal (2020). Decreto nº 2-A/2020. *Diário da República*, nº 57/2020.1–19.
- Reis, E. et al. (1999). *Estática Aplicada* 1. Silabo. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- REPE (1996). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. *Servir* (Lisbon, Portugal). 44:5, 267–270.
- Rita, J. S., Patrão, I. & Sampaio, D. (2010). *Burnout, Stress Profissional e Ajustamento Emocional em Professores Portugueses do Ensino Básico e Secundário*. ACES Odivelas, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
- Rodrigues, C. (2007). *Metodologia científica*. FAETEC/IST. Paracambi.

- Rona, K. (2020). Alocação de recursos para assistência à saúde em tempos da pandemia de COVID-19. *Revisão integrativa*. 73:Suppl 2.1–7.
- Safe Work Australia. (2014). *Annual Report - 2013-2014*. Disponível em <https://www.safeworkaustralia.gov.au/system/files/documents/1702/safe-work-australia-annual-report-2013-14.pdf> [acedido em 2 Setembro 2020]
- Samulski, D. M., & Noce, F. (2000). A importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida: um estudo entre professores, alunos e funcionários da UFMG. *Rev. Bras. Atividade Física e Saúde*. V. 5, n.1.
- Santiago, F. R. & Caro, J. M. R. (1999). El trabajo y la salud: los riesgos profesionales. Factores de Riesgo. – Manual de Prevención de riesgos laborales, 2ª Ed. Madrid/Espanã: IbermutuamuR, p.27-44.
- Santos, C. F. C. (2018). *Prevalência de riscos psicossociais na categoria profissional docente: O caso dos Professores da Escola E.B.2,3/S de Ourique*. Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho. Instituto Politécnico de Beja.
- Santos, J.C.; Santos, M.L.C. (2005). *Descrevendo o estresse. Principia*. 12. 51–57.
- Santos, R. D. & Correia, A.(2015). *Burnout: Um estudo em profissionais de saúde. Instituto Politécnico de Setúbal*. Dissertação de Mestrado Gestão Estratégica de Recursos Humanos.Setúbal.
- Sasangohar, F. et al. (2020). Provider Burnout and Fatigue during the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from a High-Volume Intensive Care Unit. *Anesthesia and Analgesia*. 1:1, 106–111. doi: 10.1213/ANE0000000000004866.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. Usa: Mc-Graw-Hill Book.
- Selye H. (1977). A code for coping with stress. *AORN Journal*, January, vol 25 Disponível em <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/S0001-2092%2807%2968496-8>. [acedido em 18 Maio 2020].
- Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L., & Demench LM. (2020). Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo

- Coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia* (Campinas) 1-26. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100501. [acedido em 18 Maio 2020].
- Shigemura, J. et al. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 74:4, 281–282. doi: 10.1111/pcn.12988.
- Shin, L.M., Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 35:169-91.
- Silva, K.R., Ribeiro, R.M., Roquete, F.F., Rodrigues, C.M., Lopes, P.T. & Fernandes, M.L., et al. (2019). Narratives of health professionals relating to scarce resources in an urgency service. *Int J Adv Engin Res Sci*. 6(6):66-73. doi: 10.22161/ijaers.6.6.7
- Silva, L.I.C. (2014). A Prevenção de Riscos Psicossociais [Em linha]. (Dissertação de Mestrado Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13463/1/Ludmila_Silva.pdf>.[acedido em 14 Maio 2019].
- Silva Neto, J.A. et al. (2015). Aspectos jurídicos da jornada de trabalho em enfermagem: reflexão teórica. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí*, Teresina, v. 4, n. 3, p. 95-98, jul.-set. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2368/pdf>>.[acedido em 20 Maio 2019].
- Simões, P. (2012). Burnout dos enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública: Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9464/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Pedro%20Sim%C3%B5es.pdf>. [acedido em 15 de Março 2020].
- Siqueira, M.M. et al. (1995). Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. *Revista latino-americana de enfermagem*. Ribeirão Preto, 3(1), 45-47.
- Son Y, Yang M, Wang H, Moon C. Hippocampal dysfunctions caused by cranial irradiation: a review of the experimental evidence. *Brain Behav Immun*. 2015;45:287-96.

Souza, Marcela Tavares de, Silva, Michelly Dias da e Carvalho, Rachel de Integrative review: what is it? How to do it?. Einstein (São Paulo) [online]. 2010, v. 8, n. 1 [Acessado 17 Junho 2021] , pp. 102-106. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>>. ISSN 2317-6385. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.

Souza, T. et al. (2017). A enfermagem no contexto hospitalar diante dos riscos ocupacionais: uma revisão integrativa. Revista Funec Científica - Enfermagem. 1:1, 3. doi: 10.24980/rfcentf.v1i1.2153.

Taché, J., Selye, H. & Day, S. B. (1979). Cancer, Stress and Death. Advances in Pain Research and Therapy Volume 2. Edited by J. J. Bonica and V. Ventafridda. Raven Press: New York.

Takala, J., Härmäläinen, P., Saarela, K.L., Yun, L.Y., Manickam, K., Jin, T.W., Heng, P. Tjong, C., Kheng, L. G., Lim, S., & Lin, G. S. (2014). Global estimates of the burden of injury and illness at work in 2012. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 11(5), p. 236-337. doi: 10.1080/15459624.2013.86313.

Tao, L., Guo, H., Liu, S., & Li, J. (2018). Work stress and job satisfaction of community health nurses in Southwest China. *Biomedical Research*, 29(3), 510-518. doi:10.4066/biomedicalresearch.29-17-2604.

Trucco, M., Valenzuela, P. & Trucco, D. (1999). Occupational stress in health care personnel. *Revista Medica de Chile*. Dec;127(12):1453-1461.

Teixeira, M. (2014). *Tecnostress, Burnout e Engagement no trabalho: estudo comparativo com médicos e polícias*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia – Universidade do Porto. Porto: FPCEUP

Urden, Linda D., Stacy, Kathleen M & Lough, Mary E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. 5ª Edição. Loures : Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

Veiga, I. (2019). *A comunicação interna como uma função estratégica das organizações : proposta de um guia de boas práticas em comunicação interna*. Dissertação de mestrado em Gestão Estratégica das Relações Públicas não publicada, Escola Superior de Comunicação Social-IPL, Lisboa, Portugal). Disponível no Repositório Científico do IPL <http://hdl.handle.net/10400.21/11379> [Acedido em 31 Março 2020].

- Versa, G.L.G.D.S., et al. (2012). Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. *Rev. gaúch. enferm*, 33(2), 78-85.
- Viana, R. A. P. P. et al. (2014). Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. *Texto e Contexto Enfermagem*. 23:1,151–159. doi: 10.1590/S0104-07072014000100018.
- Waddill-Goad, S. (2019). Stress, Fatigue, and Burnout in Nursing. *Journal of Radiology Nursing*. 38, 44-46. doi:10.1016/j.jradnu.2018.10.005.
- Wang, C. et al. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17:5. doi: 10.3390/ijerph17051729.
- World Health Organization (2019). Novel Coronavirus (2019-ncov) strategic preparedness and response plan for the South-east Asia Region.373-426. Genebra: WHO.
- World Health Organization (2020a). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report - 51*[Internet]. Disponível em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. [acedido em 30 Março 2020]
- World Health Organization (2020b). Covid - 19 Strategy Up Date. 18 April. Genebra: WHO.
- Yan, Y. et al. (2020) Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for health-care workers fighting against coronavirus disease 2019. *Dermatologic Therapy*. 33:4,1–7. doi: 10.1111/dth.13310.
- Yaxley, H. & Ruck, K. (2015). *Tracking the rise and rise of internal communication*. Em K. Ruck (Ed.), *Exploring internal communication towards informed employee voice* (3-13). Farnham, England: Gower.
- Zangari, M. & Bergara, J. (2010). O Enfermeiro (a) da Pós-modernidade. *Saber acadêmico*. N.º 10, Dez.

Zapf, D. & Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1),1-28.

ANEXOS

ANEXO I: Autorização da Comissão de Ética e Executiva do Hospital



Vila Hospital Franca de Xira

comissão de ética para a saúde

PARECER

PARA: PRESIDENTE DA COMISSÃO EXECUTIVA
CIC: DIRECTOR CLÍNICO
DE: PRESIDENTE DA CES
ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO CUJO TÍTULO É "EXPOSIÇÃO A RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E CUIDADOS INTERMÉDIOS EM LISBOA- ANÁLISE DO STRESS E EXAUSTÃO PROFISSIONAL E COPING NO CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19" Quatro de Junho de 2020
DATA:

I. Enquadramento

Pedido de parecer à CES sobre projecto de investigação com vista à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho. O objectivo principal será identificar os factores de risco psicossocial a que os enfermeiros nas UCIs e UC intermédios estão expostos no período de pandemia por SARS-CoV-2. Como objectivos mais específicos: analisar como um contexto de pandemia COVID 19 pode influenciar os níveis de stress, exaustão profissional e coping nesse grupo de profissionais; compreender as exigências de segurança e de saúde no trabalho da profissão de enfermagem numa UCI e numa UC intermédios nomeadamente riscos psicossociais; propor medidas de prevenção para os riscos identificados.

II. Foram avaliados a pertinência e a qualidade da concepção do protocolo deste estudo, que será conduzido no nosso Hospital. Serão aplicados questionários para caracterização socioprofissional e das práticas de segurança e de saúde no trabalho. Serão ainda aplicadas escalas FPSICO (identificação de factores de risco psicossocial). A metodologia preferencial será a de aplicação de questionários online.

III. Avaliação dos riscos e benefícios previsíveis

Trata-se de um estudo observacional, não se prefiguram riscos para a integridade dos participantes. Não são igualmente identificados benefícios directos num curto espaço de tempo para os mesmos. Considera-se equilibrado o binómio risco benefício do estudo em apreço.

- IV. Aptidão do investigador principal
O investigador principal será Vivian Carlech, estudante do Instituto Superior de Educação e Ciências.
- V. Condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo
Consideram-se adequadas as condições materiais e humanas existentes no nosso Hospital para a realização do Estudo em apreço.
CES ~~comissão de ética para a saúde~~
- VI. Montantes e modalidades de compensação eventuais dos participantes
Não estão previstas compensações aos participantes pela participação no estudo.
- VII. Modalidades de recrutamento dos participantes
Estão definidos critérios de inclusão. Serão excluídos os participantes que não consentirem em participar na investigação.
- VIII. Situações de conflito de interesse por parte do promotor e do investigador
Desconhecem-se situações de conflito de interesse.
- IX. O prazo e condições de acompanhamento clínico dos participantes, após a conclusão do estudo clínico bem como, quando aplicável, o prazo de presunção superior ao previsto no nº3 do artigo 15º da Lei nº21/2014 de 16 de Abril
Não se aplica ao presente estudo.
- X. O procedimento de obtenção de consentimento informado foi avaliado pelo plenário, sendo considerado necessário mesmo sob a modalidade de aplicação online.
- XI. Da informação apresentada à CES pelo investigador principal, há o garante do direito de confidencialidade na preparação, realização e conclusão do estudo clínico.

0

Não se afigura, pois, existirem sérias ou apreciáveis objeções ou reservas de natureza ética à realização do presente estudo em apreço.

A Comissão de Ética para a Saúde, em sessão realizada nesta data, apreciou a fundamentação do investigador principal sobre o pedido de parecer. O processo foi votado pelos membros da CES presentes:

Presidente Paula Maio

Vice-presidente Manuela Ralha
Ana Paula
Mocho
Michel
Renaud
Paula Rosa
Patrícia Nascimento
Teresa Salgueiro

Resultado da Votação
Parecer favorável por unanimidade

Vila Franca de Xira, 4 de Junho de 2020

A Presidente da CE
Paula Maio

A large, stylized handwritten signature in black ink, which appears to be 'Paula Maio', written over the typed name.

ANEXO II: Questionário sobre Stresse e Exaustão Profissional em Atividades de Saúde

Questionário sobre Stresse e Exaustão Profissional em Atividades de Saúde

Este instrumento está a ser utilizado no âmbito de um estudo sobre stresse e fadiga laboral em profissionais de saúde. O questionário integra cinco blocos de questões. O anonimato e confidencialidade dos dados são salvaguardados.

Bloco A – Escala de Stresse em Atividades de Enfermagem (NSS)

Fonte: Gray-Toft & Andeson, 1981; Santos, 2010.

Para cada afirmação apresentada na tabela seguinte, sinalize, com uma cruz, como avalia as mesmas em termos de nível de stresse que lhe provoca. Se há alguma situação nunca tiver ocorrido no seu Serviço, coloque a opção não se aplica (NA).

Escala de avaliação:

1. Nunca sinto a situação como stressante
2. Ocasionalmente sinto a situação como stressante
3. Frequentemente sinto a situação como stressante
4. Muito frequentemente sinto a situação como stressante

Nível de stresse perante as seguintes situações:	1	2	3	4	NA
1. Falha informática.					
2. Ser criticado por um/a médico/a.					
3. Executar procedimentos que as/os doentes sentem como dolorosos					
4. Sentir-se impotente quando um/a doente não melhora com os tratamentos.					
5. Conflito com um/a superior hierárquico/a.					
6. Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte.					
7. Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço.					
8. A morte de um/a doente.					
9. Conflito com um/a médico/a.					
10. Receio de cometer erros ao tratar de um/a doente.					
11. Falta de oportunidade para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço.					
12. A morte de um/a doente com quem se desenvolveu uma relação de proximidade.					
13. Ausência do/a médico/a quando um/a doente morre.					
14. Desacordo em relação ao tratamento de um/a doente.					
15. Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente nas suas necessidades emocionais.					
16. Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o/a doente.					
17. Informação inadequada fornecida pelo/a médico/a em relação à situação clínica do/a doente.					

18. Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo/a doente.					
19. Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do/a doente.					
20. Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal.					
21. Ver um/a doente em sofrimento.					
22. Dificuldade em trabalhar com um/a Enfermeiro/a (ou Enfermeiros/as) em particular, de outro serviço.					
23. Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do/a doente.					
24. Receber críticas de um/a superior hierárquico/a.					
25. Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho.					
26. Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para o tratamento de um/a doente.					
27. Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo.					
28. Falta de tempo para dar apoio emocional à/ao doente.					
29. Dificuldade em trabalhar com um/a Enfermeiro/a (ou Enfermeiros/as) em particular, do mesmo serviço.					
30. Falta de tempo para executar todas as atividades de enfermagem.					
31. Ausência de um/a médico durante uma situação de emergência médica.					
32. Não saber o que deve ser dito à/ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento.					
33. Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado.					
34. Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço.					

Bloco B – Inventário de Coping de Situações Stressantes (CISS-21)

Fonte: Endler & Parker, 1994; Pereira & Queirós, 2016.

Para cada afirmação apresentada na tabela seguinte, sinalize, com uma cruz, como procede perante situações stressantes. Para avaliar a situação indicada vai utilizar uma escala de cinco pontos, em que 1 representa de modo algum (nunca) e 5 bastante (sempre ou quase sempre).

Escala de avaliação: 1. Não faço isso (de modo algum); 2. Faço isso raramente; 3. Faço isso algumas vezes; 4. Faço isso com frequência; 5 – Faço isso sempre ou quase sempre (bastante).

Perante situações stressantes, como procedo:	1	2	3	4	5
1. Tentar gerir o tempo de melhor forma.					
2. Focar-me no problema e tentar resolvê-lo.					
3. Culpar-me por estar nesta situação.					
4. Dar “um miminho” a mim próprio com a minha comida ou bolo preferido.					
5. Sentir-me ansiosa/o por não ser capaz de lidar com a situação					
6. Pensar como anteriormente já resolvi problemas semelhantes a este.					
7. Visitar um/a amigo/a.					
8. Definir um plano de ação e segui-lo.					
9. Comprar alguma coisa nova para mim.					
10. Culpar-me por ficar tão emocionalmente afetada/o com a situação.					
11. Esforçar-me para tentar compreender a situação.					
12. Ficar muito aborrecido.					
13. Tentar fazer algo para tentar corrigir a situação de imediato.					
14. Culpar-me por não saber o que fazer.					
15. Passar algum tempo com uma pessoa especial para mim.					
16. Pensar no que aconteceu e aprender com os meus erros.					
17. Desejo mudar o que aconteceu e a forma como me sinto.					
18. Sair para comer qualquer coisa.					
19. Analisar o problema antes de reagir.					
20. Concentrar-me nos meus defeitos ou incapacidades.					
21. Ligar a um/a amigo/a.					

Bloco C – Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS)

Fonte: Maslach & Jackson, 1981; Marques-Pinto, 2009; Marques-Pinto & Picado, 2011)

Para cada afirmação apresentada na tabela seguinte, sinalize, com uma cruz, como se sente perante as situações apresentadas. Para avaliar a situação indicada vai utilizar uma escala de sete pontos.

Escala de avaliação: 0 (nunca), 1 (algumas vezes por ano), 2 (uma vez, ou menos, por mês), 3 (algumas vezes por mês), 4 (uma vez por semana), 5 (algumas vezes por semana) e 6 (todos os dias).

Situações:	0	1	2	3	4	5	6
1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.							
2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.							
3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.							
4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.							
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.							
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.							
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.							
8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.							
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.							
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.							
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.							
12. Sinto-me com muita energia.							
13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.							
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.							
15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.							
16. Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stresse.							
17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.							
18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.							
19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.							
20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.							
21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.							
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.							

Bloco D¹

Tendo por base a sua atividade laboral, pense nas vezes em se sentiu cansado nos últimos 3 meses. Para cada expressão, sinalize com uma cruz (X) o grau de frequência com a situação indicada aconteceu.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
1. Desgastado						
2. Sobrecarregado de trabalho						
3. Sonolento						
4. Palpitações						
5. Suado						
6. Sem fôlego						
7. Extenuado						
8. Respirar pesadamente						
9. Músculos tensos						
10. Dormência						
11. Esgotado						
12. Rigidez articular						
13. Dores						
14. Falta de preocupação						
15. Passivo						
16. Indiferente						
17. Desinteressado						
18. A cair de sono						
19. Apático						
20. Bocejando						

¹ Este bloco do questionário tem por base o Inventário Sueco de Fadiga Ocupacional (SOFI), elaborado e validado por Åhsberg (1998).

Bloco E – Dados socioprofissionais

1. Sexo: _____

2. Idade: _____

3. Estado civil: _____

4. Número de filhas/os: _____

5. Realiza atividades domésticas (ex: cozinhar, limpar casa, reparações em casa):

Diariamente ☐

Em alguns dias da semana ☐

Semanalmente ☐

Quinzenalmente ☐

Mensalmente ou mais ☐

Não realizo ☐ (se respondeu não, passe para a questão 7)

6 Indique uma estimativa do n.º de horas por semana que dedicou a atividades domésticas nos últimos três meses: _____

7. Pratica alguma atividade desportiva com regularidade (semanalmente)?

Não ☐ Sim ☐ Qual(is)? _____

8. N.º médio de horas diárias de trabalho (referência últimos 3 meses):

9. Faz turnos?

1. Não Faço	2. Faço e estou satisfeito com sistema de turnos	3. Faço e estou insatisfeito com sistema de turnos	4. Faço e estou muito insatisfeito com sistema de turnos
☐	☐	☐	☐

9.1. Sistema de rotação dos turnos praticado: _____

10. Sofre ou sofreu alguma doença ou lesão nos últimos 3 meses?

Não ☐ Sim ☐ Qual(is)? _____

11. Tem problemas em dormir?

Não ☐ Sim ☐ Porquê? _____

12. Nível geral de cansaço que sente antes de uma jornada/dia de trabalho:

Sinalize a sua resposta com uma cruz (X) na escala apresentada. Tenha presente que 0 representa nada cansado e 10 extremamente cansado:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Nível geral de cansaço que sente depois de uma jornada/dia de trabalho:

Sinalize a sua resposta com uma cruz na escala apresentada. Tenha presente que 0 representa nada cansado e 10 extremamente cansado:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. Nível geral preocupação considerando a pandemia Covid-19.

Nos itens apresentados a seguir, sinalize a sua resposta com uma cruz (X), atendendo à escala de classificação apresentada. Atenção esse bloco deverá ser respondido relacionando a Covid-19.

	Discordo totalmente	discordo	concordo	concordo totalmente
Sinto-me seguro na realização das minhas atividades nesse período de pandemia.				
Percebo que a instituição a qual trabalho está preocupado com a segurança e saúde dos profissionais.				
Recebo informações suficientes por parte da instituição quanto aos fluxos internos nesse período de pandemia Covid-19.				
Sinto-me seguro quanto as técnicas corretas para o uso dos EPI.				
Sinto-me sobrecarregado de trabalho após o início da pandemia Covid-19.				
Sinto-me mais cansado ao final do plantão com o uso de todos os EPI.				
Sinto-me impotente diante do cenário incerto e demasiada demanda.				
Sinto medo ao voltar para casa e contaminar minha família.				

Termina aqui o questionário. Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE I: Termo de Consentimento Voluntário e Informado

Termo de Consentimento Voluntário e Informado

Estimado (a) colega/ Profissional de saúde

Caro(a) colega/ Profissional de saúde

Venho convidá-lo(a) a participar, como voluntário, na investigação “EXPOSIÇÃO A RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMÉDIOS EM LISBOA: UMA ANÁLISE DO *STRESSE*, EXAUSTÃO PROFISSIONAL E *COPING* NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19”, através de um questionário *online*.

Ao responder a este questionário, estará a contribuir para melhorar o nosso conhecimento e compreensão dos fatores que intervêm na ocorrência e fatores de riscos psicossociais que podem afetar a sua prática profissional.

Depois de ficar esclarecido(a) com as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, deverá assinar este documento em duas vias, no local abaixo indicado. Uma das vias será para si e a outra para o investigador responsável. Informamos que a sua participação não incorrerá em prejuízos pessoais. Assumimos a responsabilidade e o compromisso de privacidade e confidencialidade sobre os dados que serão recolhidos, apenas a pesquisadora terá acesso aos dados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa e a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos. Poderá ter acesso às mesmas e realizar qualquer modificação ao seu conteúdo se julgar necessário, bem como, solicitar qualquer esclarecimento a dúvidas que possam surgir. As respostas permanecerão em arquivo digital seguro por um período de 5 anos, após esse período serão devidamente eliminados. Poderá recusar-se a participar ou mesmo desvincular-se desta pesquisa em qualquer fase da mesma, sem que isso implique danos pessoais. Os resultados da investigação serão apresentados ao Conselho de Administração do Hospital Vila Franca de Xira com igual garantia de anonimato dos participantes.

A sua participação não implicará nenhum tipo de prémio, remuneração ou benefício direto, somente indireto, por meio da divulgação de conhecimentos adquiridos e possíveis estratégias de melhorias nas condições de trabalho. Após leitura das informações abaixo, referentes à pesquisa, e com a assinatura deste Termo, estará a declarar que entendeu completamente os objetivos e os riscos da sua participação concordando em participar de forma voluntária, ciente de que é livre para se desvincular do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Pesquisadores Responsáveis: Prof.^a Dra. Karla Rona da Silva Prof. Dr. Hernâni Artur Veloso Neto. Telefone para Contato: (+351)911844412 email: vicarlech@gmail.com. Caso pretenda colocar alguma questão relacionada com os seus direitos como participante deste estudo, também poderá contactar uma terceira pessoa, não participante nesta pesquisa, na Comissão de Ética do Hospital Vila Franca de Xira pelo email: ca@hvfx.pt

Assinatura (Participante)

Assinatura (Pesquisadora)

Data: ____ de ____ de 2020.

Obrigada pela vossa colaboração! Vívian Oliveira